**ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИК Г.АЛМАТЫ**

КазНМУ кафедра патологической анатомии и судебной медицины

Ахметов Ж.Б., Исмаилова Ю.С., Алшериева У.А.

Несмотря на многочисленные исследования среди патологоанатомов до сих пор отсутствуют единые морфологические критерии диагностики патологии эндометрия. В рекомендациях ВОЗ 1975 г. различают: кистозную, аденоматозную и атипическую гиперплазию эндометрия [1]. В 1994 г. специалисты ВОЗ предложили выделить простую и сложную гиперплазию (ГЭ) и простую и сложную атипическую гиперплазию эндометрия (АГЭ).

Из-за сложности классификации ВОЗ 1982 года в 1994 году предложено объединить простую и сложную гиперплазию эндометрия под наименованием «гиперплазия», а АГЭ и высокодифференцированную аденокарциному под названием «эндометроидная неоплазия»

Несмотря на это в последней классификации ВОЗ (2003 г) придерживаются данных классификации патологии эндометрия 1994 года. В России 2007 году (Е.А.Коган и соавт.) предложена новая классификация патологии эндометрия, где выделяют: простую ГЭ, комплексную ГЭ без атипии, комплексную гиперплазию с атипией и высокодифференцированную аденокарциному эндометрия [3].

Учитывая, что некоторые виды гиперпластических процессов в эндометрии являются предраковыми состояниями для работы клиники важным является четкое выделение патологоанатомом сложной и атипической гиперплазии эндометрия, так как от сложной гиперплазии до аденокарциномы эндометрия в среднем 10 лет, а от АГЭ до рака эндометрия всего 4 года [2]. В ежедневной практической работе для дифференциальной диагностики этих процессов мы придерживаемся следующих морфологических критериев. По нашим данным при сложной ГЭ железы различной формы, иногда кистозно расширены, расположены на расстоянии друг от друга, с хорошо выраженной эндометриальной стромой, ядра овальной формы, ориентированы перпендикулярно к базальной мембране, гиперхромные, ядрышки не выявляются, цитоплазма базофильная. При атипической гиперплазии железы неправильно сформированы, фестончатой формы, плотно прилегают друг к другу [4]. Эпителий многорядный, в просвете желез обнаруживаются псевдососочковые и подушкообразные структуры. Ядра клеток округлой формы, увеличены в объеме, бледно-окрашены, отсутствует полярность расположения. Ядрышки хорошо выражены, митозы единичные. Цитоплазма клеток окрашена эозинофильно, стромальная прослойка между железами сохраняется, в материале гистерэктомии инвазия в строму и миометрий отсутствует. Еще одной особенностью АГЭ от рака эндометрия являются очаговость процесса. Учет указанных морфологических и цитологических изменений позволяет нам четко отдифференцировать патологию эндометрия, что важно для дальнейшей гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия в клинике.

1. Гистологическая классификация опухолей женского полового тракта. Женева 1981г.(классификация ВОЗ 1975г.).
2. Нейштадт Э.Л. Крулевский В.А. Дифференциальная диагностика опухолей тела матки. Санкт петербург, 2009.
3. WHO Classification of Tumors. Pathology and Genetics. Tumors of the Brest and Female genital organs. Lyon, 2003.
4. Кондриков Н.И., Силакова А.В. Гиперпластические изменения и предраковые состояния эндометрия: вопросы терминологии и классификации. Архив патологии, 2010, Т 72, №1, стр. 60-62.