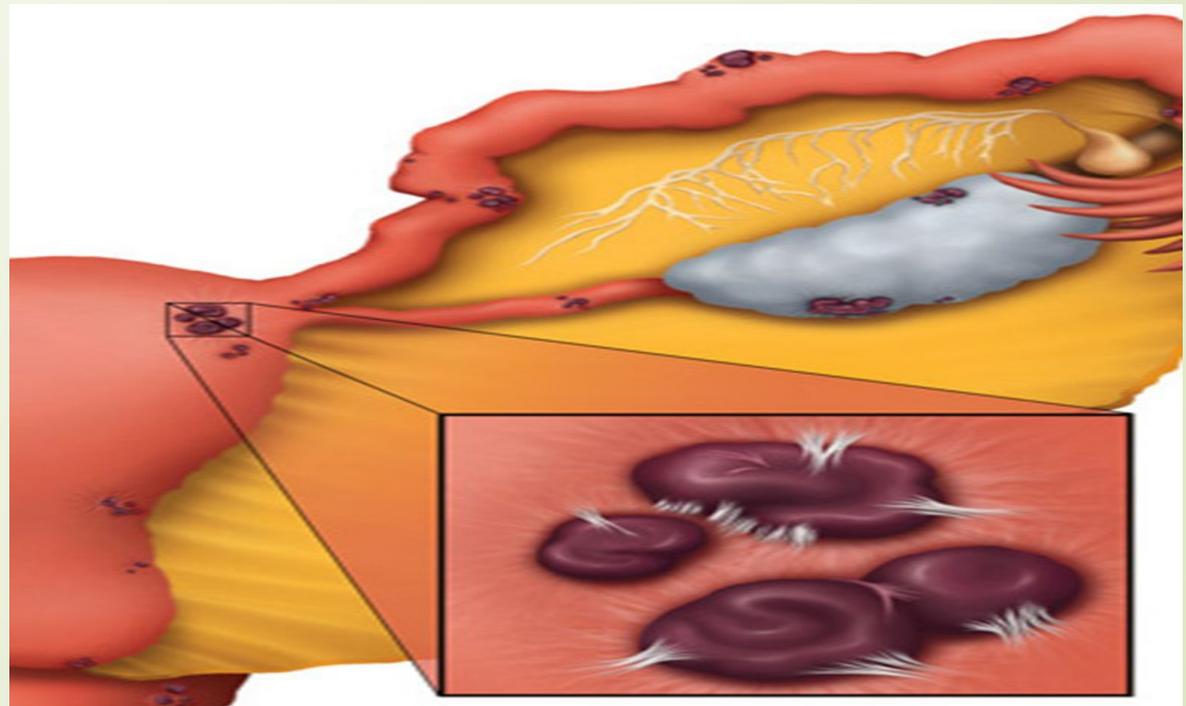


ЭНДОМЕТРИОЗ

Зав.каф.акушерства и
гинекологии,
к.м.н., доцент З.М. Гатагажева

□ Эндометриоз — процесс, при

котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ



- Эндометриозом во всем мире страдает примерно 176 млн. женщин, в основном, репродуктивного возраста (каждая 10-я). Основную часть составляет генитальный эндометриоз (92—94%), значительно реже встречается экстрагенитальный эндометриоз (6—8%).

Недостаточная эффективность лечения, потеря трудоспособности и невротизация больных, а также бесплодие позволяют рассматривать эндометриоз как социальную и государственную проблему.

Теории возникновения:

- Встречается эндометриоз врожденный (теория эмбрионального происхождения). Он связан с дисэмбриопластическим происхождением - из остатков протоков первичной почки. Нередко обнаруживается у пациентов с пороками развития.
- Теория дисфункции иммунной системы четко связана с тем, что появляется Т-клеточный иммунодефицит у этих больных. Имеется угнетение функции Т-супрессоров, активация В-лимфоцитов.
- Теория интрафетонного происхождения связана с четкой зависимостью развития этих имплантантов из матки. Распространяются имплантанты гематогенным или лимфогенным путем.

Теории возникновения:

- Существует миграционная теория. Она связывает развитие эндометриоза с попаданием в кровяное русло и другие органы клеток эндометрия непосредственно. Способствует пролиферации клеток в других органах усиленная продукция эстрогенов. С одной стороны повышенная продукция эстрогенов приводит к повышенному выделению кортикостероидов. Они относятся к иммунодепрессантам, и таким образом, обуславливают благоприятное развитие клеток эндометрия в несвойственных им местах.

Теории возникновения:

- В развитии эндометриоза имеют значение гормональные факторы (нарушение содержания и соотношения стероидных и гонадотропных гормонов), нарушение тех закономерностей, которые лежат в основе регуляции овариально-менструального цикла, функциональная недостаточность гипоталамической области, а именно тех структур, которые регулируют половое созревание, и как следствие повышение продукции ФСГ, ЛГ и гиперэстрогения.



Классификация по МКБ-10

- N80 Эндометриоз. — доброкачественное
- N80.0 Эндометриоз матки.
- N80.1 Эндометриоз яичников.
- N80.2 Эндометриоз маточной трубы.
- N80.3 Эндометриоз тазовой брюшины.
- N80.4 Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища.
- N80.5 Эндометриоз кишечника.
- N80.6 Эндометриоз кожного рубца.
- N80.8 Другой эндометриоз.
- N80.9 Эндометриоз неуточнённый



Клиническая классификация эндометриоза

- По происхождению
- По глубине поражения
- Локализация экстрагенитального происхождения
- Анатомическим проявлениям



Классификация аденомиоза

- ■ Стадия I — патологический процесс ограничен слизистой оболочкой тела матки.
- ■ Стадия II — переход патологического процесса на мышечные слои.
- ■ Стадия III — распространение патологического процесса на всю толщу мышечной стенки матки до её серозного покрова.
- ■ Стадия IV — вовлечение в патологический процесс помимо матки париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

Эндометриоз



```
graph TD; A[Эндометриоз] --> B[Экстрагенитальный  
(поражение легких,  
ЖКТ, мочевыводящих  
путей и т.д.)]; A --> C[Генитальный]; C --> D[Наружный  
эндометриоз]; C --> E[Внутренний  
эндометриоз  
(тело матки, перешеек,  
интерстициальные  
отделы маточных труб)]; D --> F[Экстраперитонеальный  
(влагалище, шейка матки,  
наружные половые  
органы)]; E --> G[Перитонеальный  
(Яичники, маточные  
трубы, брюшина  
малого таза)];
```

Экстрагенитальный
(поражение легких,
ЖКТ, мочевыводящих
путей и т.д.)

Генитальный

Наружный
эндометриоз

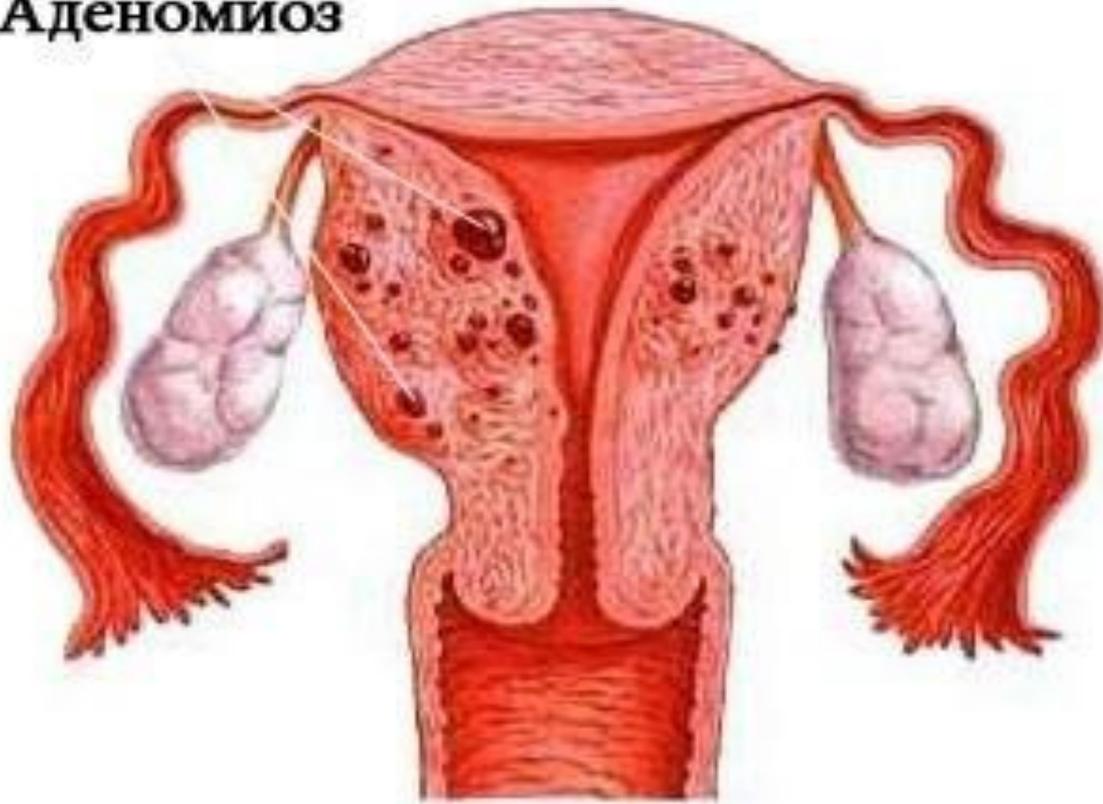
Внутренний
эндометриоз (тело
матки, перешеек,
интерстициальные
отделы маточных труб)

Экстраперитонеальный
(влагалище, шейка матки,
наружные половые
органы)

Перитонеальный
(Яичники, маточные
трубы, брюшина
малого таза)

Локализация	Симптомы
Половые органы	Дисменорея ,Боли в нижней части живота и области таза ,Бесплодие Нерегулярность менструаций, Боль в пояснично-крестцовой области
Желудочно-кишечный тракт	Тенезмы и ректальные кровотечения, связанные с менструальным циклом, Диарея, обструкция толстой кишки
Мочевыделительная система	Гематурия и боли, связанные с менструальным циклом
Хирургические рубцы, пупок	Боли и кровоточивость, связанные с менструальным циклом
Лёгкие	Кровохарканье, связанное с менструальным циклом

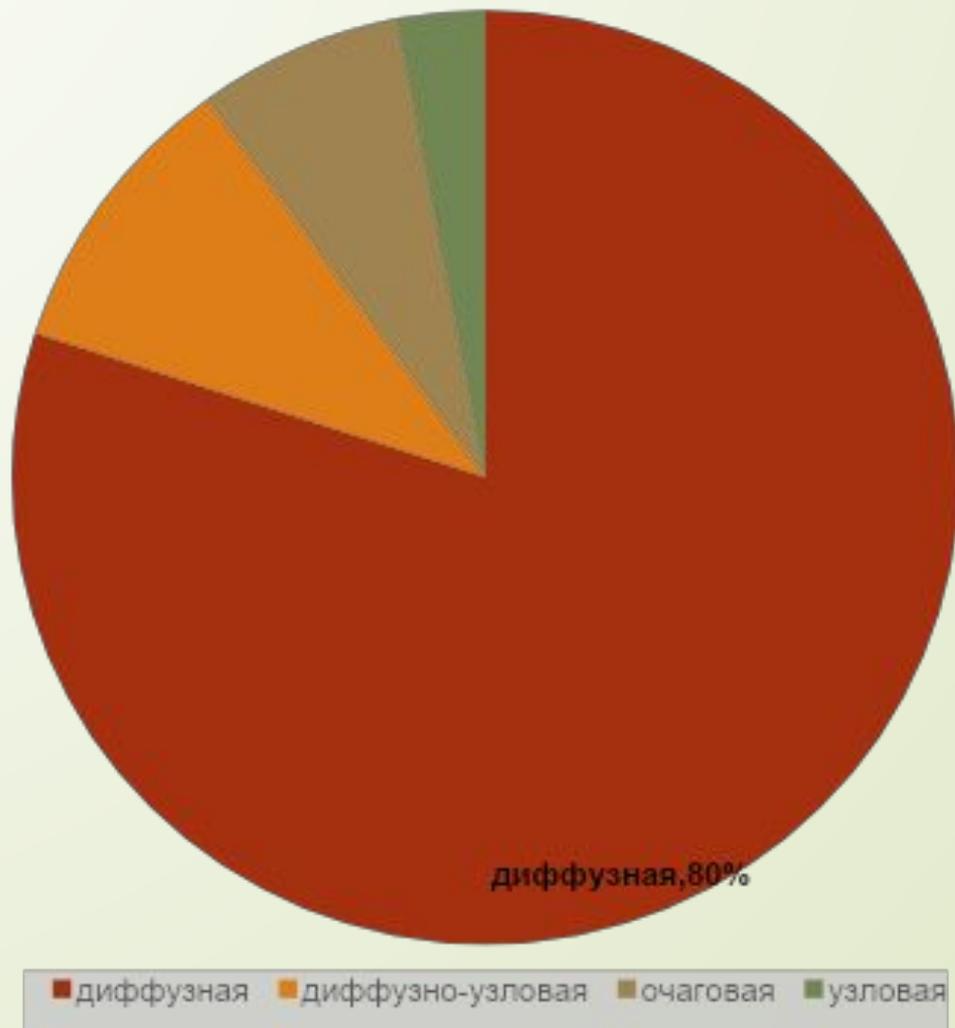
Аденомиоз



представляет собой доброкачественный патологический процесс, характеризующийся появлением в миометрии эпителиальных (железистых) и стромальных элементов эндометриального происхождения.

- Выделяют три формы аденомиоза : очаговая, кистозная, узловая.

формы аденомиоза



Клиника:

- Нарастающие боли перед менструациями и прекратившиеся боли с началом их (на 1-2-3-й день) характерны для эндометриоза. Вначале боли носят не очень интенсивный характер. По мере развития процесса интенсивность болей усиливается и они становятся невыносимыми.
- Боли могут иметь постоянный характер, иррадиировать в поясничную область, крестец, копчик, задний проход, промежность. Взаимосвязь между интенсивностью болевого синдрома и степенью тяжести эндометриоза не установлена



Клиника:

□ Для больных аденомиозом (внутренний эндометриоз) характерно появление **кровянистых выделений** до и после менструации (скудные, темного «шоколадного цвета»), большая не только продолжительность, но и ее обильность (вплоть до меноррагий), и как следствие снижение уровня гемоглобина и **анемия**



КЛИНИКА:

□ По мере миграции эндометриоза в близлежащие органы появляется клиника и симптоматика со стороны близлежащих органов малого таза. Чаще всего это стреляющие боли в прямой кишке при прорастании эндометриоза в стенку прямой кишки. Может быть даже стенозирование прямой кишки.



КЛИНИКА:

- Может быть стенозирование мочевого пузыря и устьев мочеточников.
- Появляются расстройства мочеиспускания, цисталгии.
- Затем может развиваться гидронефроз, пиелонефрит.

Диагностика аденомиоза

1. **Клиническая картина**
2. **Сбор анамнеза**
3. **Объективное обследование по органам и системам;**
4. **Гинекологическое исследование** - в зависимости от выраженности аденомиоза величина матки может быть в пределах нормы или соответствовать 5—8 нед беременности. При пальпации консистенция матки плотная, при узловой форме поверхность ее может быть неровной. Накануне и во время менструации пальпация матки болезненна.

5. Ультразвуковая диагностика

- Для детальной оценки структурных изменений эндометрия и миометрия применяют УЗИ с использованием трансвагинальных датчиков, точность диагностики эндометриоза превышает 90%.
- Наиболее информативно УЗИ во вторую фазу менструального цикла (на 23—25-й день менструального цикла).
- Общими эхографическими признаками аденомиоза являются увеличение переднезаднего размера матки, участки повышенной эхогенности в миометрии, небольшие (до 0,2—0,6 см) округлые анэхогенные включения.



02-OCT-02
02:53:39PM
EC7 28HZ
PWR 40dB
GEN RAD
PWR 0dB
50dB 1/2/1
GAIN 13dB
*R CALIPER

x DISTANCE = 4.6mm
* DISTANCE = 4.4mm
EXIT

+B CAL

GE MEDICAL





6. Рентгенологическая гистеросальпингография

- На рентгенограммах увеличена площадь полости матки, определяются деформация и зазубренные края контура полости матки. Для повышения точности исследования необходимо выскабливание слизистой матки накануне менструации.
- После удаления функционального слоя эндометрия при контрастировании происходит заполнение ходов эндометриоидных гетеротопий, что позволяет получить законтурные тени при аденомиозе



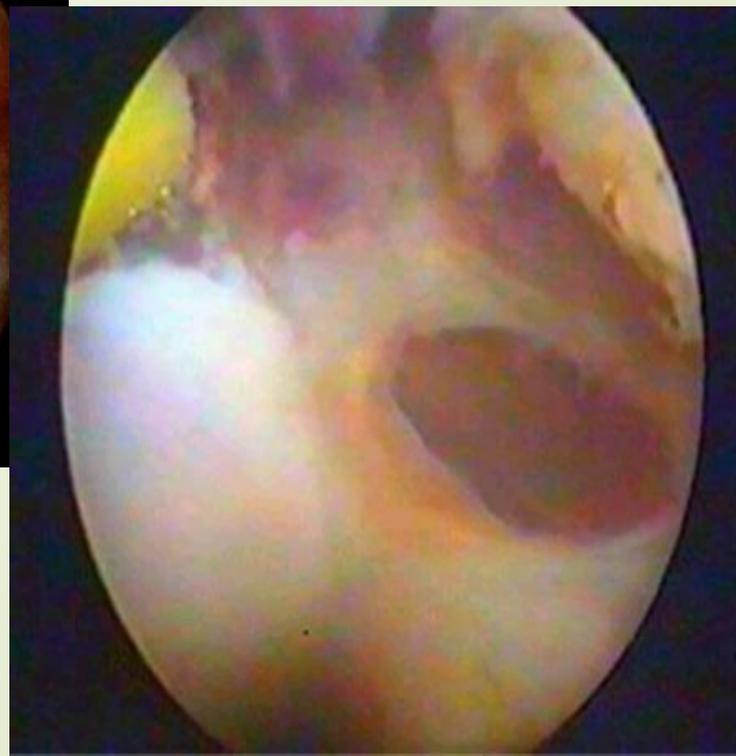
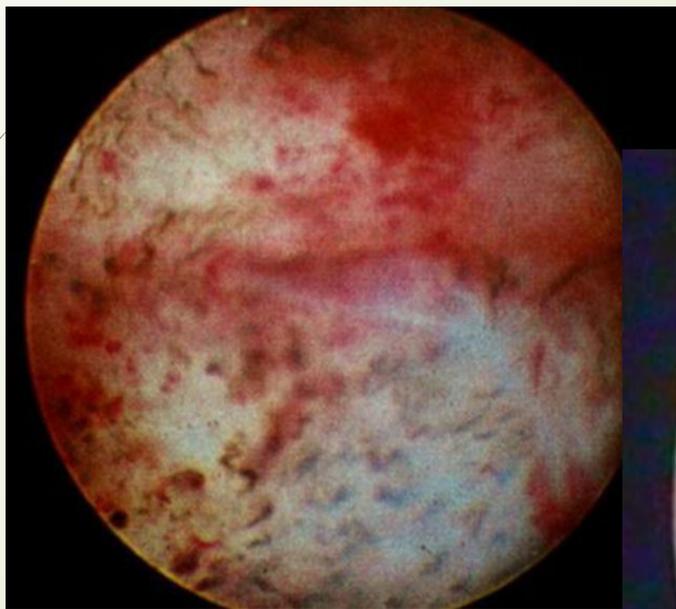
Зубчатость контуров полости матки

7. Гистероскопия

Гистероскопические признаки аденомиоза зависят от его формы и выраженности. В.Г. Бреусенко и соавт. (1997) предложили гистероскопическую классификацию аденомиоза:

- I стадия: рельеф стенок не изменен, определяются эндометриоидные ходы в виде «глазков» темно-синюшного цвета или открытые кровоточащие. Стенки матки при выскабливании обычной плотности
- II стадия: рельеф стенок матки неровный, имеет вид продольных или поперечных хребтов или разволокненной мышечной ткани, просматриваются эндометриоидные ходы. Стенки матки ригидны, полость матки плохо растяжима. При выскабливании стенки матки плотнее, чем обычно.

- При гистероскопии на фоне бледно-розовой слизистой оболочки видны устья эндометриоидных ходов, открывающихся в полость матки в виде темно-красных точечных отверстий - «глазков», из которых изливается кровь, внутренняя поверхность матки при этом напоминает соты

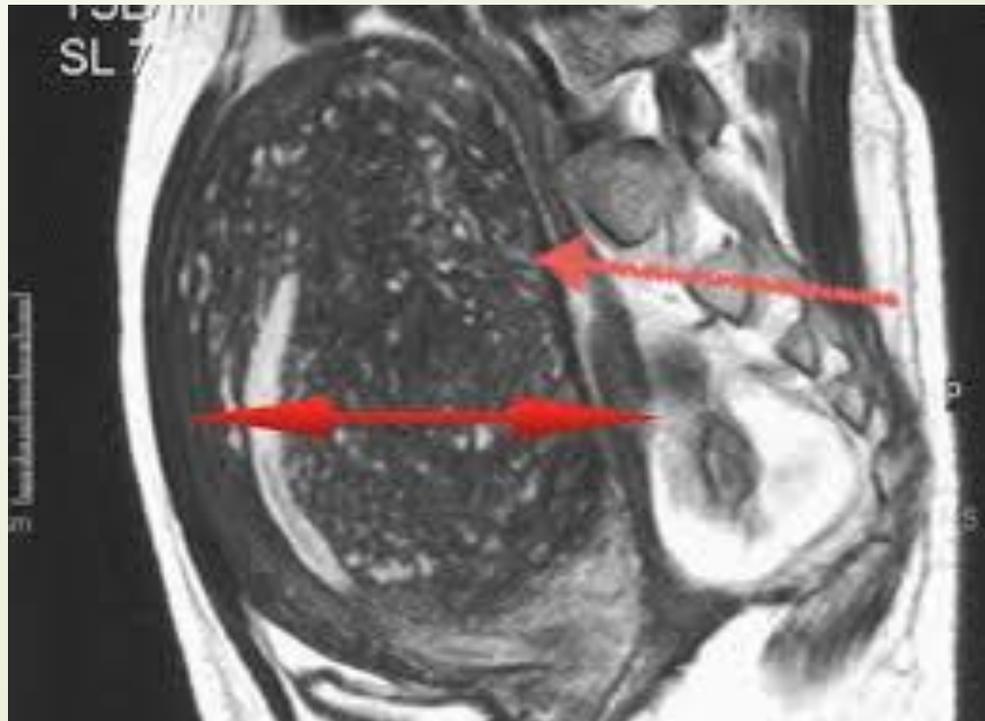


III стадия: на внутренней поверхности матки определяются выбухания различной величины без четких контуров. На поверхности этих выбуханий иногда видны открытые или закрытые эндометриоидные ходы. При выскабливании ощущаются неровная поверхность стенки, ребристость; стенки матки плотные, слышен характерный скрип.

Признаки пришеечного аденомиоза: неровный рельеф стенки матки на уровне внутреннего зева и эндометриоидные ходы, из которых струйкой вытекает кровь.

8. Магнитно-резонансная томография

Диагностика основывается на увеличении переднезаднего размера матки, выявлении губчатой структуры миометрия при диффузной форме и узловой деформации при очаговой и узловой формах аденомиоза.

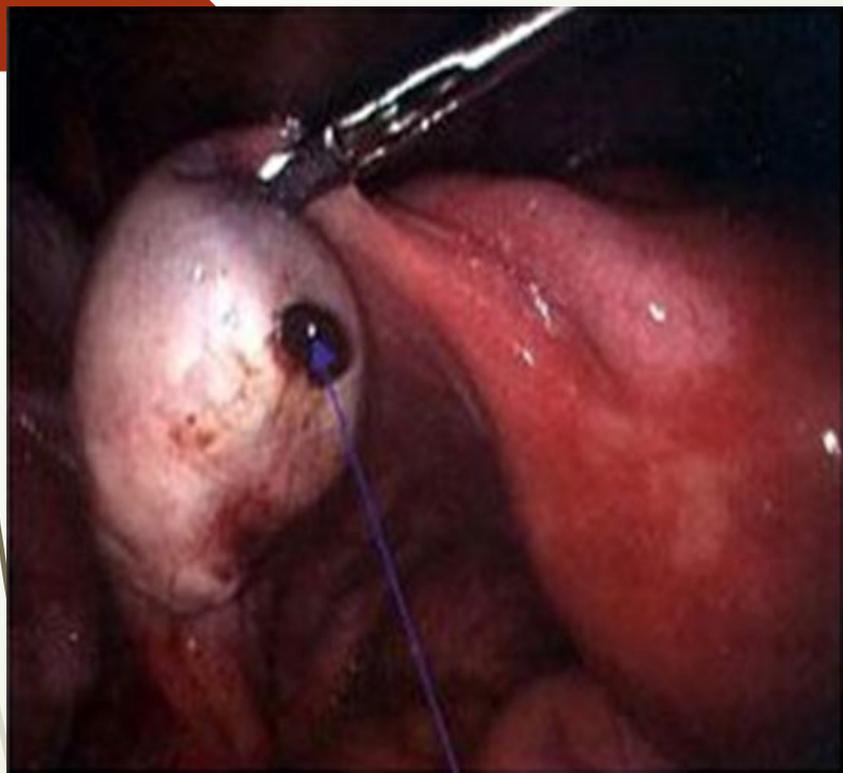


КЛИНИКА ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ:

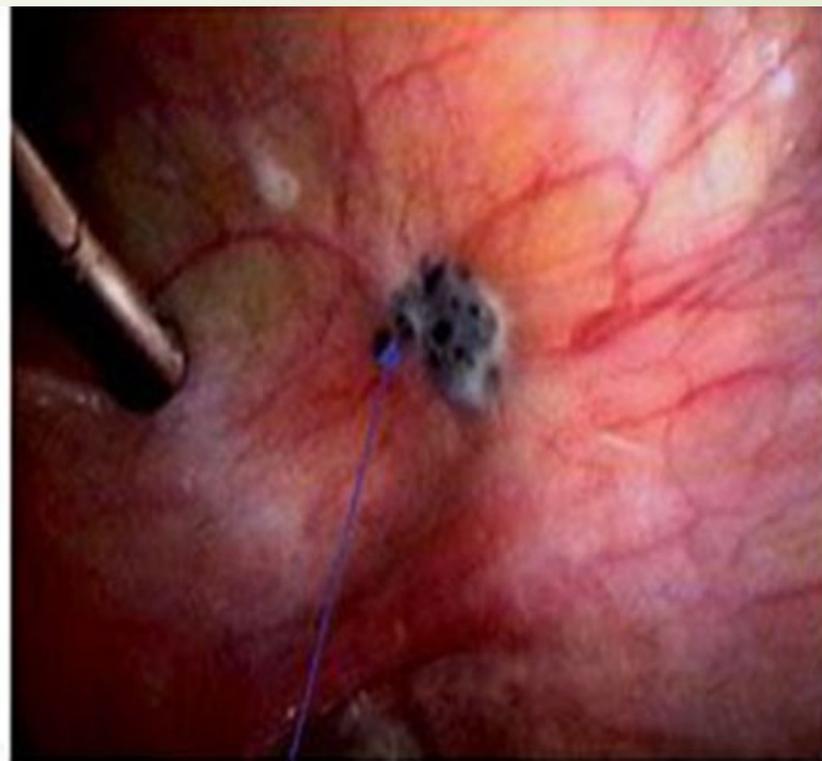
- Эндометриоидные "шоколадные" кисты яичников как правило начинаются с бессимптомного течения. В последствии возникают боли справа или слева внизу живота, в области придатков.

- Можно обнаружить опухолевидное образование, которое в силу своей цикличности может увеличиваться перед менструацией и несколько уменьшаться после ее окончания.

- Спаечный процесс и распространение очагов эндометриоза по брюшине усиливают боли при физических нагрузках и половых контактах



Очаг эндометриоза на
поверхности яичника



Очаг эндометриоза на
поверхности брюшины

Диагностика:

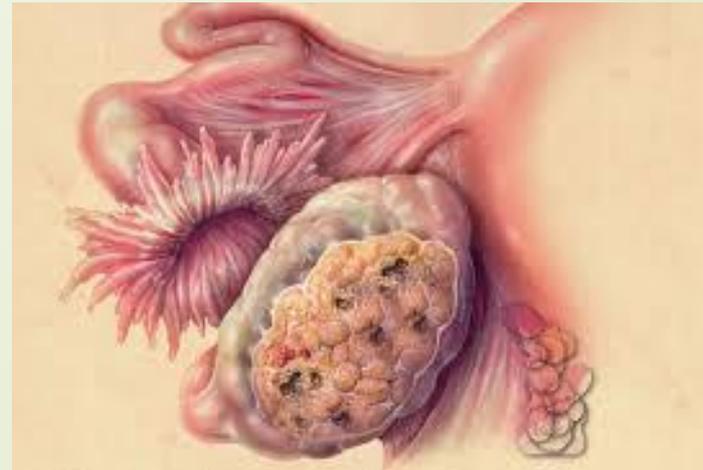
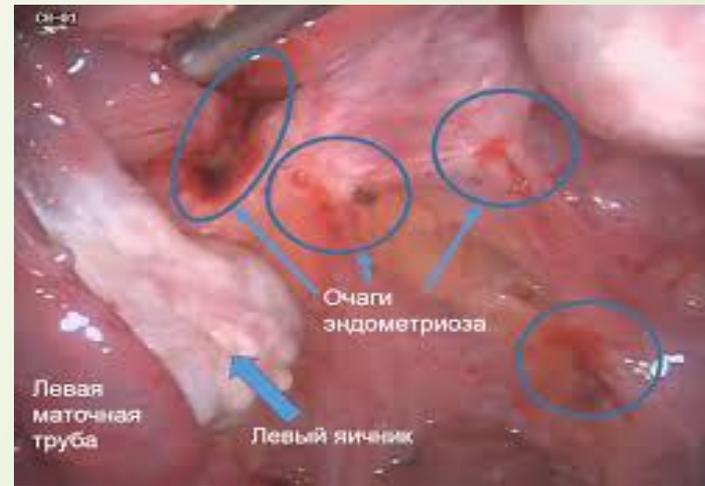
1. Клиника

2. Сбор анамнеза
3. Объективное обследование по органам и системам;
4. **Гинекологическое исследование-эндометриомам** свойственны двустороннее поражение, локализация кзади от матки, ограничение ее подвижности и болезненность при пальпации. Эндометриомы имеют тугоэластическую консистенцию, их диаметр варьирует от 4 до 15 см. Объем эндометрием изменяется в зависимости от фазы менструального цикла: до менструации эндометриомы меньше, чем после менструации.

5. **УЗИ**- при мелких эндометриоидных гетеротопиях яичников их ультразвуковая визуализация затруднена. Косвенными признаками поражения эндометриозом яичника служат гипоэхогенные включения на поверхности яичника, утолщение белочной оболочки вследствие формирования перивариальных спаек. При формировании эндометриомы информативность УЗИ возрастает до 87—93%.

Эхографически эндометриомы имеют округлую форму с выраженной эхопозитивной капсулой, мелкодисперсную эхопозитивную взвесь на фоне жидкостного содержимого, локализацию позади матки. Поражение обычно двустороннее.

6. При **лапароскопии** определяют включения в строме яичника небольших размеров (2—10 мм) синюшного или темно-коричневого цвета, иногда с подтеканием темной крови. Эндометриомы имеют белесоватую капсулу с выраженным сосудистым рисунком и гладкой поверхностью. Капсула эндометриом нередко интимно спаяна с задней поверхностью матки, маточными трубами, париетальной брюшиной, серозным покровом прямой кишки.



Эндометриоз маточной трубы

- Эндометриоз маточных труб составляет от 7 до 10%. Эндометриоидные очаги поражают мезосальпинкс, могут располагаться на поверхности маточных труб. Сопутствующий спаечный процесс может способствовать нарушению функциональной полноценности трубы.

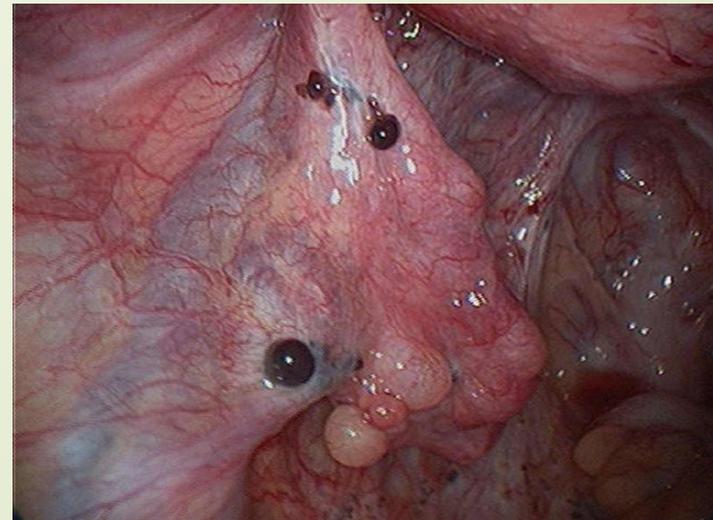


Диагностика:

1. Клиника
2. Сбор анамнеза
3. Объективное обследование по органам и системам;
4. Гинекологическое исследование
5. Основным методом диагностики эндометриоза маточных труб является лапароскопия.

Эндометриоз брюшины малого таза

- В развитии эндометриоза брюшины малого таза большую роль играет взаимодействие мезотелиоцитов брюшины и элементов эндометрия. Возникновению эндометриоза брюшины может способствовать ретроградный заброс менструальной крови при определенных изменениях эндокринной и иммунной систем.



□ Малые формы эндометриоза долго не проявляют себя клинически. Однако частота бесплодия при изолированных малых формах эндометриоза может достигать 91%. При распространении и инвазии очагов эндометриоза в мышечный слой прямой кишки, параректальную клетчатку появляются тазовые боли, диспареуния, больше выраженные накануне менструации и после нее.

Диагностика:

1. Клиника
2. Сбор анамнеза
3. Объективное обследование по органам и системам;
4. Гинекологическое исследование- выраженный спаечный процесс
5. Лапароскопия, основным методом диагностики является, которая позволяет выявить патологические изменения.

Ретроцервикальный эндометриоз

- Жалобы при ретроцервикальном эндометриозе обусловлены близостью прямой кишки и тазового нервного сплетения. Больные жалуются на ноющие боли в глубине таза, внизу живота и пояснично-крестцовой области. Накануне и во время менструации боли усиливаются, могут становиться пульсирующими или дергающими, отдавать в прямую кишку и влагалище. Реже боли иррадируют в боковую стенку таза, в ногу. Больные могут жаловаться на запоры, иногда выделение слизи и крови из прямой кишки во время менструации. При прорастании ретроцервикального эндометриоза в задний свод влагалища появляются синюшные «глазки», которые кровоточат при половых контактах.

ДИАГНОСТИКА

Клиника

2. Сбор анамнеза
3. Объективное обследование по органам и системам;
4. Гинекологическое исследование-пальпируется плотное образование в ректовагинальной клетчатке позади шейки матки
5. УЗИ, при котором определяются неоднородное по эхоплотности образование под шейкой матки, сглаженность перешейка и нечеткий контур прямой кишки.
6. Ректороманоскопия, колоноскопия, экскреторная урография, цистоскопия
7. Магнитно-резонансная томография.

Эндометриоз шейки матки.

- Распространенность эндометриоза данной локализации связана с повреждениями во время гинекологических манипуляций, диатермоконизации шейки матки.
- Травма во время родов, аборт и различные манипуляции могут способствовать имплантации эндометрия в поврежденные ткани шейки матки.
- Возможен эмбриональный путь возникновения эндометриоза шейки матки — из элементов мюллерова бугорка первичной вагинальной пластинки.
- Кроме того, не исключается лимфогенное и гематогенное распространение эндометриоза на шейку матки из других очагов.



Клиника:

- В ряде случаев эндометриоз шейки матки клинически никак себя не проявляет и диагностируется при гинекологическом осмотре.
- При эндометриозе шейки матки могут быть жалобы на появление мажущих коричневых и темных кровяных выделений накануне менструации или при половом контакте. Боли наблюдаются при атрезии цервикального канала или эндометриозе перешейка матки.

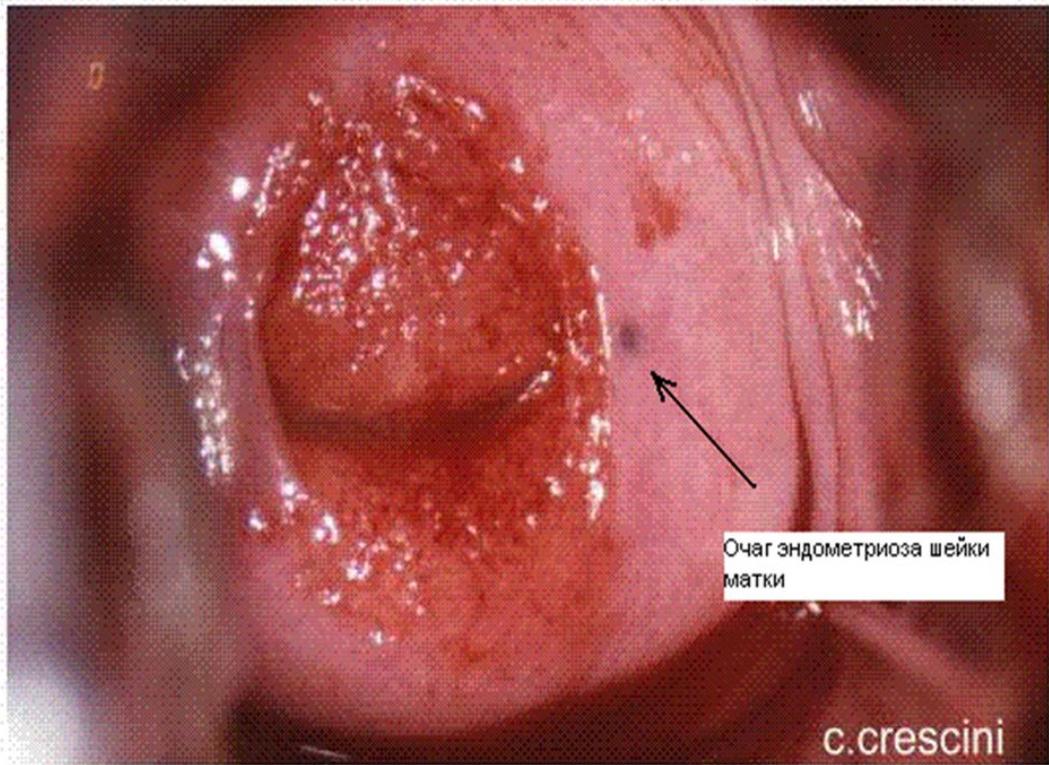
ДИАГНОСТИКА

1. Клиника
2. Сбор анамнеза
3. Объективное обследование по органам и системам;
4. Гинекологическое исследование-важен тщательный осмотр шейки матки в зеркалах. Эндометриоз определяется в виде узелковых или мелкокистозных очагов красного или темно-багрового цвета. Эндометриоидные гетеротопии значительно увеличиваются накануне или во время менструации. В этот период отдельные очаги могут вскрываться и опорожняться. По окончании менструации эндометриоидные гетеротопии уменьшаются и бледнеют.



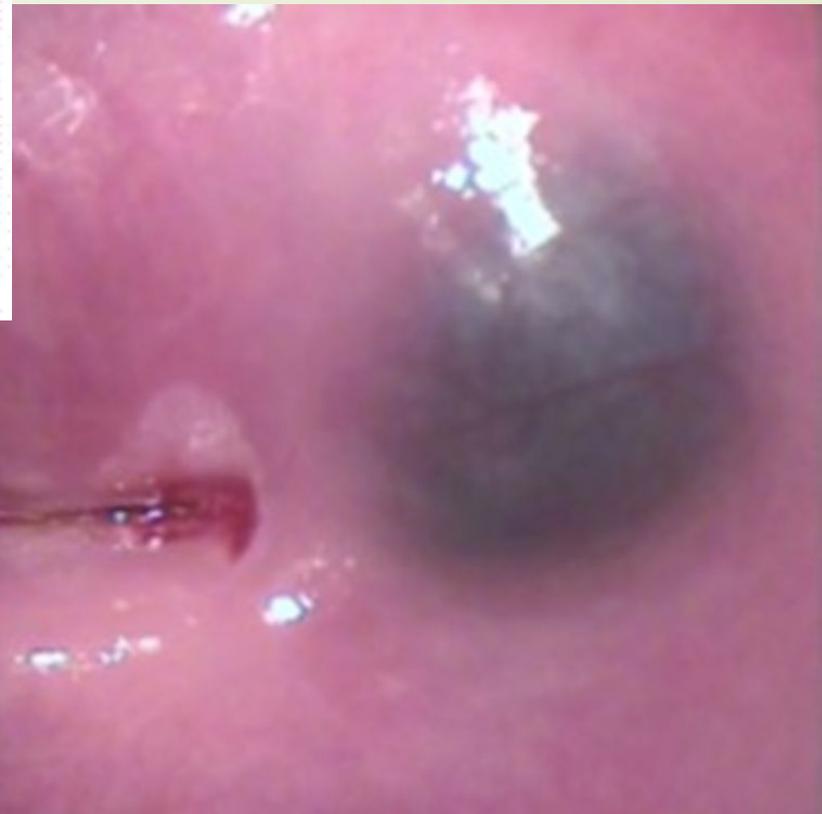
Диагностика:

- При кольпоскопии проводится дифференциальная диагностика между кистами наботовых желез, псевдоэрозией, эритроплакией, полипами слизистой оболочки цервикального канала, эктропионом и эндометриозом шейки матки.
- Цервикоскопия используется в комплексном исследовании при эндометриозе шейки матки и позволяет диагностировать парацервикальное распространение эндометриоза при боковых дефектах слизистой оболочки.



Очаг эндометриоза шейки
матки

c. crescini



Эндометриоз влагалища и промежности

- Влагалище и промежность чаще поражаются эндометриозом вторично при прорастании из ретроцервикального очага, реже - в результате имплантации частиц эндометрия в поврежденный участок во время родов.

Клиника:

- боли во влагалище от умеренных до очень сильных и мучительных. Боли появляются циклически, усиливаются при половых контактах, накануне и во время менструации. Сильные боли наблюдаются при вовлечении в процесс промежности и наружного сфинктера прямой кишки.
- Дефекация сопровождается сильной болью в периоды обострения.

Диагностика

Клиника - жалобы, связанные с менструальным циклом

- Сбор анамнеза
- Объективное обследование по органам и системам;
- Гинекологическое исследование, которое включает осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах, двуручное влагалищно-абдоминальное и ректовагинальное исследования. В толще стенки влагалища или прямокишечно-влагалищном углублении пальпируются плотные болезненные рубцы, узлы или утолщения. Слизистая оболочка влагалища может содержать коричневые или темно-синие очаги. Накануне и во время менструации эндометриоидные гетеротопии увеличиваются и могут кровоточить.

Дифференциальный диагноз генитального эндометриоза проводят с:

- ■ миомой матки;
- ■ хроническим эндометритом;
- ■ гиперпластическими процессами эндометрия;
- ■ опухолями яичника;
- ■ метрофлебитом;
- ■ злокачественными новообразованиями половых органов;
- ■ тубоовариальными образованиями воспалительной этиологии.
- Дифференциальный диагноз эндометриоза шейки матки проводят с:
 - ■ карциномой шейки матки;
 - ■ хроническим эндоцервицитом;
 - ■ кистами шейки матки с геморрагическим содержимым.

**ДОКТОР,
СТОИТ ЛИ МНЕ
ЛЕЧИТЬСЯ?**

**СТОИТ...
ПРИЧЕМ
НЕ ДЕШЕВО!**



ЛЕЧЕНИЕ

Задачи лечения эндометриоза
состоят в следующем:

- Удаление очага эндометриоза;
- Уменьшение интенсивности болей;
- Лечение бесплодия;
- Предотвращение прогрессирования;
- Профилактика рецидивов заболевания.



ЛЕЧЕНИЕ

- Основной способ лечения – хирургический.
- Дополнением является гормональная терапия. Задачей гормонотерапии является снижение гиперэстрогении, подавить выработку ФСГ, повысить уровень ЛГ.

ЛЕЧЕНИЕ:

Среди широкого спектра гормональных препаратов необходимо выделить следующие группы:

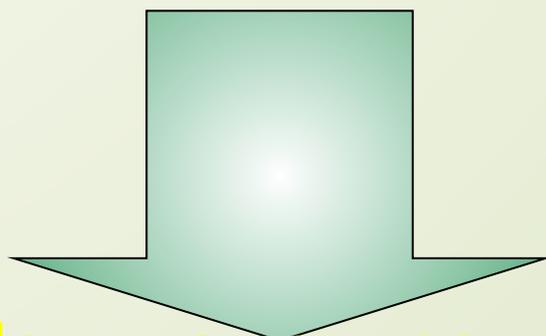
- 1.КОК
- 2.прогестагены
- 3.антиэстрагены
- 4.антипрогестины
- 5.ингибиторы гонадотропинов
- 6.агонисты гонадолиберина

ЛЕЧЕНИЕ:

□ Даназол - ингибитор гипофизарных гормонов. Снижает количество ферментов яичников обеспечивающих стероидогенез, снижает синтез половых гормонов в печени, способствует иммунному ответу против очагов эндометриоза. Используется в капсулах по 200-400 мг ежедневно в течении длительного времени (6 месяцев). Имеет место подавление менструальной функции.

Агонисты гонадолиберина (гонадотропин рилизинг-гормона)

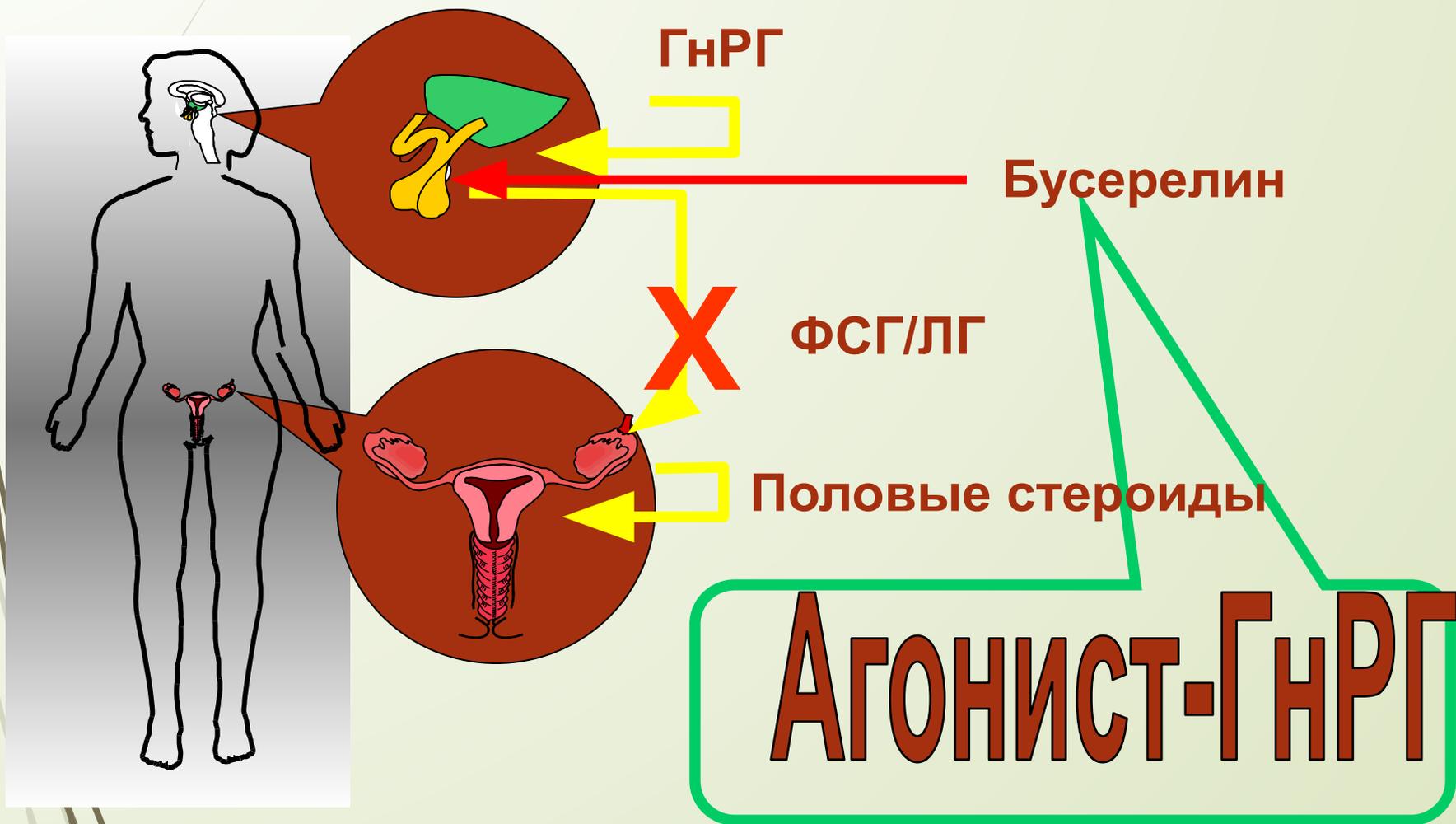
- Агонисты ГнРг - синтетические пептиды, в которых заменяется одна из аминокислот
- Агонисты действуют не циклично, а непрерывно
- При непрерывном введении ГнРг наблюдается сначала стимуляция (Flare-Up эффект, вспышка), а затем длительная блокада секреции и выделения ГнРг



Медикаментозная
псевдоменопауза

Механизм действия α- ГнРГ

(блокада гипоталамо-гипофизарно-овариальной оси)



Синтетические аналоги-ГнРГ

бусерелин - Бусерелин Депо, ЗАО «Фарм-Синтез»

Бусерелин спрей

гозерелин – Золадекс «AstraZeneca»

трипторелин – Диферелин «Beaufour Ipsen Int.»

Декапептил депо «Ferring»

лейпрорелин – Люкрин депо « Abbot Laboratories»

широко применяются в международной клинической практике, являясь основными средствами медикаментозного лечения гиперпластической патологии репродуктивной системы

ЛЕЧЕНИЕ:

□ Золадекс (3.6мг. и 10.8мг.). Выпускается английской фирмой Zeneca. Является синтетическим аналогом гонадотропного релизинг-гормона, который уменьшает концентрацию эстрогенов и воздействует на гипофиз, вызывает активный выброс ЛГ. Концентрация гормонов падает и менструальный цикл прекращается. Золадекс прекращает функционирование эндометриоидных очагов, а также рекомендуется перед операцией.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- Противовоспалительная терапия. Должна включать различные рассасывающие препараты, физиотерапию (электрофорез, микроклизмы с иодистым калием или с тиосульфатом натрия), гиперборическую оксигенацию, антиоксидантную терапию.



КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- Стимуляция иммунитета. Используется тимоген, тимолин, Т-активин, УФО крови, лазер, левомизол.
- Ферментные препараты: лидаза, гиалуронидаза, лонгидаза.
- Радоновые воды. Электрофорезы с медью, цинком.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- При лапаротомии объем операции - удаление пораженного органа. Удаление яичника производится в исключительных случаях, чаще резекция в пределах здоровых тканей.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- При аденомиозе матки выполняется либо надвлагалищная ампутация матки, либо экстирпация матки.
- При лапароскопических операциях коагулируют небольшие очаги эндометриоза в яичнике, на брюшине. Можно удалить придатки матки с эндометриоидной кистой.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

