



ЛЕКЦИЯ
Генитальный эндометриоз
доц. к.м.н. Хамадиянова А.У.

- Эндометриоз - разрастание эндометриодной ткани за пределами локализации эндометрия (морфологически и функционально похожей на эндометрий) .
- Синонимы : эндометриодные гетеротопии , эндометриома .
- Такое эктопическое расположение эндометриодной ткани впервые было описано около 150 лет назад в 1854 г. - Miller .
- Но и сейчас причины эндометриоза полностью не раскрыты .

- Актуальность проблемы .
- За последние 2 - 3 десятилетия проблема эндометриоза приобрела особую значимость . Причины этого :
- - возрастание частоты данной патологии
- занимает 3-е место после воспалительных заболеваний ЖПО и фибромиом матки (8-15 % менструирующих женщин)
- - в последние годы с улучшением диаг -
- ностики заболевания , особенно у пациен -
- ток молодого возраста с альгодисменореей
- частота эндометриоидной болезни состав -
- ляет 17 % и достигает 30 % у нуждаю -
- щихся в гинекологических операциях
- (Е.Ф.Кира , Ю.В.Цвелев 2008 год)
- - эндометриоз часто вызывает выраженный болевой синдром .упорные маточные кровотечения . вторичную анемию . сопровождается бесплодием и тяжелыми осложнениями беременности и родов

- - эндометриоз может развиваться в любом органе и тканях женского организма (Э.кишечника может быть причиной кишечной непроходимости , мочевыводящих путей
- может вызывать боли и гематурию и т.д.
- - эндометриоз не относится к истинным опухолям . Однако морфологические компоненты . из которых состоит эндометри-оидная гетеротопия (эндометриальный эпителий и цитогенная строма) , могут быть источником развития злокачественных опухолей
- - велик онкологический риск Э. На фоне эндометриоза могут развиваться высокодифференцированная аденокарцинома и аденоакантома
- - очень часто Э. сопровождается воспалительными заболеваниями придатков матки

- Этиология , гисто - и патогенез .
- Хотя в литературе встречается термин
- “эндометриома “ , эндометриоз независимо от размеров , не является опухолью .
- Морфологически Э. представляет собой
- различного размера кистозные полости
- и щели округлой или овальной формы ,
- наполненные слизистым секретом , темной кровью или дегтеобразной массой темно -
- коричневого цвета .Очаги располагаются
- группами .

- Эндометриоидные гетеротопии воспринимают гормональные влияния (эстрогенные . гестагенные) и подвергаются циклическим изменениям , как эндометрий
- Эндометриозы обладают способностью к пенетрирующему росту в окружающие ткани - серозу . мышечную ткань . слизистые оболочки . рыхлую клетчатку . надкостницу и в костную ткань .
- Установлено . что Э. способны к метастазированию . Эндометриоидные клетки могут распространяться током крови или лимфы , или в результате перфорации эндометриоидных кист .

- Патогенез .
- К основным патогенетическим факторам
- эндометриозной болезни относятся :
- - ретроградное поступление менструальной крови . содержащей жизнеспособные эле -
- менты эндометрия . через маточные трубы
- в полость таза , внедрение клеток эндометрия в различные органы и их пролиферация приводят к образованию
- очагов и имплантатов эндометриоза

- - гормональные нарушения (высокая эстрогенная стимуляция . ановуляция . гипофункция желтого тела)
- - дисфункция иммунной системы и извращенная биологическая реакция клеток эндометрия на половые гормоны
- - конституционально - наследственные особенности , с которыми связано возникновение врожденных форм Э. у лиц молодого и юного возраста

- - длительное напряжение защитно - адаптационных реакций и снижение неспецифической сопротивляемости организма (у женщин ХВП различной этиологии и локализации , перенесших тяжелые инфекционные и общесоматические заболевания а также при повышенной нервно-психической нагрузке
- - морфологические изменения в миометрии . возникающие в связи с чатями
- внутриматочными вмешательствами и хирургическими операциями на половых органах
- - недостаточность антиоксидантной системы организма
- - нарушения функции печени и поджелудочной железы
- - воспалительные заболевания внутренних гениталий

- Классификация .
- В настоящее время принято различать генитальный (92 -94 %) и экстрагенитальный (6 -8 %) эндометриоз .
- Для эндометриоидной болезни , как кон -
- кретной нозологической формы , характер -
- но наличие в органах и тканях эндоме -
- триоидной ткани с признаками клеточной активности и разрастания , приводящего к нарушению физиологических процессов и
- появлению клинических симптомов пораже -
- ния гениталий и др. органов (боль .беспло -
- дие . рубцово- спаечный процесс и др.)

- С позиции концепции об эндометриозной болезни предлагается ее клиническая
- КЛАССИФИКАЦИЯ :

- 1 . Локализация очагов эндометриоза .

- - генитальная
- - экстрагенитальная
- - сочетанная

- 2 . Стадия заболевания (поверхностная .ин -
■ вазивная . распространенная)

- надо учитывать следующие показатели -
- - глубину инвазии
- - КОЛ-ВО ИМПЛАНТАТОВ

- - поражение одного или более органов
- женской половой системы
- - наличие экстрагенитальных очагов
- 3 . Степень тяжести (легкая .средняя.тяже -
- лая)
- - бесплодие
- - хронический болевой синдром
- - нарушение функций смежных органов
- - системные изменения (дисфункция им -
- мунной системы , ПОЛ , АОС и др .)
- - осложнения (хроническая анемия .психо-
- эмоциональные расстройства)

- Клинические проявления эндометриозной болезни .
- Заболевание характеризуется -
 - - стойким болевым синдромом
 - - значительными нарушениями репродуктивной и менструальной функций
 - - нарушением функции смежных органов
 - - ухудшением общего состояния больных
 - - снижением трудоспособности
- Однако симптоматика может быть скудной или вовсе отсутствовать .

- Болевой синдром -
- - дисменорея
- - диспареуния
- - боль в глубине таза (вне менструаций)
- Степень выраженности болевого синдрома
- зависит от :
- - локализации и распространения болезни
- (перешеек матки .узловая форма аденомио-
- за . эндометриоз добавочного рога матки)
- - степени поражения Э. брюшины малого таза . кишечника .
- органов мочевой систе -
- мы
- - длительности заболевания
- - индивидуальных особенностей пациенток
- В начальный период боль носит цикли -
- ческий характер .При хронизации процесса
- следует считать , что у больной развился стойкий синдром
- тазовых болей .

- При Э. яичников боли локализуются в
- нижних отделах живота или на стороне
- поражения придатков матки .Э. яичников у 2 %
- больных сопровождается симптомами
- “ острого живота “ , которые появляются
- вследствие раздражения брюшины содер-
- жимым эндометрием при их микроперфо-
- рации или разрыве .
- Ретроцервикальный Э. сопровождается по-
- стоянными болями с иррадиацией в пря-
- мую кишку . копчик .которые усиливаются при
- половом акте . дефекации .

- Для Э. промежности и влагалища характерны жгучие . распирающие боли .
- иррадиирующие в глубину таза и в область
- ласть наружного сфинктера прямой кишки -
- ки . При вовлечении в процесс наружного
- сфинктера прямой кишки появляются нестерпимые
- боли при дефекации во время месячных

Нарушения репродуктивной функции у больных эндометриозной болезнью .

Установлено , что 30 -40 % женщин с Э.страдают бесплодием . На сегодня Э . становится одной из ведущих причин бесплодия .

К бесплодию ведут -

- нарушения в Г-Г-Я системе . Приводящие к ановуляции и \ или недостаточности функции желтого тела
- синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула
- повышение кол-ва макрофагов в перитонеальной жидкости и повышение в них
- активности кислой фосфатазы , что способствует фагоцитозу сперматозоидов
- снижение и дискоординация сократительной деятельности маточных труб при
- сохраненной их проходимости
- гиперпролактинемия
- анатомические изменения . обусловленные спаечным процессом (непроходимость маточных труб)

- Нарушения менструальной функции .
- Наиболее частыми являются -
- - прогрессирующая альгодисменорея
- - менометроррагия
- - кровомазания до и после менструации .
- контактные кровянистые выделения
- - нерегулярные менструации (при сочетании Э. ямчников со склерокистозом)

- Диагностика эндометриозной болезни.
- Общие клинические проявления -
 - - хроническую или рецидивирующую аб -
 - доминальную боль
 - - бесплодие
 - - нарушение менструальной функции
 - - увеличение накануне и во время менструаций размеров пораженных Э. органов и экстрагенитальных очагов (рубцов и др.)
 - - регресс очагов Э. во время беременности
- в периоде лактации и в постменопаузальном периоде
 - - длительное и обычно прогрессирующее
 - течение заболевания
- Выполняются следующие исследования -
 - - УЗИ органов малого таза
 - - цитологическое исследование влагалищных мазков на атипизм

- - кольпоскопия
- - диагностическое выскабливание матки по показаниям , штрих -биопсия
- - общеклинические и биохимические исследования крови
- - гистерография
- - гистероскопия с прицельной биопсией
- - лапароскопия
- - выделительная урография . изотопная ренография
- - ректороманоскопия . фиброколоноскопия
- - ирригоскопия
- - рентгенография пояснично -крестцового отдела позвоночника
- Осуществляют консультации терапевтом .
- хирургом . невропатологом . урологом . и
- др . специалистами (по показаниям)

- Дополнительные методы исследования -
- - тесты функциональной диагностики
- (базальная температура . цитогормональная диагностика)
- которые могут указывать на
- ановуляцию и недостаточность 2-й фазы цикла
- - гистеросальпингография
- - кольпоскопия . цервикоскопия
- - кимографическая пертурбация
- - спермограмма мужа
- - обследование на инфекцию (бактериаль -
- ный вагиноз . хламидиоз . уреаплазмоз и др.)
- - определение 17 -КС и 17 -ОКС суточной мочи
- - R - графия турецкого седла
- - содержание сахара в крови и сахарная кривая . гормоны
- крови (Е2 . ПГ . ПЛ и др.)
- - лапароскопия
- Проводится консультация эндокринологом
- с последующим углубленным исследова -
- нием гормонального статуса .

- Нарушения функции смежных органов .
- перечень исследований -
- - гинекологический осмотр в динамике
- менструального цикла
- - УЗИ органов малого таза
- - цистоскопия
- - определение онкомаркеров (СА-125 . СЕА
- МСА)
- - консультация специалистов (хирург .не-
- вропатолог . терапевт . уролог)

- Дифференциальный диагноз проводится со след. заболеваниями -
- Э. промежности и влагалища - от сфинктерита . парапроктита . Хорионэпителиомы (реком-ся гисто- исследование биопсированного материала .определение титра ХГ)
- Э. шейки матки - от субмукозной миомы матки . рака и гиперпластических процессов миометрия (КТ . МРТ .СА-125 и др.)
- Э. яичников - от рака яичников .хр.ад нексита . миомы матки (КТ . МРТ .цитологическое исследование осадка асцитической жидкости . СА -125 и др .)
- Э. кишечника - от рака кишечника
- ретроцервикальный Э. - от опухоли прямой кишки . от метастаза Шнитцлера и неоплазмы матки 111 - 1V ст .
- Э. легких - от туберкулеза и аспергиллеза легких . мезотелиомы плевры . эозинофильного лефлеровского инфильтрата .
- опухоли легкого (туберкулиновые пробы .
- микроскопия и посевы мокроты . бронхоскопия и др .)
- Частота гистологического подтверждения клинического диагноза составляет 85-90 % .

- Лечение больных эндометриозной болезнью .
- Основными методами являются -
 - 1. Хирургическое .
 - 2. Консервативное , включающее гормо -
■ нальную (гормономодулирующую) и вспомо -
■ гательную (синдромную) терапию .
 - 3. Комбинированное (хирургическое и кон -
■ сервативное лечение) .
- Лечение подлежат больные с клиническим
- активным Э. , нарушающим функции по -
■ лых и соседних органов . Гормональная терапия
- клинически неактивного Э. может способствовать активизации процесса .

- Хирургическое лечение больных Э . -
- показания к операции -
- - эндометриомы
- - внутренний Э . , сопровождающийся обильными кровотечениями и анемизацией
- - неэффективность гормонального лечения
- непереносимость гормональных препаратов
- - Э . послеоперационных рубцов . пупка . промежности
- - продолжающееся стенозирование просвета кишки или мочеточников (на фоне гормонотерапии)
- - сочетание Э . с аномалиями гениталий (Э . добавочного рога)
- - сочетание миомы матки . подлежащей хир. лечению . с некоторыми локализациями Э .

- Э. у женщин перенесших онко- заболевания , по поводу которых проводилось
- хир. лечение . лучевое лечение и \ или химиотерапия (рак яичников . рак щитовидной железы . рак желудка . рак толстой кишки и др.) Но при карциноме молочной железы для лечения Э. использовать золодекс
- сочетание Э. и бесплодия (1 - 2 года) - операция производится в сберегательном объеме - наличие соматической патологии , исключающей возможность длительной гормональной терапии (желчнокаменная болезнь . мочекаменная болезнь . тиреотоксикоз . гипертоническая болезнь с кризовым течением)
- сочетание Э. с нефроптозом . требующим хир. коррекции . или синдромом Аллена - Мастерса

- При подготовке к операции надо -
- - за 2-3 мес прекратить гормональную терапию
- - устранить анемию , гипопропротеинемию
- - санировать очаги хр . инфекции
- - при наличии поливалентной аллергии
- провести подготовку с использованием
- ГБО , эфферентной гемокоррекции (плазмаферез) , глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов
- - провести коррекцию соматической патологии
- - устранить дисбактериоз кишечника

- Особенности хирургического лечения -
- - оперировать нужно после менструаций
- - разрез должен обеспечивать хороший доступ в зону операции
- - удаление очагов Э. производят в пределах неизменных тканей
- - профилактика пареза кишечника в послеоперационном периоде (освободить брюшную полость от излившегося содержимого эндометрием)
- - перфузия брюшной полости в послеоперационном периоде

- В лечении больных перитонеальным Э. -
- - основное значение принадлежит лапароскопии (диагностической и оперативной)
- - при I, II, III степенях распространения Э. возможно удаление всех очагов с использованием лазерной техники . микро -
- коагуляции
- - операции могут быть симультанными -
- при вовлечении соседних органов (кишечник . мочеточник)
- - при диффузной форме Э. показана экстирпация матки

- Консервативные методы лечения .
- В гормональной терапии используются
- препараты различного спектра действия-
- 1. Комбинированные синтетические эстроген-гестагенные препараты
- 2. Прогестины (прогестагены) ,препараты без эстрогенного компонента : дидрогестерон , норэтистерон , линэстренол , аллилэстренол .
- 3. Антигестагены : гестринон .
- 4. Антигонадотропины : даназол .
- 5. Агонисты гонадотропин -рилизинг- гормона : гозерелин . нафарелин . трипторелин . бусерелин .
- 6. Антиэстрогены : тамоксифен . теремифен. лейпрорелин .
- 7. Анаболические стероиды : нандролон . метандриол и др .
- 8. Андрогены : тестостерон (метилтестостерон)

- В качестве перспективных лекарственных средств можно рассмотреть синтетические
- агонисты ГнРГ (гонадотропин -релизинг -гормона) .
Механизм их лечебного дейс -
- твия основан на подавлении функции ги-
- физарно -яичниковой системы (состояние
- “ искусственной менопаузы “) и , следова-
- тельно , блокаде эндогенных стимулов роста
- эктопического эндометрия . Эти препараты в 100
- -200 раз эффективнее естес -
- твенного ГнРГ .

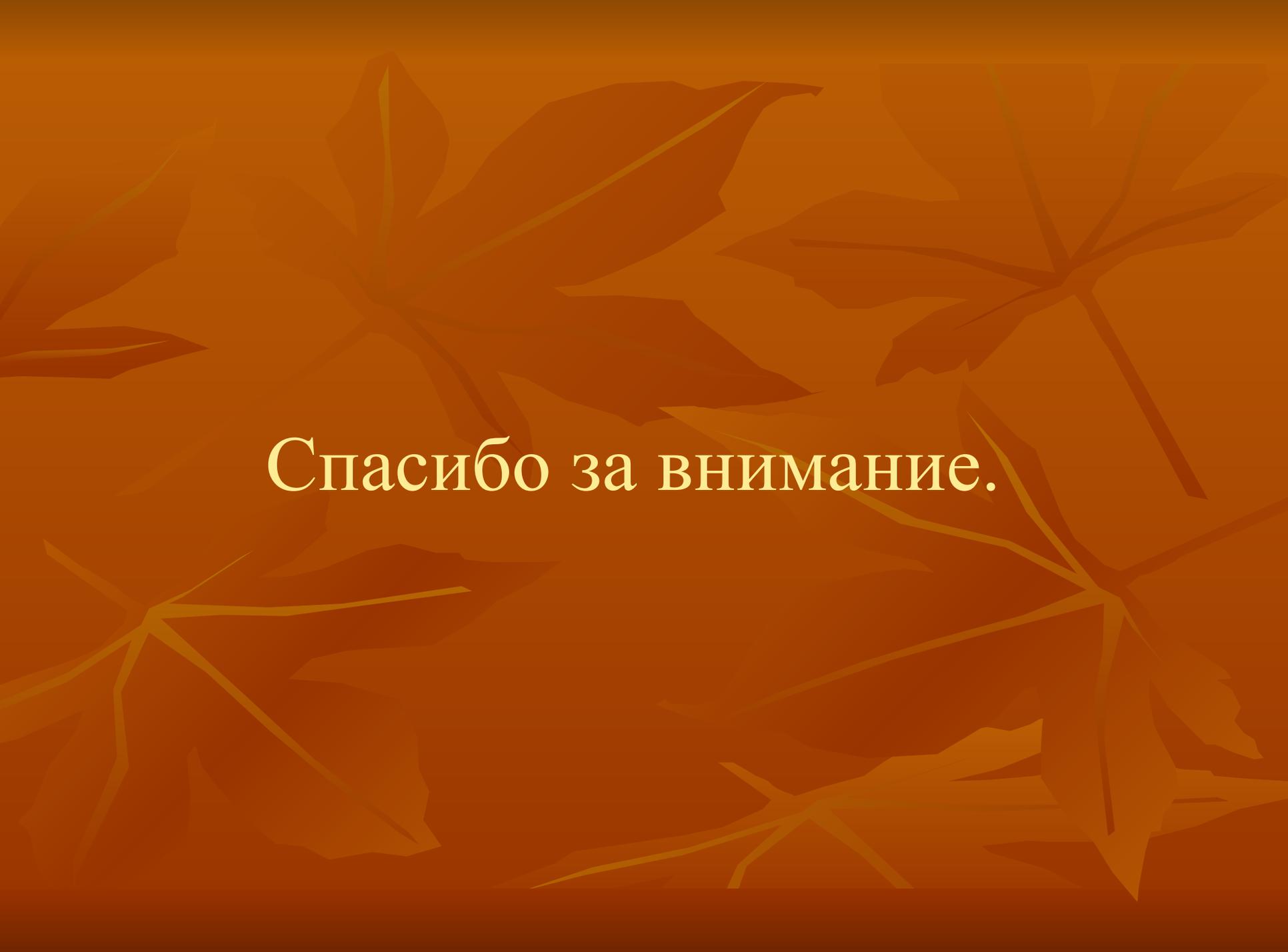
- Препараты активны при введении внутри -
 - вено . внутримышечно . подкожно . интра -
 - назально . вагинально или ректально . Реци-
 - дивы симптомов заболевания через 4 -12
 - месяцев после окончания лечения анало -
 - гамии ЛГ -РГ возникают у 15 -20 % жен -щин .
- Частота наступления беременности колеблется от 20 до 52 % .

- Противопоказания к гормональной терапии
- эндометриоза -
- - поливалентная аллергия
- - повышенная чувствительность к конкретным препаратам
- - тромбозы . гиперкоагуляционный синдром
- - беременность . лактация
- - сочетание Э. с миомой матки (кроме монофазных эстроген - гестагенных препаратов и агонистов ГнРГ)
- - заболевания молочных желез (кроме гестагенов . тамоксифена . агонистов ГнРГ)
- - порфирия
- - заболевания печени
- - заболевания крови

- - кровотечения из половых путей неясной этиологии
- - герпес . желтуха беременных .отосклероз
- сильный зуд
- - дисплазия эпителия шейки матки и цер -
- викального канала
- - опухоли придатков матки
- - заболевания почек в стадии декомпен -
- сации их функции
- - сахарный диабет
- - тиреотоксикоз
- - ГБ (11 -Б стадия)
- - заболевания органов зрения (глаукома)
- - органические заболевания ЦНС и мания -
- кально -депрессивные состояния
- - злокачественные опухоли любых локали -
- заций

- Вспомогательная терапия -
- - иммунокоррекция
- - антиоксидантные препараты
- - симптоматическая терапия
- - ингибиторы простагландинов
- - лечение сопутствующих заболеваний
- - десенсибилизирующая терапия
- - коррекция психосоматических и невро-
■ тических расстройств

- Для нормализации иммунного статуса используют : левамизол . спленин .
Иммуномодулирующим действием обладает
- стимуляция вилочковой железы (аппаратом
- “ Ундатерм “ , 10 процедур) и внутрисосу-
- дистое лазерное облучение крови .
- В связи с недостаточностью антиоксидант-ной системы организма в терапию необ-
- ходимо включить ГБО . токоферола аце -
- тат . унитиол с аскорбиновой кислотой .
- пикногенол и др .
- Реабилитация -
- - общеукрепляющая терапия
- - после операции проводить в течение 6-12 мес противорецидивную терапию
- - курортные факторы (радоновые и йодо -
- бромные воды)
- - динамическое диспансерное наблюдение
- (1 раз в 3 мес осмотр гинекологом)



Спасибо за внимание.

Литература .

1. Серов В.Н. Кира Е.Ф. Гинекология . Руководство для врачей . Москва 2008 год
- 2 Стрижаков А.Н.Давыдов А.И. Гинекологи . Учебное пособие . М .2009 год
3. Айламазян Э.К. Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии . М . 2003 год