



Эндометриоз



Эндометриоз

(эндометриоидная болезнь) –

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

Эндометриоз:

- *термин «эндометриоз» впервые был предложен в 1892 г. Blair Bell.*
- *патологические изменения, обозначаемые в настоящее время термином «эндометриоз» были описаны около 1600 лет до н.э. в египетских папирусах.*

Эндометриоз:



- **Частота эндометриоза колеблется от 7 до 59% у женщин репродуктивного возраста.**
- **Частота эндометриоза составляет от 12 до 27% от количества гинекологических операций.**

Эндометриоз: факторы риска

- **Репродуктивный возраст 35-45 лет**
- **Повышенный уровень эстрогенов**
- **Короткий менструальный цикл**
- **Длительная менструация с большим объемом кровопотери**
- **Отсутствие беременностей**
- **Частые аборты и диагностические выскабливания матки**

Морфологическая структура эндометриоза

Макроскопически эндометриоз имеет вид мелких изолированных или сливающихся с окружающими тканями очагов (гнезд узлов) различной формы или приобретает характер кисты (эндометриоидные кисты яичников), полости которых содержат тёмную или стекловидную жидкость.

Морфологическая структура эндометриоза

Микроскопически эндометриоз представлен однослойным цилиндрическим эпителием и цитогенной стромой.

В очагах Э обнаружены клеточные рецепторы E_2 и прогестерона.

В тканях Э происходят более или менее выраженные изменения свойственно фазам менструального цикла.

Ультроструктура очагов эндометриоза

Различают

-  **высокодифференцированные очаги** эндометриоза, в которых отмечены изменения в эпителии желёз и стромы, коррелирующие с фазой менструального цикла;
-  **малодифференцированные очаги** эндометриоза, структура которых в течении цикла не изменялась.

Гормонотерапия оказалась эффективной только при высокодифференцированной ткани эндометриодных гетеротопий.

Теории возникновения эндометриоза

1. Транслокация эндометрия из полости матки через Фаллопиевы трубы на брюшину. В 1921 г. Sampson установил, что во время менструации жизнеспособные клетки эндометрия способны перемещаться по маточным трубам до брюшины («ретроградная менструация»).

Но в 70-90% случаев это НОРМА!!!

Теории возникновения эндометриоза

2. Метоплазия эпителия (брюшины) - под влиянием гормональных нарушений, воспаления, механической травмы или других воздействий мезотелий брюшины и плевры, эндотелий лимфатических сосудов, эпителий канальцев почек и ряд других тканей может превращаться в эндометриоидноподобную ткань (подтверждено экспериментально).

Теории возникновения эндометриоза

3. Нарушение соотношения гормональных рецепторов в эндометрии. Происходит резкое преобладание ЭРβ над ЭРα, снижая их активность и экспрессию

Теории возникновения эндометриоза

4. Локальная гиперэстрогения актуальна при сочетании Э с другими заболеваниями (миомой матки и др.).

Снижается продукция 17 β -гидроксистероид дегидрогеназы типа 2, превращающая эстрадиол в более слабый эстрон.

Теории возникновения эндометриоза

5. Резистентность к прогестерону приводит к повышению пролиферации эндометрия, секреции простагландинов и повышению сократительной способности матки, а также к снижению децидуализации, противовоспалительной активности и апоптоза.

Теории возникновения эндометриоза

6. Диссеминация тканей эндометрия из полости матки по кровеносным и/или лимфатическим сосудам. Halban (1925 г.) обнаружил в просвете лимфотических сосудов эндометриоидные образования. Гематогенный путь «метастазирования» приводит к развитию эндометриоза легких, глаз, кожи и т.д.

Теории возникновения эндометриоза

7. Неоангиогенез – ключевое звено в развитии эндометриоза.

Особая роль принадлежит белкам-гликопротеинам – сосудистым эндотелиальным факторам роста (СЭФР). Повышение СЭФР А в перитонеальной жидкости увеличивает митозы, миграцию эндотелиальных клеток, что в последующем вызывает из них неоангиогенез.

Теории возникновения эндометриоза

8. Развитие эндометриоза в связи с нарушениями иммунитета (изменение иммунных реакций на системном и локальном уровнях; наличие в сыворотке крови аутоантител Ig G и IgA по отношению к эндометриоидной и яичниковой ткани).
9. Доказана роль бензолов-3 в образовании эндометриоза, что происходит в условиях оксидативного стресса и хронической воспалительной реакции (в мегаполисах при загрязнении окружающей среды)

Теории возникновения эндометриоза

10. Развитие эндометриоза как генетически обусловленной патологии (теория была сформулирована в 1957 г.). Наследование при семейном эндометриозе имеет полигенно/мультифакторный характер.

У женщин с коротким менструальным циклом (менее 27 дней) и длительной менструацией (более 7 дней) риск развития эндометриоза оказывается в 2 раза выше, чем у женщин с нормопонирующим менструальным циклом.

Теории возникновения эндометриоза

Отсутствие мотивации к своевременной реализации репродуктивной функции.

В настоящее время женщины имеют 400-600 менструальных циклов (в среднем 450) по сравнению с 60, когда 2 года мп уходило на беременность и лактацию.

Классификация эндометриоза:

А. Генитальный:

1. Внутренний (аденомиоз)

2. Наружный

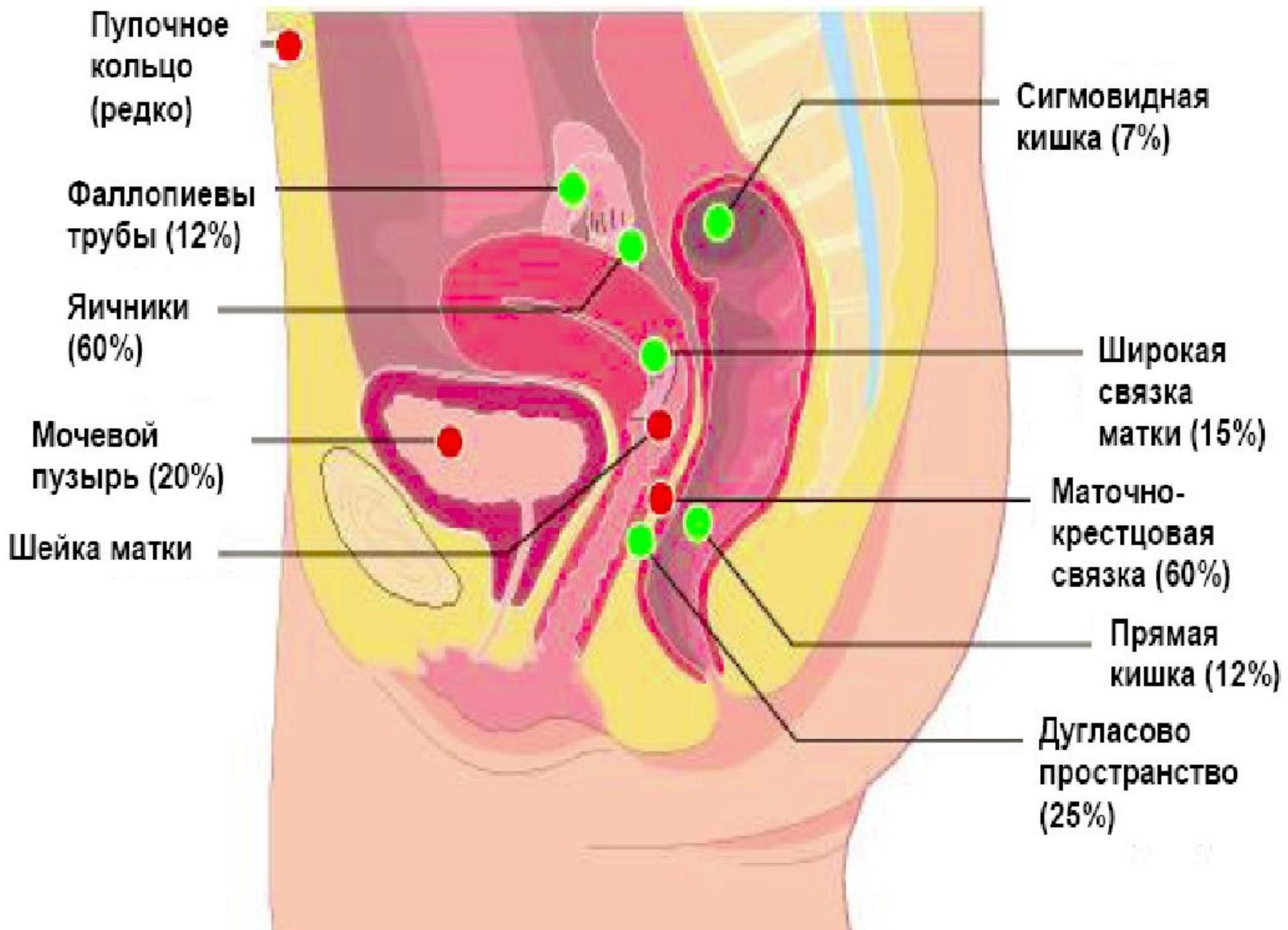
- маточных труб;
- яичников;
- ретроцервикальный
- влагалищной части шейки матки;
- крестцово-маточных и широких маточных связок;
- брюшины;
- маточно-прямокишечного углубления.

Классификация эндометриоза:

Б. Экстрагенитальный:

1. Мочевого пузыря.
2. Кишечника.
3. Легких.
4. Почек.
5. Послеоперационного рубца передней брюшной стенки.
6. Других локализаций.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ МЕСТА ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГОВ ЭНДОМЕТРИОЗА



Эндометриоз матки (аденомиоз)

Возраст 30 – 50 лет

Форма:

- диффузная
- очаговая
- узловатая

По локализации:

- корпоральная
- перешеечная
- смешанная

Степени распространённости аденомиоза:

- I ст.** - прорастание эндометриоза на небольшую глубину (1/3).
- II ст.** - распространение процесса до середины толщи матки.
- III ст.** - вовлечение в патологический процесс всей стенки матки.
- IV ст.** - вовлечение в процесс париетальной брюшины и соседних органов.

Клиника аденомиоза:

1. Нарушение менструального цикла по типу:
 - дисменореи;
 - меноррагии;
 - пред- и постместруальных кровянистых выделений.
2. Боли в нижних отделах живота, пояснице, в глубине таза, отдают в крестец, ягодицы.
3. Диспареуния.

Клиника аденомиоза:

4. Тошнота, рвота.
5. Вздутие кишечника.
6. Учащенное мочеиспускание.
7. Невынашивание беременности и бесплодие.
8. Утрата трудоспособности.
9. Психоэмоциональные нарушения.

Эндометриоз яичников.

Степени распространения:

- I ст.** - мелкие, точечные очаги эндометриоза на поверхности яичников и на брюшине маточно-прямокишечного углубления.
- II ст.** - односторонняя эндометриоидная киста диаметром не более 5 – 6 см, мелкие очаги эндометриоза на брюшине малого таза, спаечный процесс в области придатков.

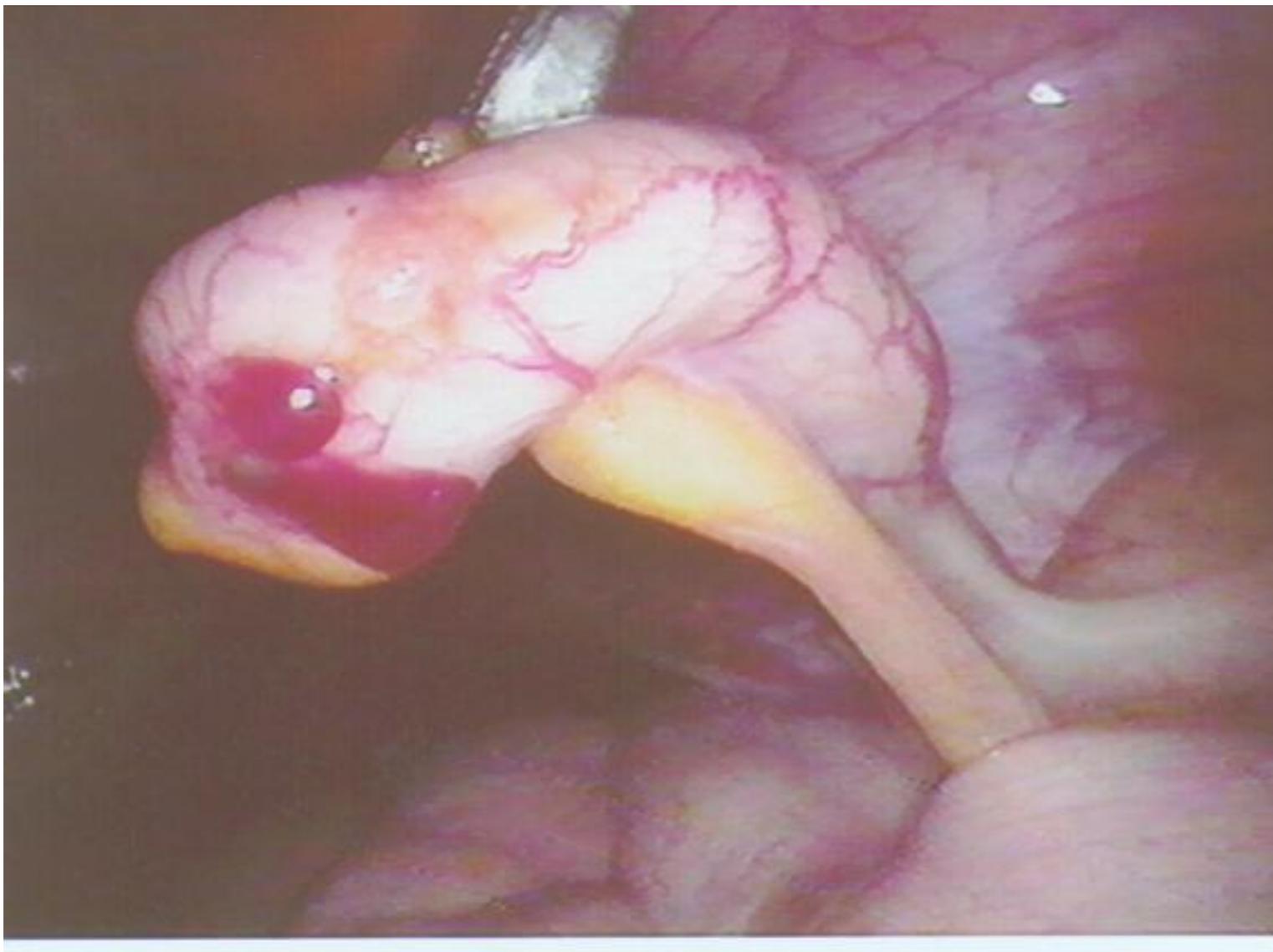
Эндометриоз яичников.

Степени распространения:

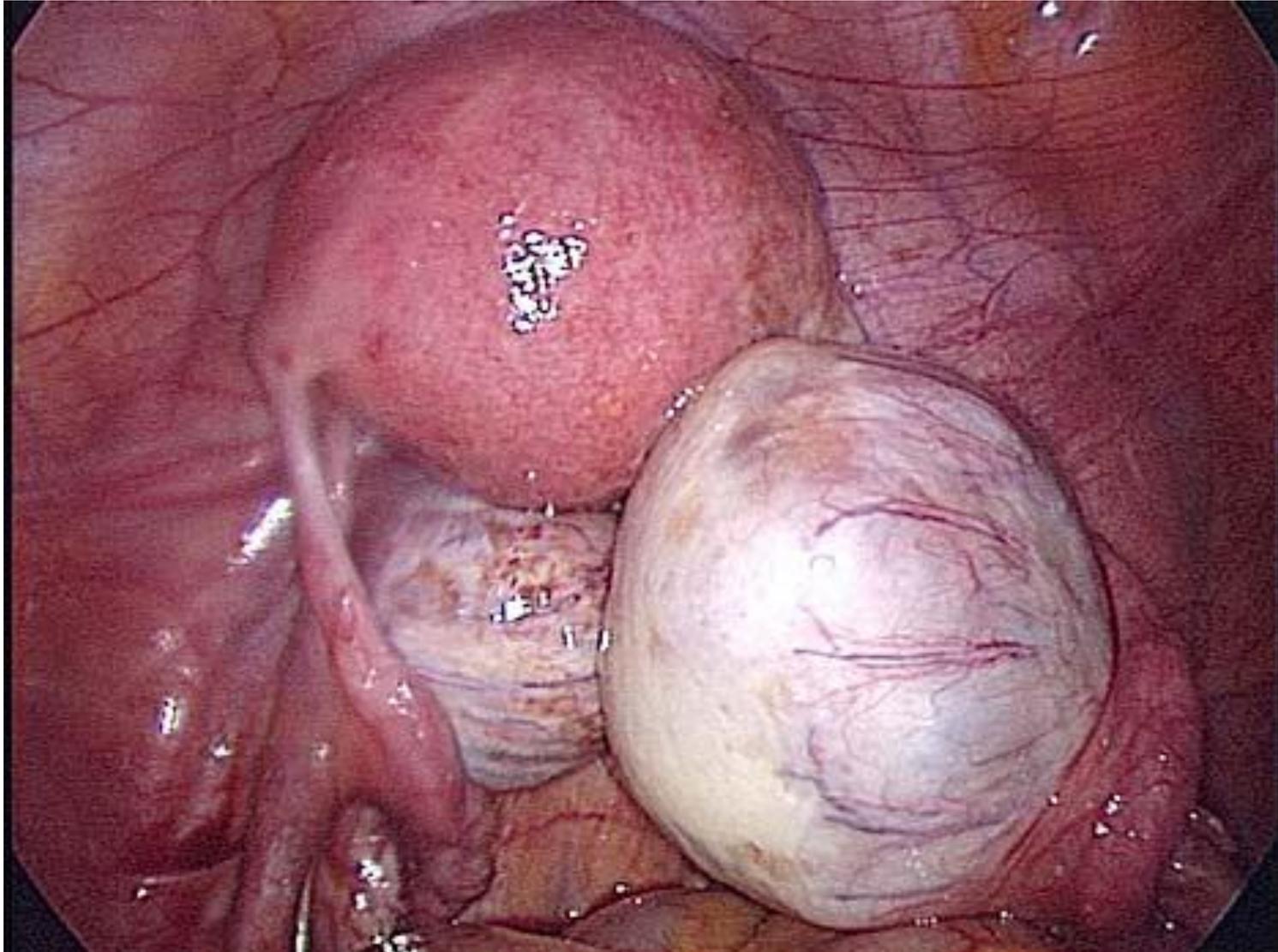
III ст. - эндометриоидные кисты обоих яичников (диаметром более 5 – 6 см), очаги эндометриоза на серозном покрове матки, маточных труб, брюшине малого таза, выраженный спаечный процесс.

IV ст. - двусторонние кисты больших размеров с переходом процесса на соседние органы.

Эндометриозидные гетеротопии на яичнике



Эндометриоз яичников



Клиника эндометриоза яичников:

-  болевой синдром;
-  бесплодие;
-  клиника «острого живота» при перфорации кисты;
-  дизурические и интестинальные (запоры, вздутие живота) расстройства.

Ретроцервикальный эндометриоз

Степени распространения:

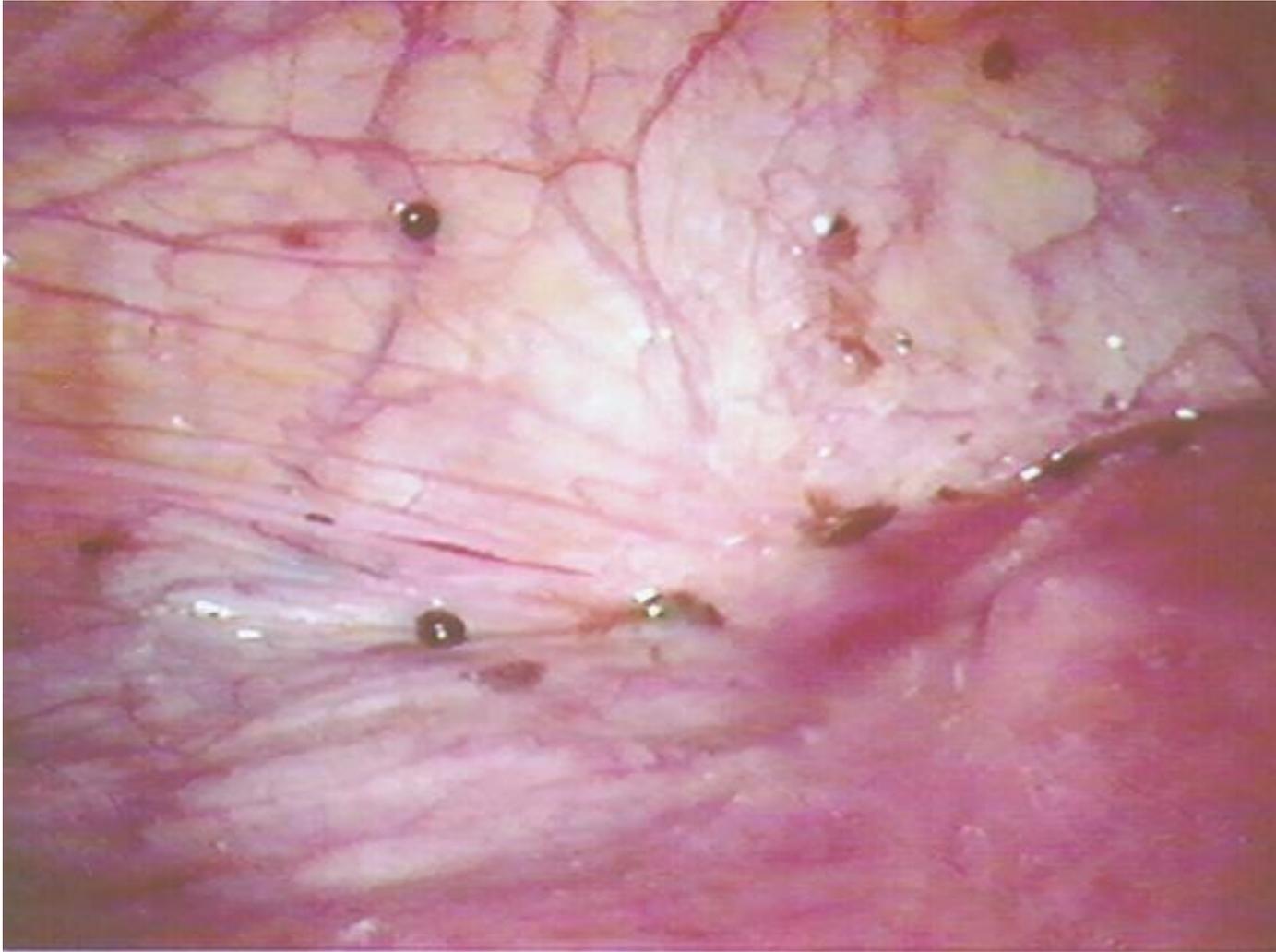
- I ст.** - эндометриоидные очаги в пределах ретровагинальной клетчатки.
- II ст.** - эндометриоидная ткань захватывает шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист.

Ретроцервикальный эндометриоз

Степени распространения:

- III ст.** - процесс распространяется на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки.
- IV ст.** - процесс распространяется на слизистую оболочку прямой кишки, облитерирует прямокишечно-маточное пространство с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

Эндометриоидные гетеротопии на тазовой брюшине



Клиника ретроцервикального эндометриоза:

1. Болевой синдром.
2. Диспареуния.
3. Запоры.
4. Кишечная непроходимость.
5. При изъязвлении заднего свода – кровотечение.
6. Сдавление мочеточников.

Эндометриоз влагалищной части шейки матки

**Возникает после ДТК и ДТЭ
псевдоэрозий, мед.абортов,
патологических родов, РДВ.**

Эндометриоз влагалищной части шейки матки

Очаги встречаются:

- на влагалищной части шейки матки
- в дистальном отделе слизистой цервикального канала (в виде полипов).

Клиника:

- пред и постменструальные кровянистые выделения.

«Малые» формы эндометриоза

К «малым» формам относятся мелкие единичные эндометриоидные гетеротопии в области брюшины маточно-прямокишечного углубления, брюшины крестцово-маточных связок, на поверхности яичников

Клиника

- бесплодие;
- редко болевые ощущения.

Клинические проявления

- Эндометриоз мочевых путей: гематурия; боли в боку; гипертензия; уремия.**
- Эндометриоз кишечника: кровотечения из прямой кишки.**
- Эндометриоз дыхательных путей: кровохарканье.**

Диагностика эндометриоза:

1. Бимануальное гинекологическое исследование (на начальном этапе)
2. Простая и расширенная кольпоскопия (до и после менструации), по показаниям - биопсия.
3. УЗИ с применением влагалищных датчиков.
4. Гистероскопия (ГСС) проводится на 5-7 день менструального цикла, а при его нарушениях - после РДВ.

Диагностика эндометриоза:

5. Гистеросальпингография (ГСГ) выполняется на 5 - 7 день цикла.
6. Лапароскопия.
7. Спиральная КТ и МРТ (!)
8. Определение онкомаркеров (СА-125, РЭА, СА-19-9).

Дифференциальная диагностика эндометриоза

- Хронический эндометрит - метроррагии; наличие округлой матки; болевой симптом.
- Миома матки, ГТЭ.
- Рак прямой кишки и яичника (с ретроцервикальным эндометриозом).
- Фооновые процессы шейки матки.

Цели лечения:

- ***Уменьшение симптомов заболевания (болей, нарушения функции органов, пораженных эндометриозом, психоневрологических нарушений)***
- ***Замедление прогрессирования эндометриоза и предупреждение инвалидизации, связанной с рубцово-спаечным процессом***
- ***Восстановление репродуктивной функции***
- ***Улучшение качества жизни***

Консервативное лечение эндометриоза:

НПВС (снижают активность ЦОГ-2 и простагландинов) - напроксен, ибупрофен, диклофенак, ибупрофен, целекоксиб, эторикоксиб - применяются для лечения боли, особенно дисменореи.

Консервативное лечение эндометриоза:

КОК применяются для купирования связанной с эндометриозом тазовой боли.

С целью профилактики эндометриоза КОК (!!!) назначают после аборта (в день проведения аборта) продолжительностью до 6 месяцев, а если с целью контрацепции и более.

Консервативное лечение эндометриоза:

- *Дианогест-содержащие КОКи обладают сильной гестагенной активностью, при этом у него отсутствуют эстрогенная, антиэстрогенная, андрогенная активность.*
- *Жанин, Силует, Бонаде принимаются в непрерывном режиме (63/7, 126/7)*

Консервативное лечение эндометриоза:

***Монотерапия прогестагенами
(внутрь, внутримышечно,
подкожно) рассматривается в
качестве терапии первой линии
(МПА, норэтистерона ацетат,
дидрогестерон, диеногест)***

Консервативное лечение эндометриоза:

Прогестагены:

**Медроксипрогестерона ацетат (МПА)
назначается per os по 30 мг в сутки
или внутримышечно по 150 мг 1 раз
в 2 недели (6-9 мес.).**

**Дюфастон (10 мг 2 раза в день) в
течение 6-9 месяцев, непрерывно**

Визанна (2 мг диеногеста, N 28)

- **Диеногест непосредственно действует на очаги эндометриоза**
- **Эффективность действия диеногеста на эндометриоз сопоставима с действием агонистов ГН-РГ и антигонадотропинов.**



Консервативное лечение эндометриоза:

**Левоноргестрел - рилизинг система (ЛРС) –
Мирена**

- **20 мкг ЛНГ без подавления овуляции приводит к атрофии эндометрия, уменьшает менструальную кровопотерю и вызывает аменорею (у части пациенток)**
- **Применяется у пациенток, не нуждающихся в беременности в данный момент**

Консервативное лечение эндометриоза

Антигонадотропины:

- Даназол (при I-II стадии Э в дозе 400 мг/день, при III-IV стадии Э - 600-800 мг/день, в течение 6 мес)
- Гестринон (неместран) - по 2,5 мг 2 раза в неделю в течение 6 месяцев; эффект - 84-92%.

Менструальная функция восстанавливается через 4 месяца

Консервативное лечение эндометриоза

Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона *(приказ N 257 от 7 апреля 2006 г)*

- Золадекс (3,6 мг)
- Бусерилин Лонг (3,75 мг)
- Диферилин (3,75 мг)

Вводятся в/м однократно 1 раз в 28
дней с 1 дня м/цикла (3 – 6
месяцев).

Консервативное лечение эндометриоза

- Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона могут быть терапией выбора при II - III стадии эндометриоза. Снижают болевой синдром и уменьшают количество гетеротопий.
- Показаны при сочетании с ГПЭ; миомой матки; мастопатией.

Консервативное лечение эндометриоза

- Ингибиторы ароматаз (аримидекс) применяются в комплексном лечении стойких рецидивирующих форм.
- У молодых женщин – только после выключения функции яичников
- У женщин в постменопаузе

Ингибируют синтез эстрогенов в яичниках и жировой ткани (опосредовано рост ФСГ и образованию фолликулярных кист, потеря костной ткани).

Лечение эндометриоза

Хирургическое лечение

Показания к оперативному лечению:

- тяжелая степень диффузного аденомиоза (III-IV ст.);
- узловая форма аденомиоза;
- сочетание эндометриоза или аденомиоза с гинекологической патологией (лейомиома матки, опухоли яичника и др.);
- эндометриоидные кисты яичников;

Лечение эндометриоза

Хирургическое лечение

Показания к оперативному лечению:

- неэффективность гормональной терапии или противопоказания к ее проведению;
- эндометриоз яичников (как этап комплексной терапии);
- распространенный наружный генитальный эндометриоз;
- тяжелый ретроцервикальный эндометриоз.

Преформированные и естественные физические факторы:

Импульсные токи низкой частоты:

- Диадинамические (ДДТ)
- Синусоидальные модулированные (СМТ)
- Флюктуирующие (ФТ)
- Интерференционные (ИФТ)
- Чрезкожная электронейростимуляция (ЧЭНС)

Импульсные токи обладают выраженным обезболивающим и седативным эффектами, но при этом не обладают эстрогенстимулирующим эффектом.

Лечение начинают на 5-7 день менструального цикла на фоне механической контрацепции или КОК

Период последствия составляет 2-4 месяца

Преформированные и естественные физические факторы:

Магнитотерапия:

Обладает общим седативным эффектом, нормализует состояние ЦНС и ВНС, улучшает микроциркуляцию

В основном используется в раннем послеоперационном периоде

Преформированные и естественные физические факторы:

Электромагнитные колебания оптического диапазона (ультрафиолетовое излучение, лазерное излучение):

Обладает бактерицидным, противовоспалительным, обезболивающим, выраженным биостимулирующим эффектом на репаративные процессы за счет улучшения микроциркуляции

Наиболее целесообразно использовать в раннем послеоперационном периоде

Преформированные и естественные физические факторы:

Бальнеотерапия (общие радоновые и йодобромные ванны):

- Используются воды со средней концентрацией радона (от 40 до 200 нКи/л)
- При ретроцервикальном эндометриозе используют в микроклизмах и в виде влагалищных орошений

Радон обладают тормозящим эффектом на ЦНС, седативным и выраженным обезболивающим эффектом. Снижает уровень эстрогенов, повышает уровень прогестерона, нормализует соотношение гонадотропинов. Это самый мощный и эффективный фактор воздействия на Э, период последствия – 6 месяцев.

Йодобромные воды подавляют гиперэстрогению, повышают болевой порог чувствительности. Период последствия составляет до 4 месяцев

Преформированные и естественные физические факторы:

Гидротерапия (хвойные, бишофитные (магния хлорида (88-96%)), ванны):

Обладают седативным, болеутоляющим, антиспастическим эффектом.

Период последствий гидротерапии не менее 3-4 месяцев.

Климатотерапия:

Избыточная инсоляция оказывает стимулирующее влияние на развитие и прогрессирование Э.

NB! в период курса физиотерапии и в период последствий показана контрацепция !!!

Абсолютные противопоказания к физиотерапии. **Факторы, вызывающие гиперэстрогению:**

- **Лечебные грязи**
- **Нагретый песок**
- **Парафин**
- **Сероводородные, хлоридно-натриевые, скипидарные, сульфидные ванны**
- **Ультразвук, УВЧ, СВЧ**
- **Массаж пояснично-крестцовой зоны позвоночника**
- **Баня и сауна**