

Эндометриоз

Презентацию подготовил:
Усиченко Кирилл Алексеевич

Эндометриоз – это заболевание, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию.

МКБ 10: N80 – Эндометриоз

Эпидемиология 1/1

- ❑ 10-12% всего населения женщин.
- ❑ Чаще всего в возрасте 25-40 лет.

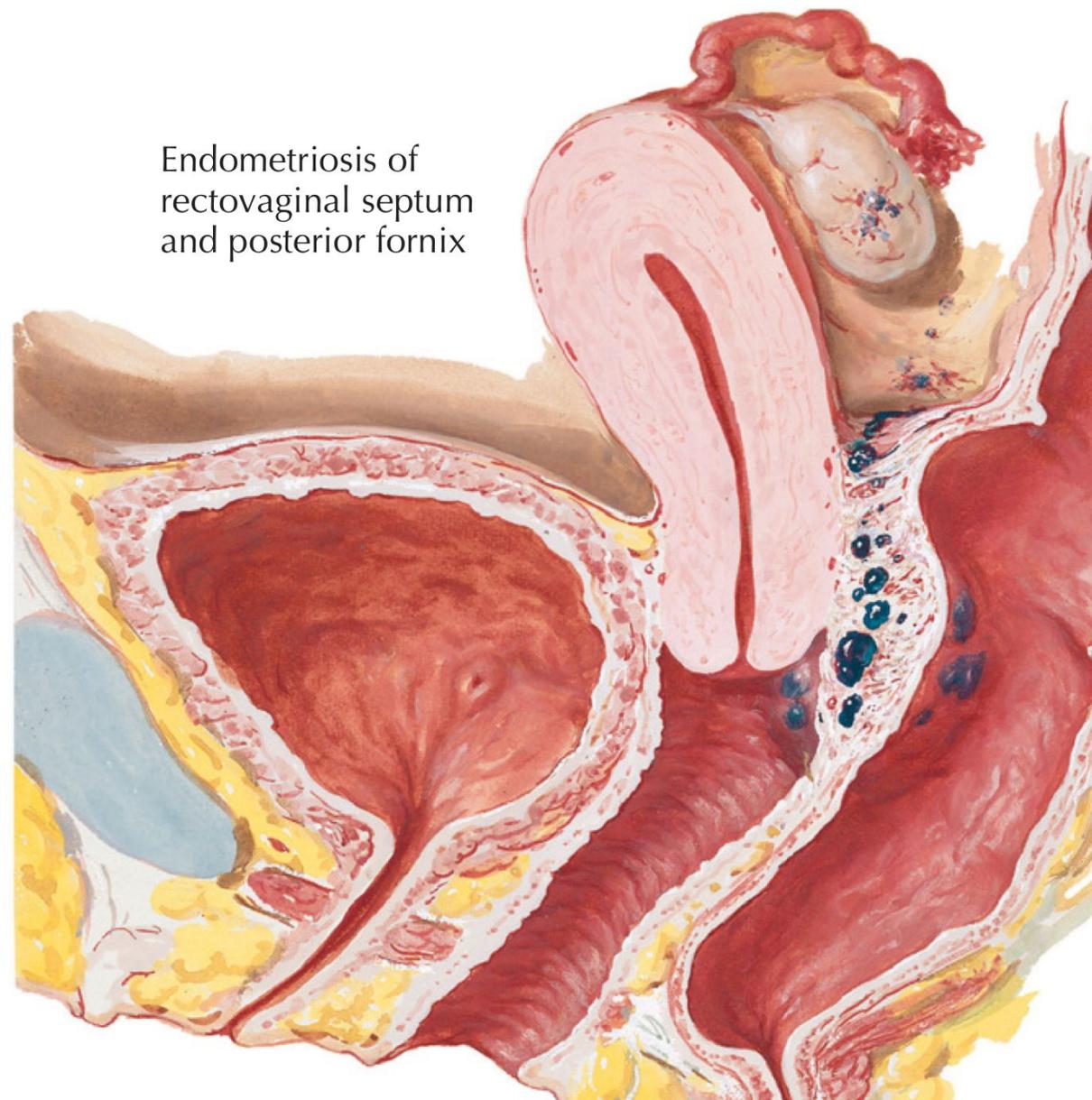
Этиология 1/3

- Этиология заболевания неизвестна.
- Теории:
 - Ретроградная менструация с адгезией, инвазией и прорастанием ткани (Sampson)
 - Метаплазия
 - Нарушение иммунного баланса
 - Эмбриональная
 - Генетическая предрасположенность
 - Другие

Этиология 2/3

Ретроградная менструация – рефлюкс менструальной крови и клеток эндометрия в брюшную полость с дальнейшей имплантацией и разрастанием последних.

У 90% женщин наблюдается заброс крови в брюшную полость во время менструации, но без развития эндометриоза.



Этиология 3/3

Факторы риска развития эндометриоза:

- Случаи эндометриоза в семье
- Раннее менархе
- Менструальный цикл <27 дней
- Менструация >7 дней (полименорея)
- Гиперменорея
- Нереализованная репродуктивная функция
- Гипоксия
- Дефицит железа
- Гормональные нарушения
- Дисфункция иммунной системы

Пути распространения:

- Маточные трубы
- Лимфатический путь
- Кровеносное русло
- Ятрогенный (Кесарево сечение)

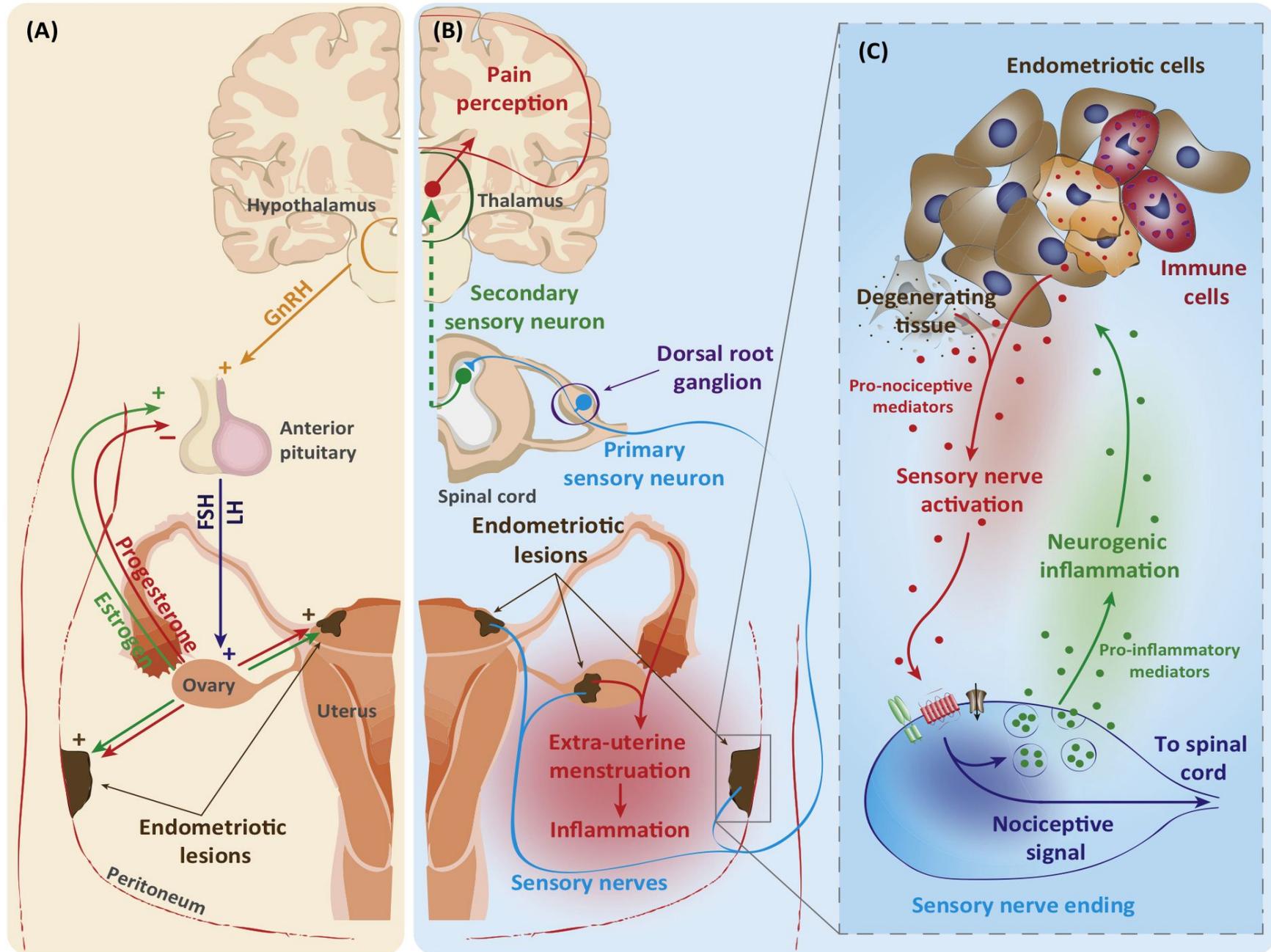
- Эктопированный участок эндометриоидной ткани способен к **инфильтративному росту.**
- **Отсутствие выраженной клеточной атипии и зависимость** клинических проявлений от менструальной функции (отличие от истинной опухоли).

- **Эктопированный участок эндометриоидной ткани** реагирует на циклические гормональные изменения **подобно** тому, как это делает и **внутриматочный эндометрий**. Т.е. в нем также происходит *пролиферация, секреция и отторжение*.
- **Продукты метаболической активности** эктопированного участка эндометриоидной ткани (цитокины и простагландины) вызывают **воспалительную реакцию**, характеризующуюся неоваскуляризацией и образованием фиброзной

Патогенез 4/4

Боль:

- В очагах эндометриоза происходят циклические расстройства, сходные с происходящими в эндометрии
- Воспалительные нарушения
- Изменения в нервных окончаниях
- Спаечный процесс

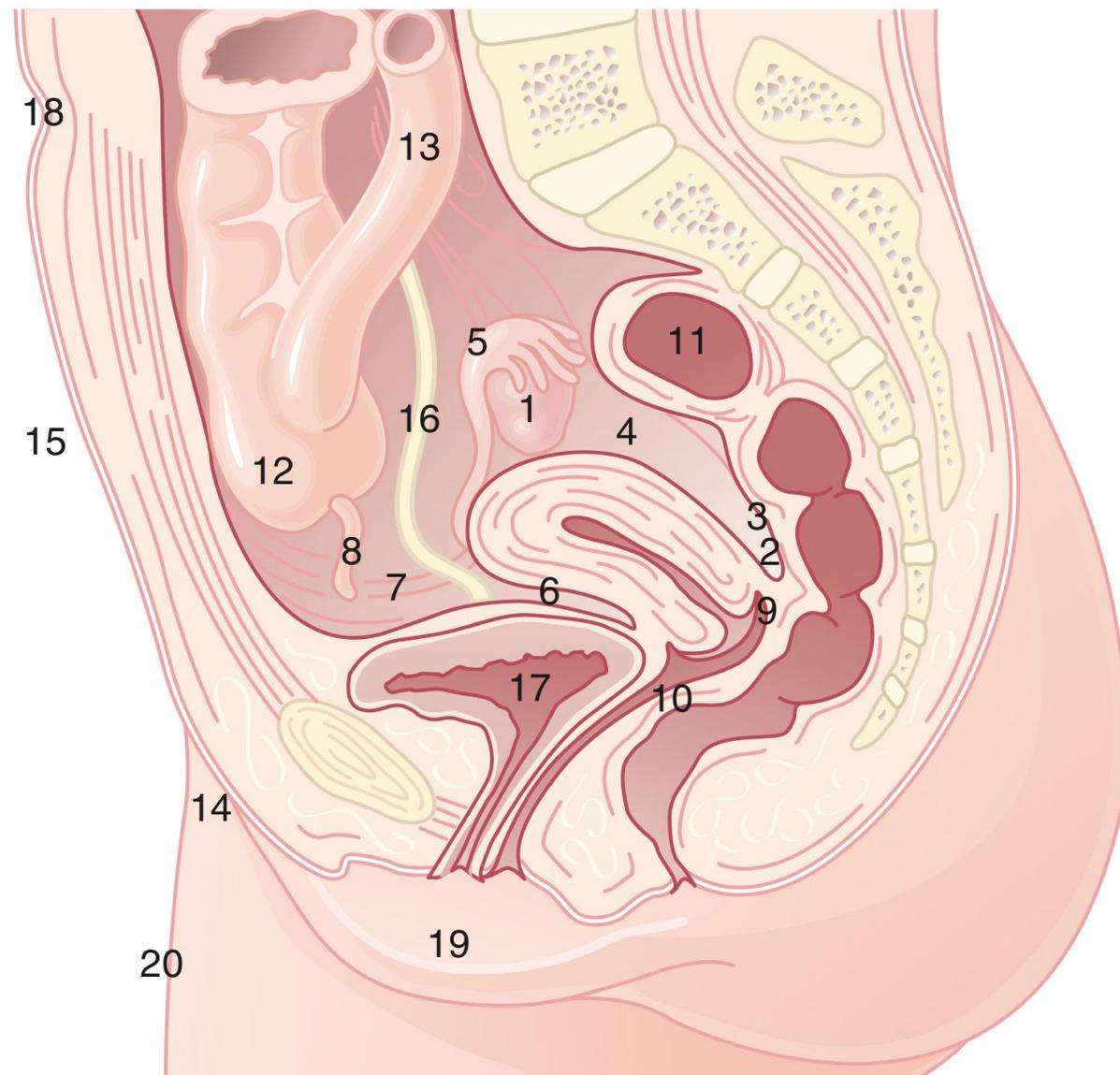


По локализации:

- Генитальный 93%:
 - Внутренний (в пределах матки: аденомиоз)
 - Наружный (вне матки: яичников, маточных труб, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки, влагалища)
- Экстрагенитальный 7% (любые органы и

Классификация 2/8

Числа проставлены в зависимости от частоты встречаемости. (1-наиболее часто)



Классификация 3/8

МКБ-10:

N80.0 Эндометриоз матки (Аденомиоз).

N80.1 Эндометриоз яичников.

N80.2 Эндометриоз маточных труб.

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 неуточненный.

Аденомиоз – разновидность эндометриоза, доброкачественный патологический процесс, характеризующийся появлением в миометрии эпителиальных (железистых) и стромальных элементов эндометриального происхождения.

Классификация 4/8

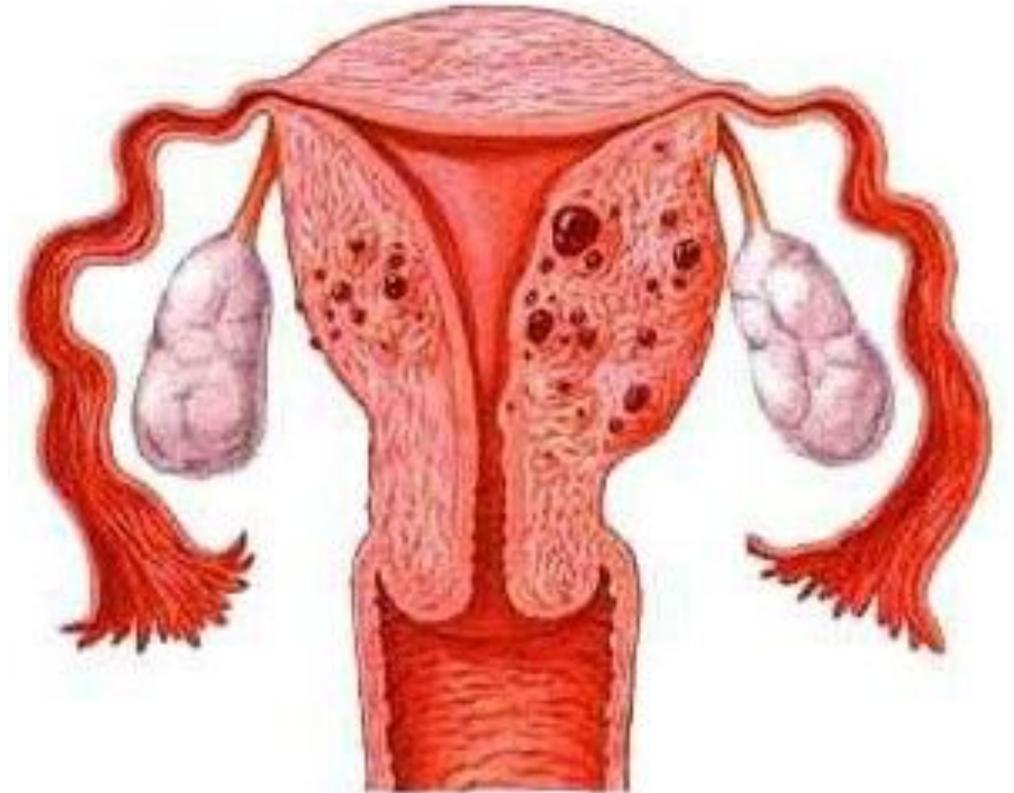
Классификация аденомиоза:

I стадия — патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки.

II стадия — патологический процесс переходит на мышечные слои.

III стадия — патологический процесс распространен на всю толщу мышечной стенки матки до ее серозного покрова.

IV стадия — вовлечение в патологический процесс помимо матки брюшины малого таза и соседних органов.



Классификация 5/8

Классификация эндометриозных поражений яичников:

I стадия — мелкие точечные эндометриозные образования на поверхности яичников, брюшина прямокишечно-маточного пространства без кистозных полостей.

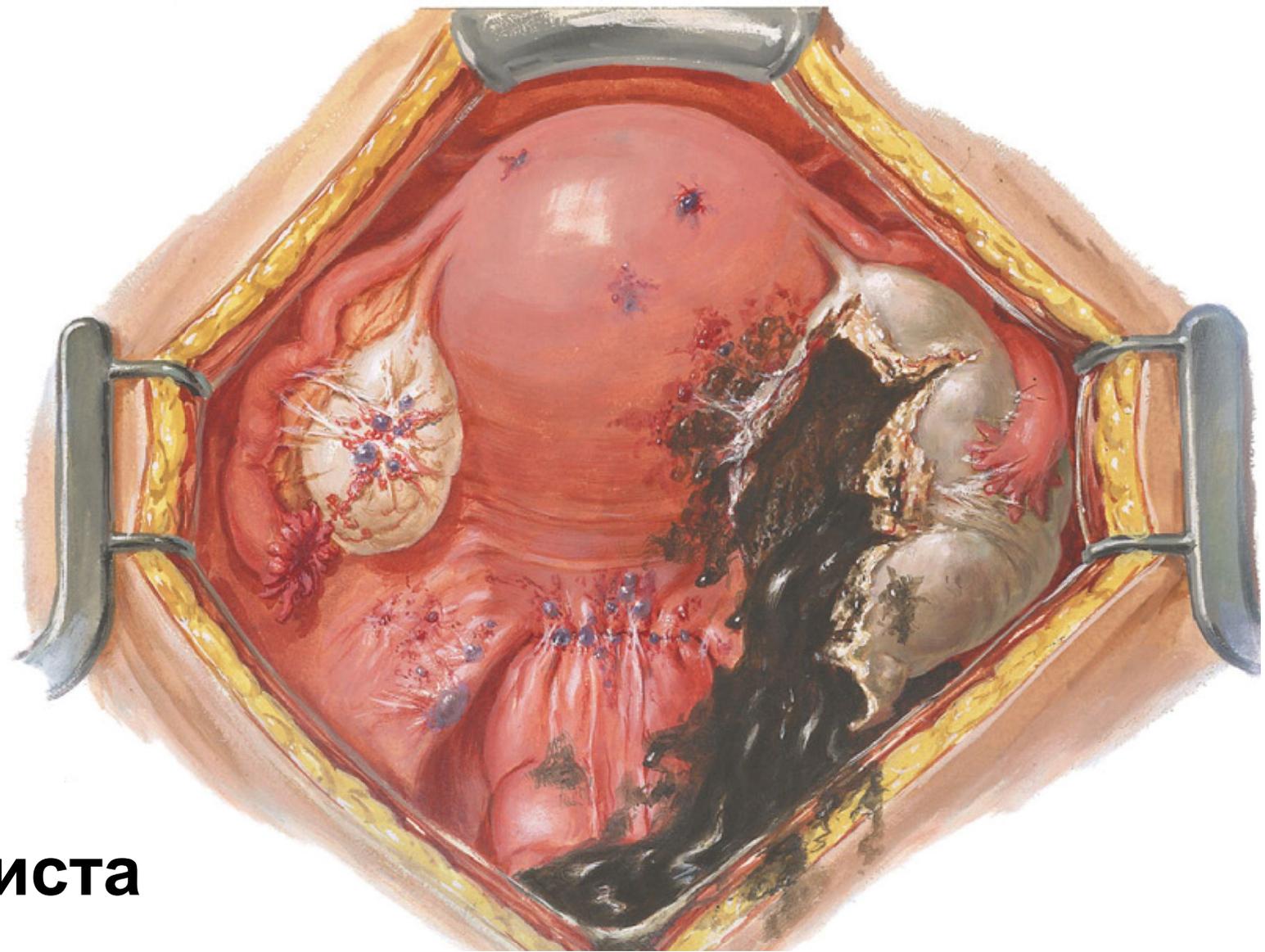
II стадия — эндометриозная киста одного из яичников размером не более 5–6 см с мелкими эндометриозными включениями на брюшине малого таза, незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника.

III стадия — эндометриозные кисты обоих яичников, эндометриозные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза, выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника.

IV стадия — двусторонние эндометриозные кисты яичников большого размера (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы: мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку, распространенный спаечный процесс.



Классификация 6/8



"Шоколадная" киста

Классификация 7/8

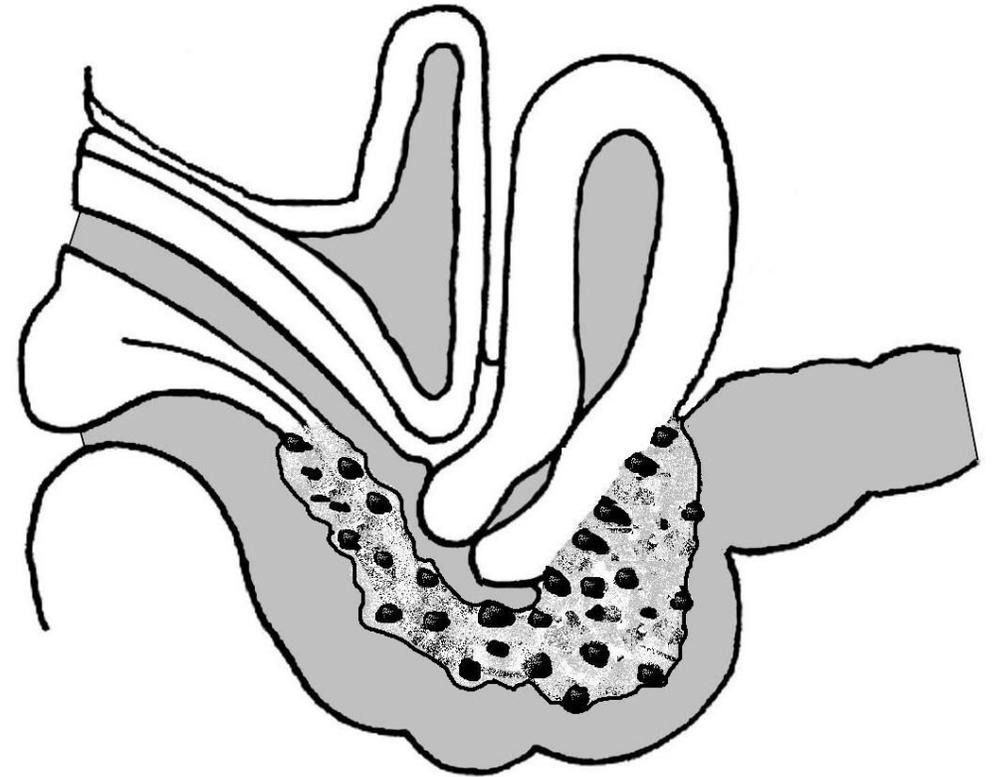
Классификация ретроцервикального эндометриоза:

I стадия — расположение эндометриоидных очагов в пределах ректовагинальной клетчатки.

II стадия — прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист.

III стадия — распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки.

IV стадия — вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки, распространение процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки.



Классификация 8/8

I стадия — 1–5
II стадия — 6–15
III стадия — 16–40
IV стадия — >40

Revised American Society of
 Reproductive Medicine
 classification, rASRM 1996

Эндометриоз			Размер очага		
			<1 см	1–3 см	>3 см
Брюшина	Поверхностный		1	2	4
	Глубокий		2	4	6
Яичники	Правый	Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	4	16	20
	Левый	Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	4	16	20
Облитерация позадидаточного пространства			Частичная 4		Полная 40
Спайки			<1/3 запаяно	1/3–2/3 запаяно	>2/3 запаяно
Яичники	Правый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16
	Левый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16
Трубы	Правый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16
	Левый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16

Клиника 1/2

Клиника зависит от локализации заболевания, его активности и может включать следующие симптомы:

- Бессимптомно (30%)
- Боль:
 - Дисменорея
 - Диспареуния (26-70%)
 - Ациклическая тазовая боль
 - Дизурия
 - Дисхезия
 - Поясничные боли
- Бесплодие (46-50%)
- Вздутие, тошнота, рвота
- Гематурия
- Ректальные кровотечения

- ❑ **Хроническая тазовая боль (ХТБ)** – это самостоятельное заболевание, проявляющееся постоянной болью в нижних отделах живота и поясницы, продолжающейся, по крайней мере, в течение 6 месяцев.
- ❑ Выраженность болевого синдрома не соответствует степени повреждения тканей.
- ❑ Эндометриоз является наиболее частой причиной ХТБ.

- Эндометриоз называют «**упущенным**» заболеванием, поскольку в среднем проходит **7–8 лет** от момента появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза.

□ **Распрос :**

- Nullipara
- Регулярный менструальный цикл с менструациями 8 дней и более
- Нарастание боли за несколько дней до менструации и прекращение на 1-2 день цикла
- Угасание симптоматики во время беременности и после наступления менопаузы
- Первая степень родства => в 10 раз выше риск заболевания
- + симптомы обозначенные выше

□ **Исследования:**

- Бимануальное брюшностеночно-влагалищное исследование:
 - Объемные образования придатков матки
 - Узелки в заднем своде влагалища или в маточно-крестцовых связках
 - Неподвижная матка в положении retroversio
 - Ректовагианальные узелки
 - Болезненность
- Исследование в зеркалах влагалища и шейки матки

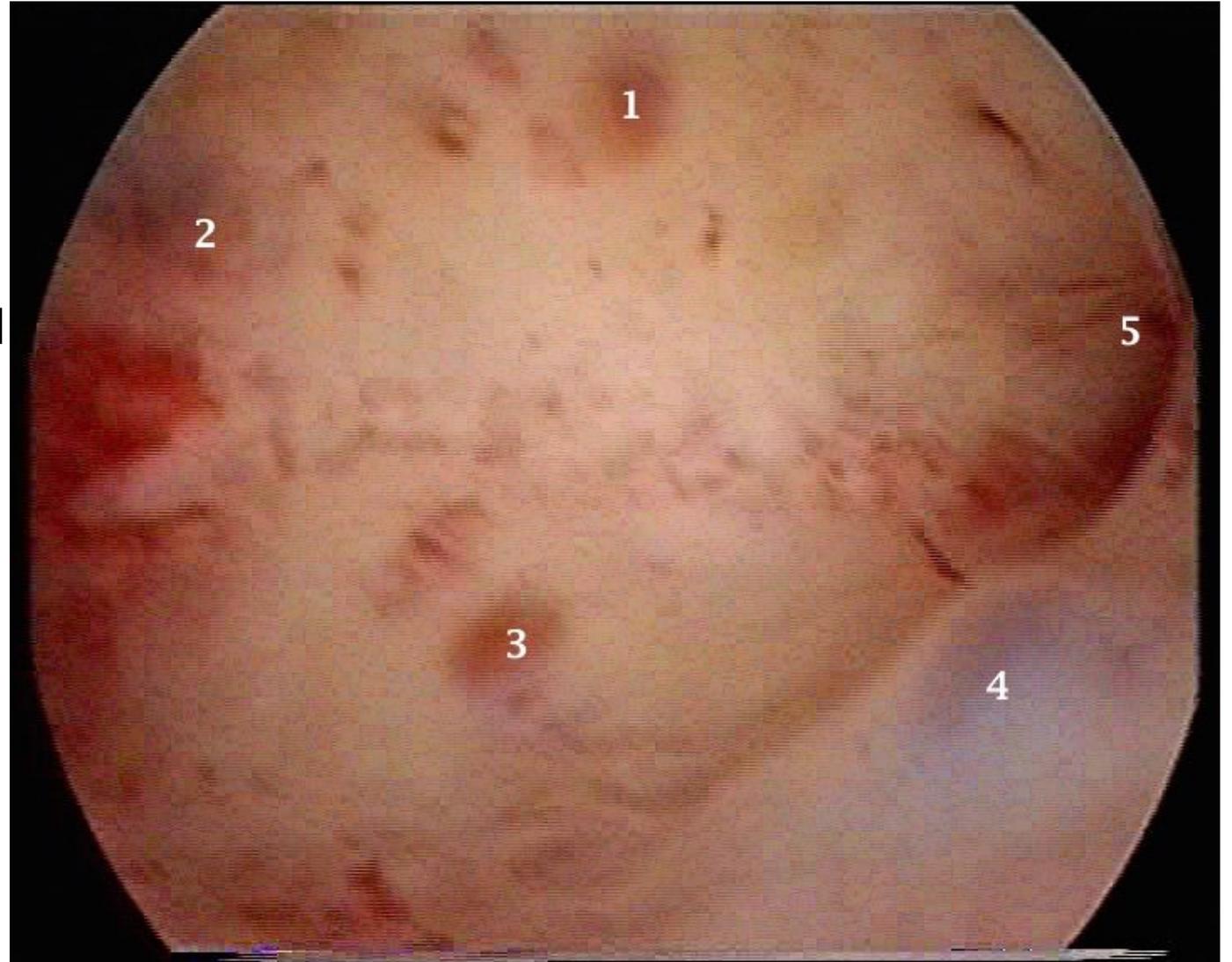
Диагностика 4/7

- Кольпоскопия:
 - Эндометриоз шейки матки



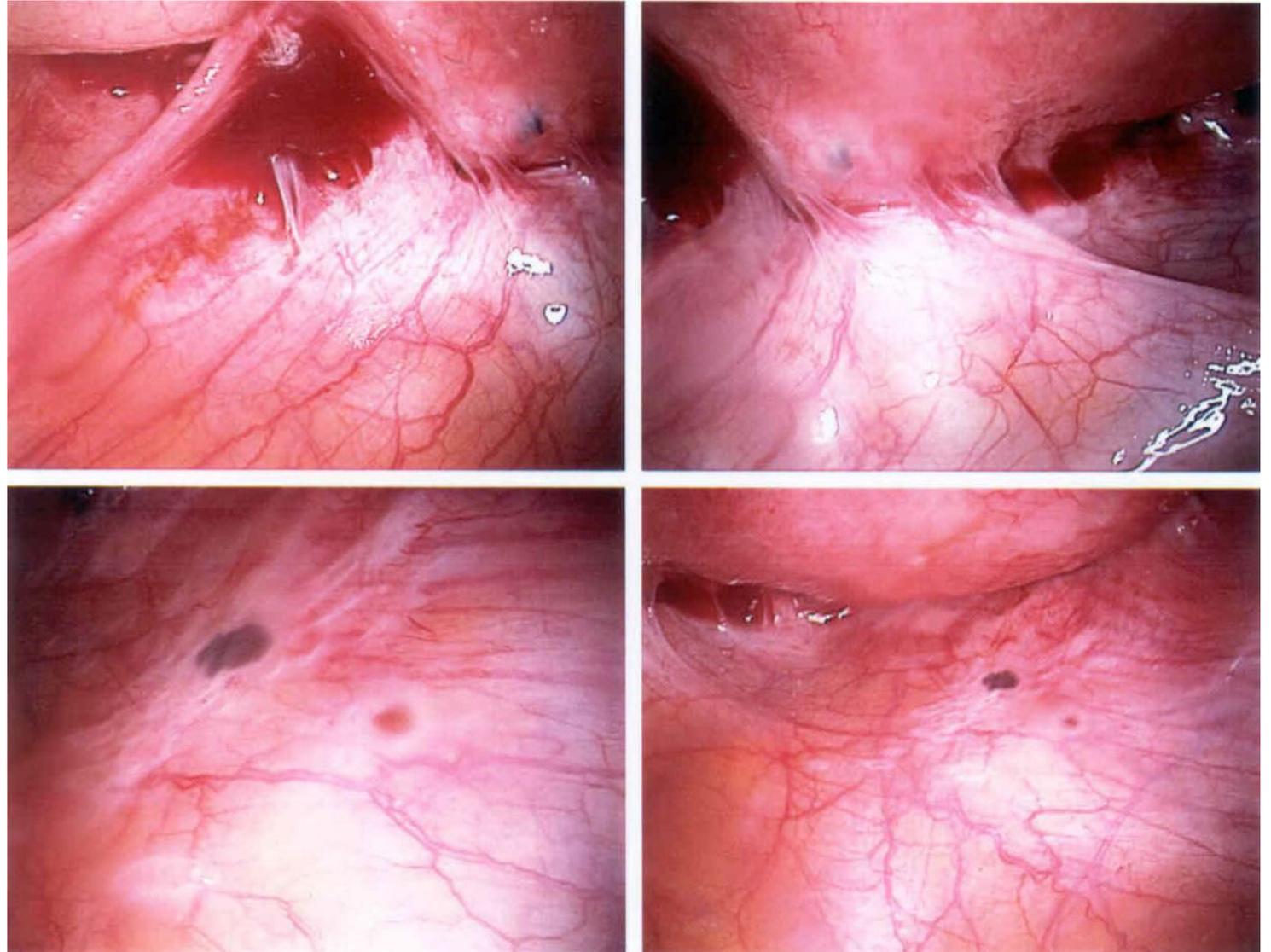
Диагностика 5/7

- Гистероцервикоскопия:
 - Эндометриоз проксимальной части канала шейки матки
 - Аденомиоз



Диагностика 6/7

- УЗИ:
 - "Шоколадная" киста
- Лапароскопия (чувствительность 97%, специфичность 77%) с биопсией



Диагностика 7/7

- КТ, МРТ
- Общий анализ крови:
 - Для дифференциации с тазовыми инфекциями
 - Оценка объема кровопотери
- Опухолевые маркеры: СА-125 (~27,2 Ед/мл), раково-эмбриональный антиген (4,3 нг/мл), СА-19-9

❑ Медикаментозное лечение

- Гормональная терапия
- Лечение хронического болевого синдрома

❑ Хирургическое лечение (основной этап в лечении эндометриоза):

- Консервативное
- Полуконсервативное
- Радикальное

□ Медикаментозное лечение:

▪ Комбинированные эстроген-гестагенные препараты:

- На начальных стадиях
- Блокада синтеза ГнРГ=> подавление синтеза ФСГ, ЛГ=> атрофия очагов эндометриоза
- Непрерывный режим приема более предпочтительный
- Марвелон, Жанин

■ **Прогестагены:**

- На любой стадии эндометриоза
- Непрерывный прием 6-8 месяцев
- Блокируя гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось, уменьшает секрецию эстрогенов яичниками, вызывает атрофию эндометриоидных очагов
- Пероральные формы: дидрогестерон, диеногест, норэтистерона ацетат, медроксипрогестерона ацетат
- Парентеральные формы: депо медроксипрогестерона ацетата
- Внутриматочная система: левоноргестрел-выделяющая ВМС

Лечение 4/15

Препараты	Доза, мг/сут
Пероральные формы	
Медروксипрогестерона ацетат*	30–100
Мегестрола ацетат	30–100
Медрогестон	75
Дидрогестерон†	10–60
Норэтистерона ацетат	10
Диеногест†	2
Парентеральные формы	
Депо-МПА*	104 мг подкожно каждые 12 недель 104 мг подкожно каждые 12 недель
Левоноргестрел	20 мкг/день внутриматочно в составе ВМС на 5 лет

▪ Антигонадотропины

- Подавляют выработку гонадотропинов
- Непрерывный курс 6-8 месяцев
- Препараты:
 - Доназол:
 - ✓ I-II стадия: 400 мг/сут
 - ✓ III-IV стадия: до 600-800 мг/сут
 - Гестринон:
 - ✓ По 2,5 мг 2 раза/неделю 6 месяцев

- **Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона:**
 - Подавление процесса овуляции и содержания эстрогенов => подавление очагов эндометриоза
 - Тяжелые формы эндометриоза
 - Внутримышечные инъекции, подкожные импланты (вводят 1 раз в 28 дней)
 - Интраназальный спрей
 - Трипторелин, гозерелин

- **Ингибиторы ароматазы:**
 - Угнетают работу ароматазы (фермента, обеспечивающего превращение андростендиона и тестостерона в эстрогены)
 - Для женщин в постменопаузе
 - ПЭ: повышение ФСГ и образование фолликулярных кист, снижение костной массы
 - Аримидекс

Лечение 8/15

■ Лечение хронической тазовой боли 1/4

Парацетамол	1в	Эффективность ограничена
Гормональные препараты: прогестагены (диеногест, медроксипрогестерона ацетат), КОК, даназол, гестринон, диеногест и аГнРГ)	1а	Исследованные гормональные препараты одинаково эффективны, но некоторые побочные действия ограничивают их долговременное использование и часто приводят к нарушению режима приема (даназол, аГнРГ). Применение «Мирены» уменьшает боль, ассоциированную с эндометриозом
НПВП	1а	Эффективность НПВП при лечении боли, обусловленной эндометриозом, не доказана. В первую очередь нужно назначить слабодействующие неселективные препараты. Существенных различий между НСПП не выявлено

Лечение 9/15

■ Лечение хронической тазовой боли 2/4

Селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2)		Назначают в том случае, если при использовании неселективных ингибиторов ЦОГ повышен риск развития осложнений в виде нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта
Трициклические антидепрессанты: amitriptyline – первоначально 10 мг на ночь, при отсутствии побочных эффектов дозу увеличивают на 10 мг каждые 5–7 дней. Максимальная доза 150 мг/сут.	1a	Противопоказания: недавно перенесенный инфаркт миокарда, аритмии, тяжелая почечная и печеночная недостаточность. Ограничения: необходимость вождения автомобиля

Лечение 10/15

■ Лечение хронической тазовой боли 3/4

При отсутствии эффекта		
Флуоксетин 20 мг утром, дозу можно увеличить до 40 мг/сут		При истинных невропатических болях эффект может отсутствовать
Дотиепин 25 мг на ночь, максимальная доза 150 мг/сут		Рекомендуется для лечения невропатических болей, сопровождающихся беспокойством
Нортриптилин 10 мг на ночь, максимальная доза 100 мг/сут		

Лечение 11/15

■ Лечение хронической тазовой боли 4/4

Противопоказания, отсутствие эффекта, побочное действие		
Противосудорожные препараты (габапентин, карбамазепин)	1в	Эффективность ограничена
Опиоидные анальгетики	1а	Данных о применении опиоидов при хронических болях, не связанных со злокачественными заболеваниями, недостаточно. Следует назначать только в том случае, если все другие методы лечения неэффективны

□ **Хирургическое лечение:**

- Консервативное – репродуктивная функция сохранена
- Полуконсервативное – репродуктивная функция не сохранена, функция яичников сохранена
- Радикальное – удаление матки и яичников

□ Операцию нужно выполнять на 5-12 день менструального цикла (=> уменьшение риска рецидива)

■ **Консервативное хирургическое лечение:**

- Цель: разрушение очагов эндометриоза, рассечение спаек
- Метод выбора: лапароскопическое вмешательство
- Лапароскопическая цистэктомия, абляция, пресакральная нейроэктомия, абляция крестцово-маточного нерва

▪ **Полуконсервативное хирургическое лечение:**

- Показано для женщин выполнивших репродуктивную функцию, слишком молодых для хирургической менопаузы, истощенных выраженными симптомами заболевания
- Гистерэктомия

- **Радикальное хирургическое лечение:**
 - После 40 лет при активном прогрессировании заболевания и неэффективности консервативно-хирургических мероприятий
 - Гистерэктомия с билатеральной оофорэктомией и циторедукция видимых очагов эндометриоза