

*Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті*

Кафедра: № 1 акушерия және гинекология

Тақырыбы: Генитальды эндометриоз

Орындаған: Акрымова Г

Тексерген: Бекжанова М.С

Тобы: 415 Б

Генитальды эндометриоз

Жоспары:

1. Эндометриоз сипаттамасы
2. Эндометриоз эпидемиологиясы
3. Эндометриоз себептері (теориялар)
4. Эндометриоз жіктелісі
5. Эндометриоздың симптомдары
6. Диагностикасы
7. Эндометриозды емдеу
8. Эндометриоз жайындағы қате пікірлер

Эндометриоз сипаттамасы

Эндометриоз – жатыр қуысынан тыс жерде эндометрийдің құрылысына және қызметіне ұқсас дистормонды, иммунотәуелді қатерсіз тіндердің өсіп кетуімен сипатталатын ауру.

Эндометриоидты клеткалар жатыр қуысынан тыс орналасып эндометрий клеткалары секілді өзгерістерге ұшырайды: өседі және аналық клетканың имплантациясына дайындалады, сылынып түседі (етеккір келеді). Бірақ етеккір қанының эвакуациясы “қарастырылмаған”. Кеткен қан асептикалық (микробсыз) қабыну процесін тудырады. Асептикалық қабыну процесі іштің ауруымен, үрілуімен және басқа да белгілермен сипатталады. Ай сайын қайталана, эндометриоз прогрессияға ұшырайды. Эндометриоидты клеткалар құрылысы бойынша қарапайым эндометрий клеткаларына ұқсайды, олардан бөлінуге жоғары қабілеттілігімен және генетикалық жоспарланған клеткалық өлімнің төмен деңгейімен ерекшеленеді; прогестерон рецепторлары болмайды (болса өте аз), өте ұзақ өмір сүреді және таралуға қабілеті ұзаққа сақталады.



Эндометриоз эпидемиологиясы

- ▶ Эндометриоз кездесу жиілігі бойынша жатыр миомасынан және кіші жамбастың қабыну ауруларынан кейін ІІІ орын алады (10%).
- ▶ Эндометриоз көбіне қатерсіз процесс, тек 1-2% жағдайда қатерлі болып табылады.
- ▶ Гинекологиялық аурулардың ішінде эндометриоз 8-25%, бедеулі әйелдердің арасында 20-47,8% орын алады.
- ▶ Эндометриоз 25-37 жастағы әйелдердің арасында жиі кездеседі.

Эндометриоз себептері

1. Гормональды теория
2. Лимфогенді және гематогенді теория (J.A. Sampson)
3. Имплатациондық теория (ретроградты етеккір теориясы – J.A. Sampson)
4. Эмбриональдық (дизонтогенетикалық – Recklinghausen) теория
5. Метапластикалық теория
6. Генетикалық теория

*Эндометриоз
жіктелісі*

Генитальды
эндометриоз

Экстрагенитальд
ы
эндометриоз

Генитальды эндометриоз

□ Ішкі

1. Жатыр денесінің эндометриозы (аденомиоз)
2. Жатыр түтіктерінің интерстициальды бөлігінің эндометриозы

□ Сыртқы

1. фаллопий түтіктерінің
2. аналық бездердің
3. ретроцервикалды
4. ішперденің жатыр-тік ішек ойығының
5. сегізкөз-жатырлық байламдыр
6. қынаптық
7. сыртқы жыныс мүшелерінің
8. аралықтың
9. жатыр мойнының қынаптық бөлігінің
10. жатырдың жұмыр байламдарының

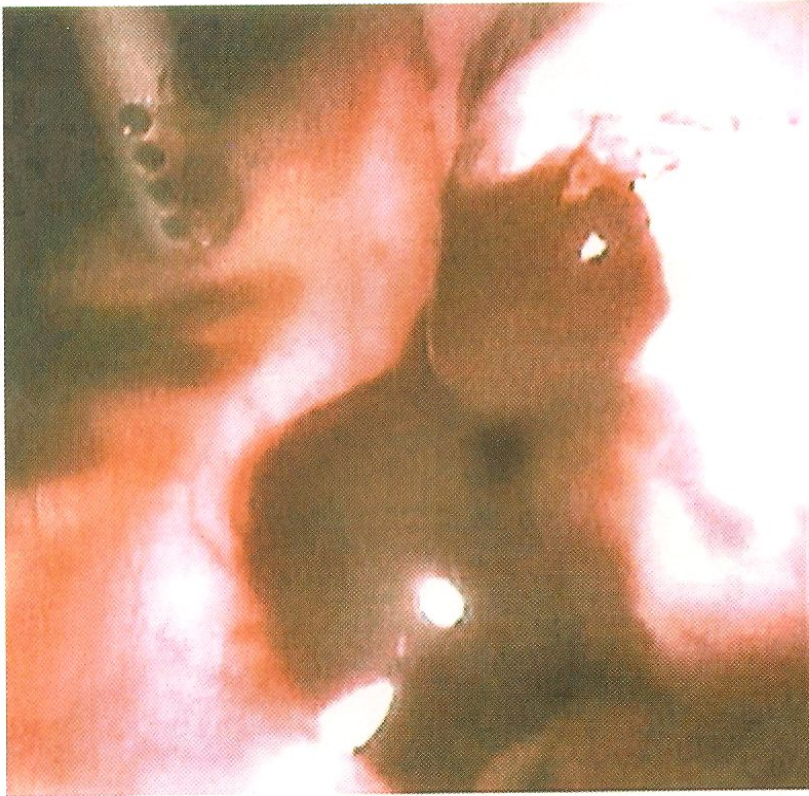
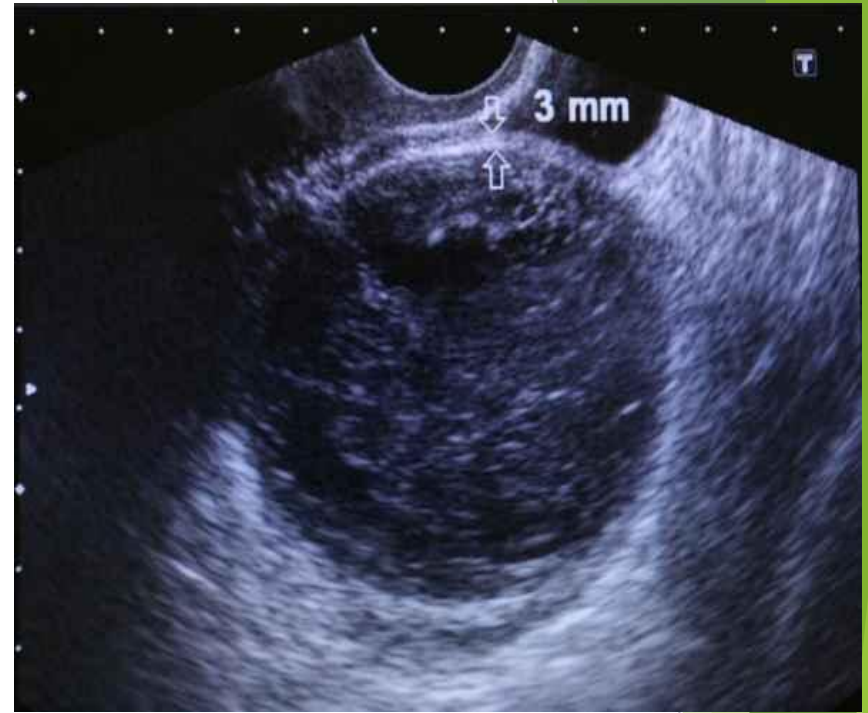


Фото 52. Эндометриодная киста яичника



Сол жақ аналық бездің эндометриодты кистасы. Қалың капсуласы айқын анықталады, құрамы біртекті емес.

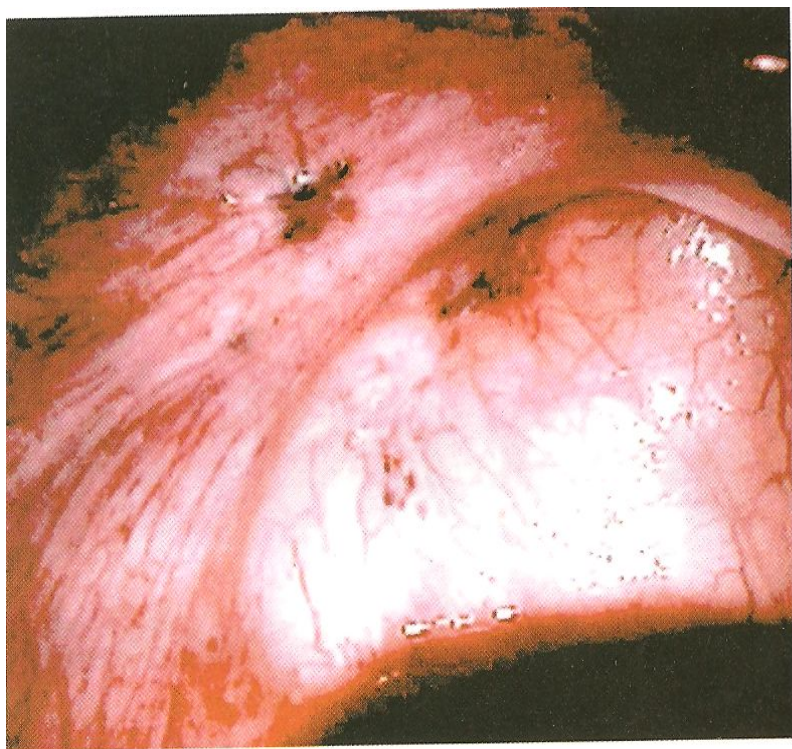


Фото 53. Ретроцервикальный эндометриоз



Кесар тілігінен кейінгі тыртық аймағындағы эндометриома



- ▶ 16 қыз баланың жатыр мойнының субэпитеальды эндометриозының ошағы (сағат 2 проекциясында орналасқан)



- ▶ Вульва эндометриозы. Эндометриозды гетеротопиялар қызыл нүктелер түрінде

Эндометриоз

- Іштің төменгі жағында немесе шап аймағының оң немесе сол жағындағы ауырғандық. Ауырғандық кезеңділікпен болады, етеккірдің алдында және одан кейін 1-5 күндер аралығында пайда болып, сипаты қыңсылатып ауыртатын (ноющие), қарқыны орташа немесе төмен. Етеккірдің басында немесе одан кейін спонтанды басылады;
- Етеккірге дейін немесе одан кейін 1-3 күндер аралығында қынаптан қоңыр түсті бөліністер келеді. Етеккір жиі көп мөлшерде және ұзақ келеді (меноррагия). Етеккір функциясының бұзылуы;
- Іштің үрілуі, көрші мүшелердің функциясының бұзылыстары;
- Жыныстық қатынаста ауру сезімінің болуы (диспареуния);
- Бедеулік;

Эндометриоз диагностикасы

1. науқастың шағымдары;
2. анамнез;
3. клиника;
4. кіші жамбас қуысының УДЗ;
5. гистеросальпингография;
6. лапароскопия, кольпоскопия, гистероскопия;
7. гистологиялық зерттеу жасалған биопсия;
8. гормональды зерттеулер;
9. асқазан-ішек жүйесінің рентгенографиясы;
10. цистоскопия;
11. компьютерлі томография;
12. ректоманоскопия;

Эндометриозды емдеу

▶ **Консервативті**
(гормоналды 6-12 ай бойы)

1. **Гонадотропиндердің агонистері** (бусерелин, золодекс, декапептил, т. б.)
2. **Прогестагендер** (депо-провера, дюфастон, норкалут, 17-ОПК, т.б.)
3. **Антипрогестиндер** (неместрен, гестрикон)
4. **Гонадотропиндердің ингибиторлары** (даназл)

▶ **Хирургиялық**

Эндометриозды ошақтарды алып тастау

Эндометриоз жайындағы қате пікірлер

□ Эндометриоз өздігінен жойылуы мүмкін

Теория жүзінде бұл солай. Бірақ бұлай болу үшін аналық бездер белгілі уақыт арлығында қызмет атқармауы тиіс. 80 – жылдары Redwine D. B. эндометриозды ошақтар “табиғи эволюция” процесіне бейім екенін айтқан болатын. Олар алғаш түзелгенде қызыл түсті, активті күйде болады. Кейін түсі қара түске өзгеріп, одан соң ақ түсті, активті емес күйге көшеді. Бұл процесс шамамен 7-10 жылға созылады.

Егер ошақтар бір рет пайда болып, одан кейін әр етеккір сайын қайтара түзелмейтін болса, онда процесс өздігінен 7-10 жыл көлемінде аяқталар еді. Бірақ репродуктивті жастағы әйелдерде ай сайын етеккірлері келетіндіктен (осы кезде эндометрия жатыр қуысынан іш қуысына ретроградты түседі), мұның өзі жаңа ошақтардың түзілуіне ықпал етеді.



Егер сізде эндометриоз болса, сіз жылдам бала көтеруіңіз керек

Жүктілік – эндометриоз кезіндегі панацея емес, бірақ бұл оның ағымына оң әсер етеді, себебі барлық жүктілік мерзімінде етеккір тоқтайды, сөйтіп эндометриоз ошақтарының дамуы тежеледі.

Сонымен қатар эндометриоз – бедеуліктің кең тараған факторларының бірі, бірақ бұл әрдайым прогрессияланбайды.

Әдебиет мәліметтері бойынша көптеген әйелдерде эндометриоз агрессивті емес “сылбыр” өтетіні тіркелген, осы кезде барлық ошақтар өзгермеген күйлерінде қалады.

Сонымен бірге эндометриоздың 4 дәрежесімен зардап шегетін әйелдердің жүкті болып, еш қиындықсыз босанған жағдайлар көптеп кездеседі, есесіне эндометриоздың 1-2 дәрежелерінде бедеуліктің көптігі тіркелген. Сондықтан эндометриозы бар науқастың әрқайсысына жеке кезқарас және тексеру мен емнің жеке жоспары керек.

Эндометриоздың таралу жәрежесі қаншалықты ауыр болса, клиникалық симптоматикасы соншалықты ауыр болады

Олай емес. Эндометриоз ағымының ауырлығы оның таралу дәрежесімен анықталмайды. Эндометриоздың 3-4 дәрежелерінде әйел ештеңе сезбеуі мүмкін, ал 1-2 дәрежелерінде ауырсынумен жүретін етеккірден, көп мөлшерде қан кетулерден және бедеуліктен зардап шегуі мүмкін. Соңғы уақытта, көп активті емес ақ ошақтары бар әйелдердің 1-2 активті қызыл ошақтары бар әйелдерге қарағанда жүкті болу мүмкіндігі жоғары екені анықталып отыр. Процестің активтілігін тек лапароскопиялық жолмен анықталынады.

Жатырды алып тастау эндометриоздың дамуын тоқтатады

Жатырды алып тастағанда етеккір қанының іш қуысына түсуі тоқтайды. Бірақ жатырдың өзін алып тастау бұрыннан бар эндометриодты ошақтардың қызметін тоқтатпайды. Егер бұл ошақтар клиникада қандай да белгілермен көрінген болса, онда бұл симптомдар жатырды алып тастағаннан кейін де қалып қояды.

Қорыта келгенде эндометриоз әйел өміріне өте қауіпті. Эндометриоздың даму көзін, себептерін дер кезінде тауып емдеу керек. Уақытында медициналық тексерістен өтпесе, емделмесе ақыры бедеулікке әкелуі мүмкін. Ал бедеулік отбасы шырқын бұзатын бірден-бір себеп! Сондықтан да дер кезінде қолға алған дұрыс..

Пайдаланылған әдебиеттер

- ▶ Акушерия және гинекология – Алматы,2006
Раисова А.Т., Нұрқасымова Р.Ғ.
- ▶ Гинекология – Ростов-на-Дону,2004
Василевская Л.Н., Грищенко В.И., Щербина Н.А.,
Юровская В.П.
- ▶ Гинекология – Москва,2006
Савельева Г.М.,Бреусенко В.Г.
- ▶ www.google.ruwww.google.ru, www.yandex.ru