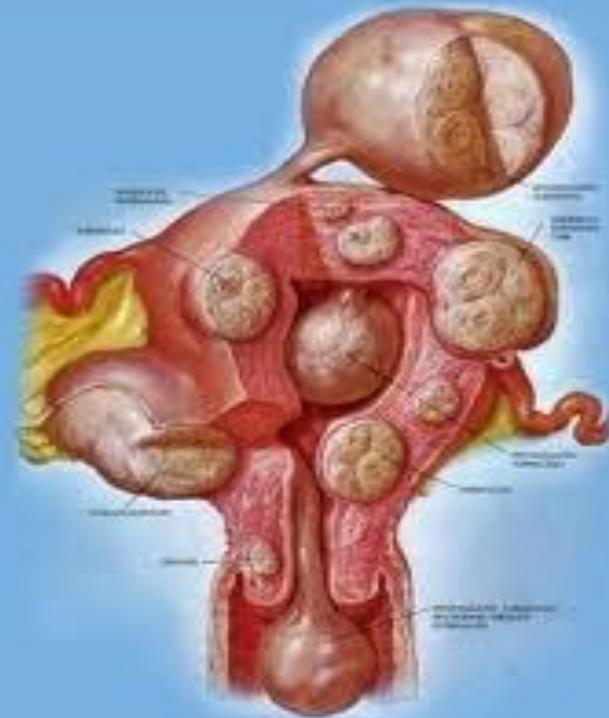


ЭНДОМЕТРИОЗ



ЭНДОМЕТРИОЗ

дисгормональное иммунозависимое и генетически детерминированное заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

- Встречается в любом возрасте.
- Страдают до **10%** женщин.
- В структуре стойкого болевого тазового синдрома эндометриоз занимает одно из первых мест (**80%** пациенток),
- Среди пациенток с бесплодием эндометриоз встречается в **30%**.
- Чаще всего наблюдают генитальный эндометриоз
- Экстрагенитальные формы эндометриоза у **6–8%**.



КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

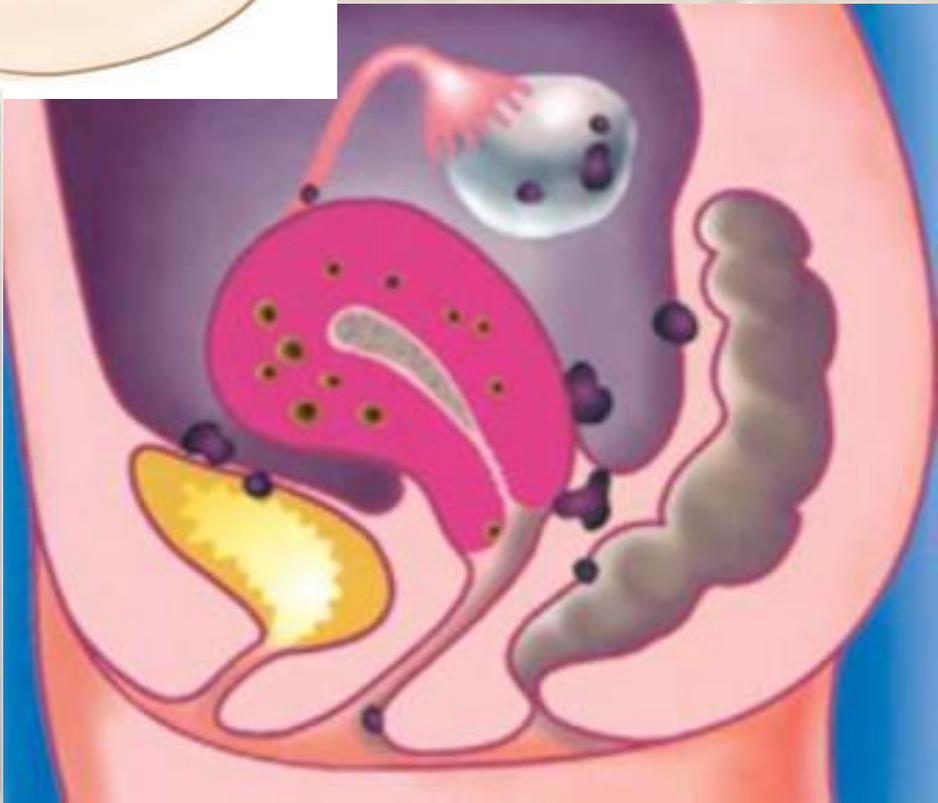
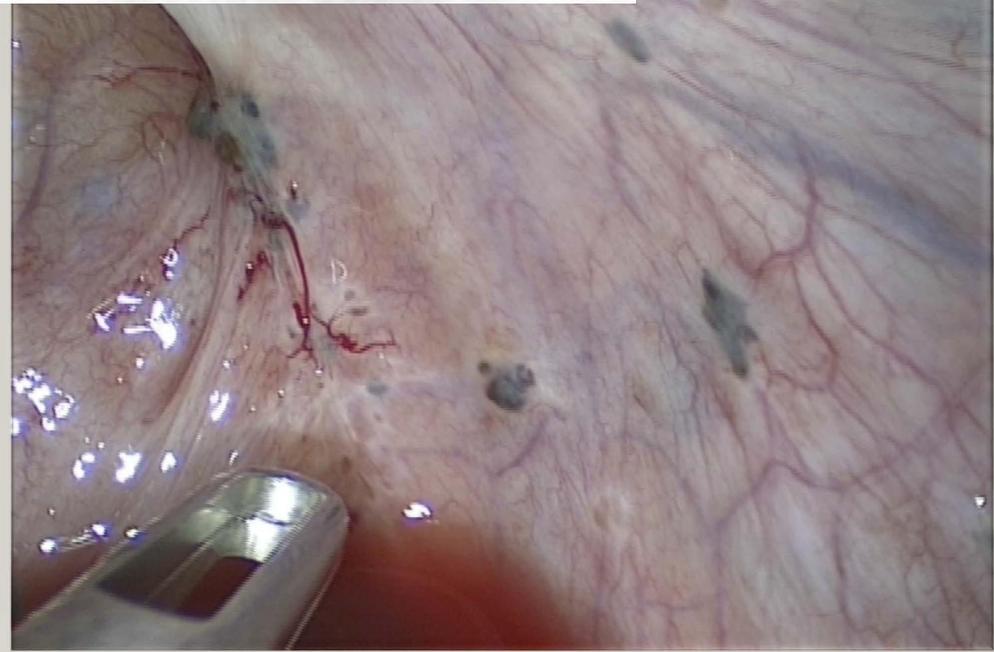
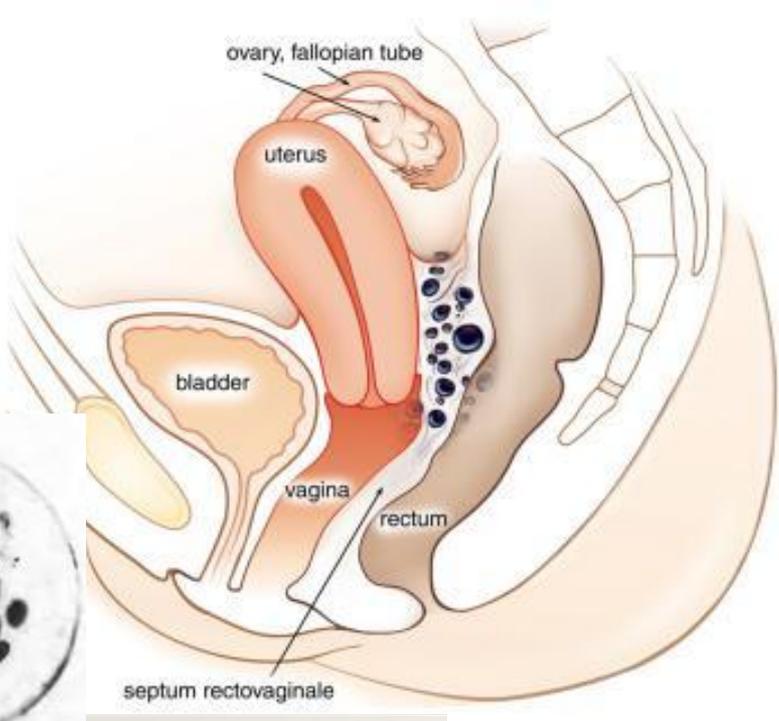
**Наружный -
располагающийся вне
матки**

- **Эндометриоз яичников**
- **маточной трубы**
- **тазовой брюшины**
- **ректовагинальной перегородки**
- **влагалища**
- **Малые формы**

**Внутренний -
располагающийся в
матке**

**Эндометриоз
матки
(аденомиоз)**

- **малые формы наружного генитального эндометриоза - диаметр очага не превышает 5 мм, но рубцовые изменения брюшины могут иметь место**



В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ГЕТЕРОТОПИЙ ВЫДЕЛЯЮТ

**генитальный
эндометриоз**

**экстрагенитальный
эндометриоз**

Классификация аденомиоза (внутреннего эндометриоза) диффузной формы:

**стадия I — патологический процесс ограничен слизистой
оболочкой тела матки**

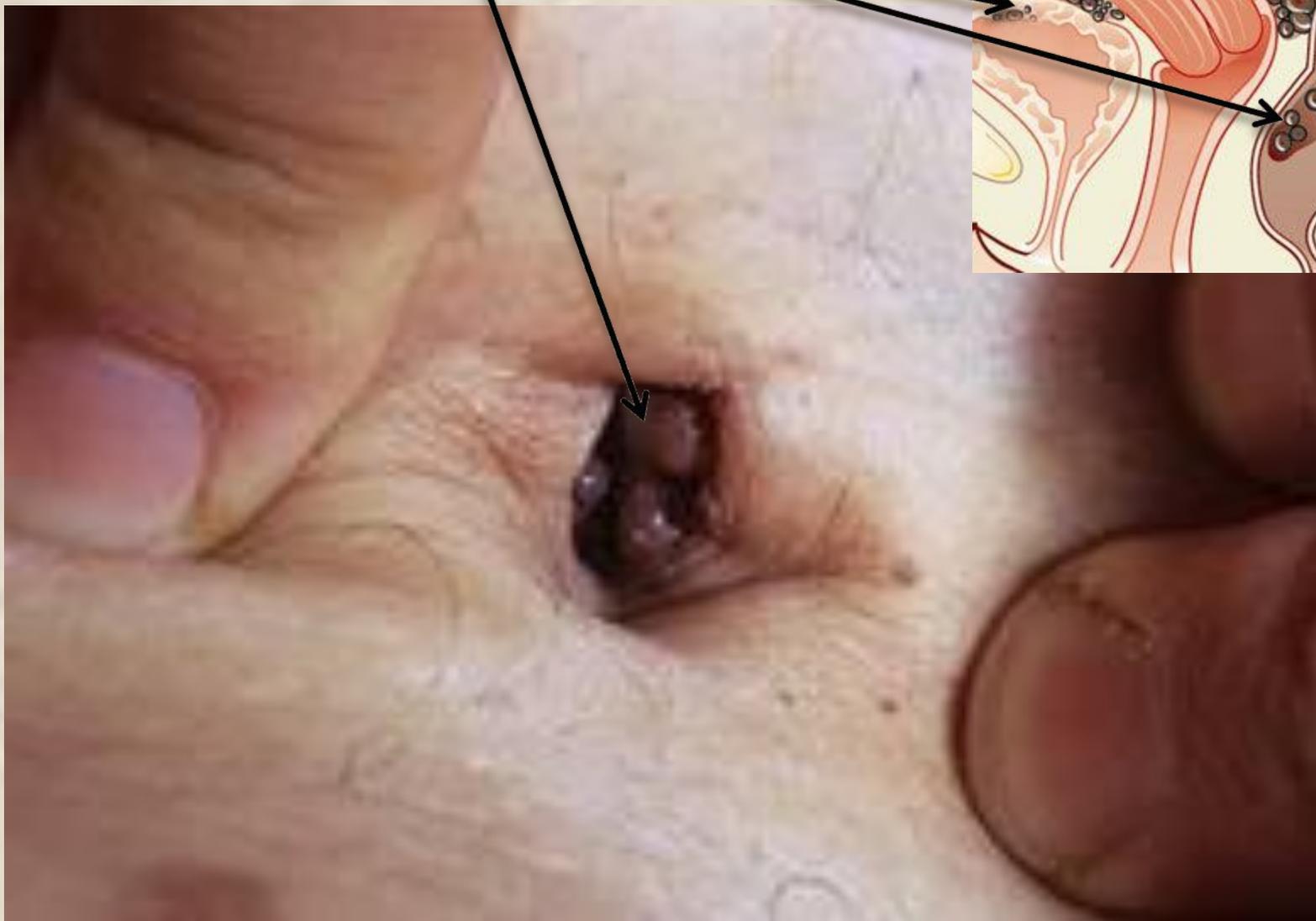
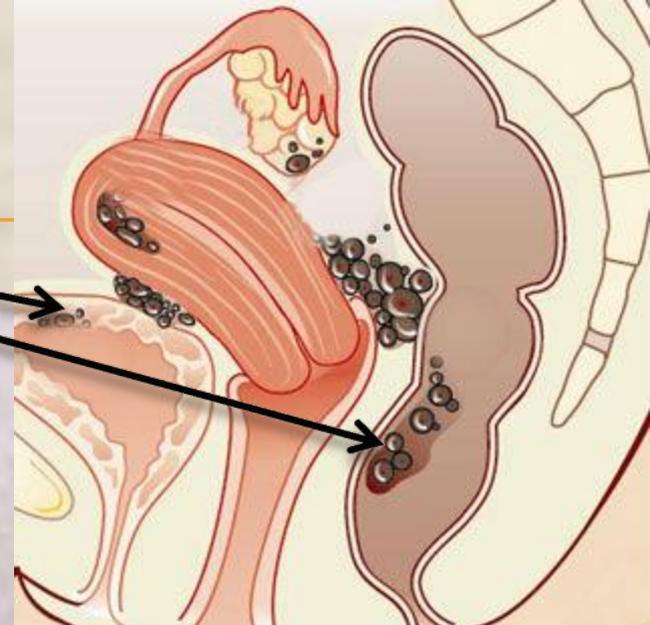
**стадия II — переход патологического процесса на мышечные
слои**

**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**

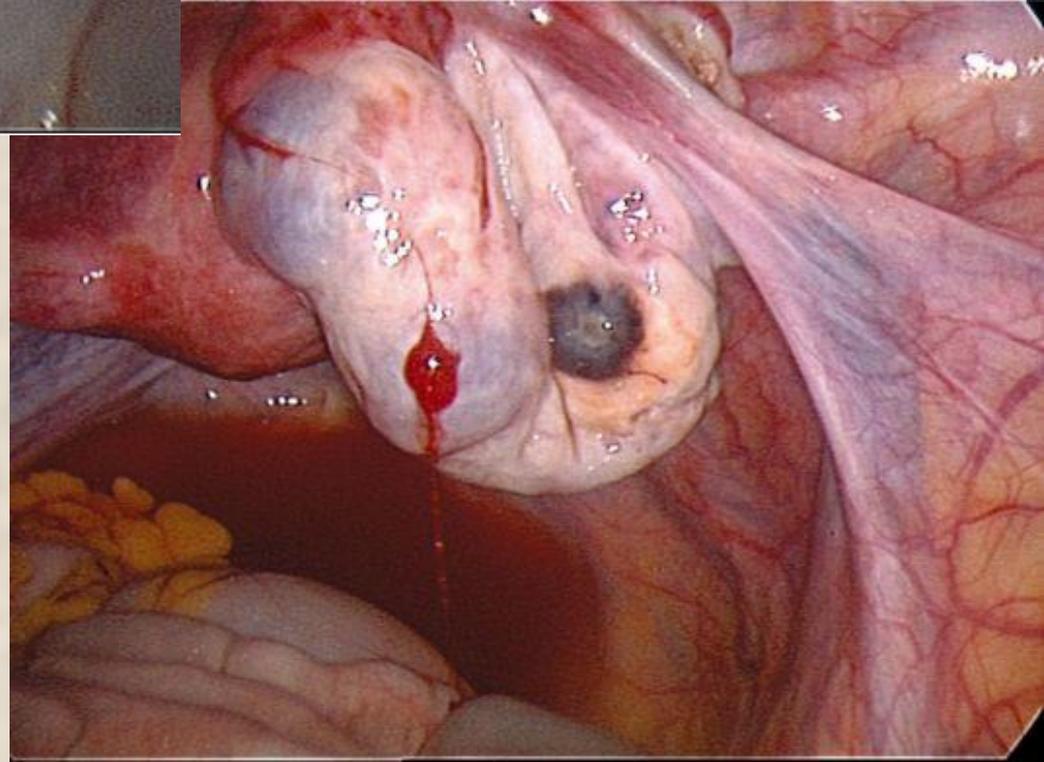
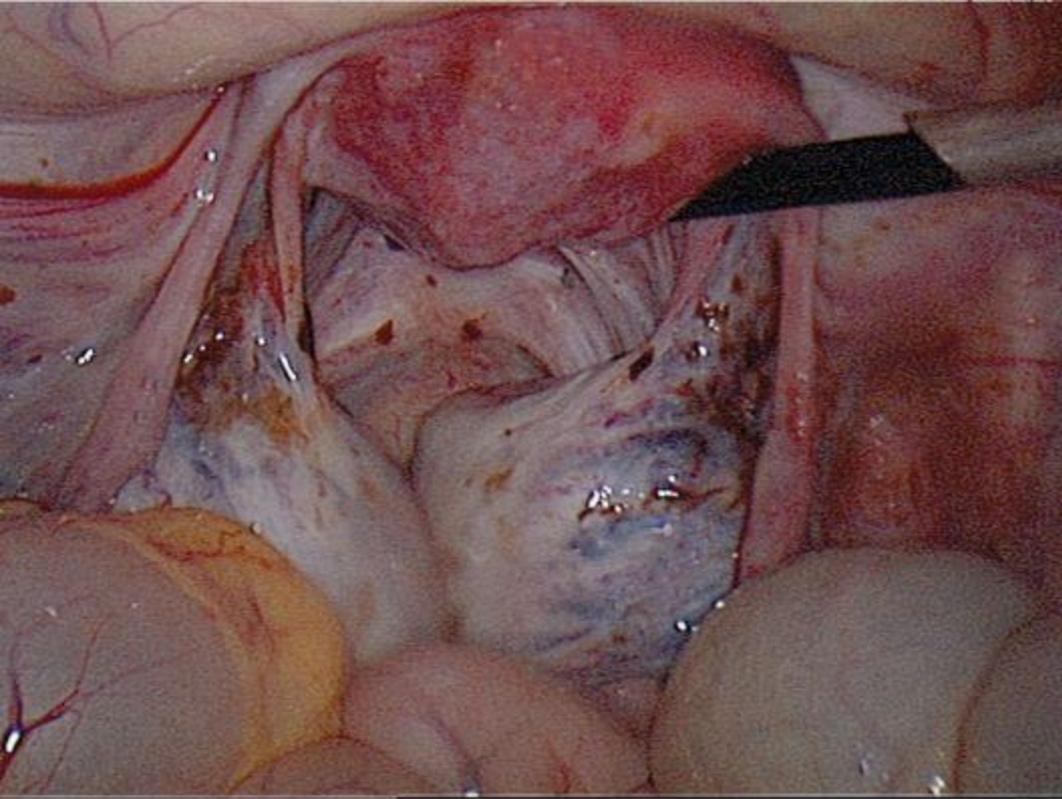
- ▣ Узловая форма аденомиоза - эндометриоидная ткань разрастается внутри матки в виде узла, напоминающего ММ.

ЭНДОМЕТРИОЗ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЙ



КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

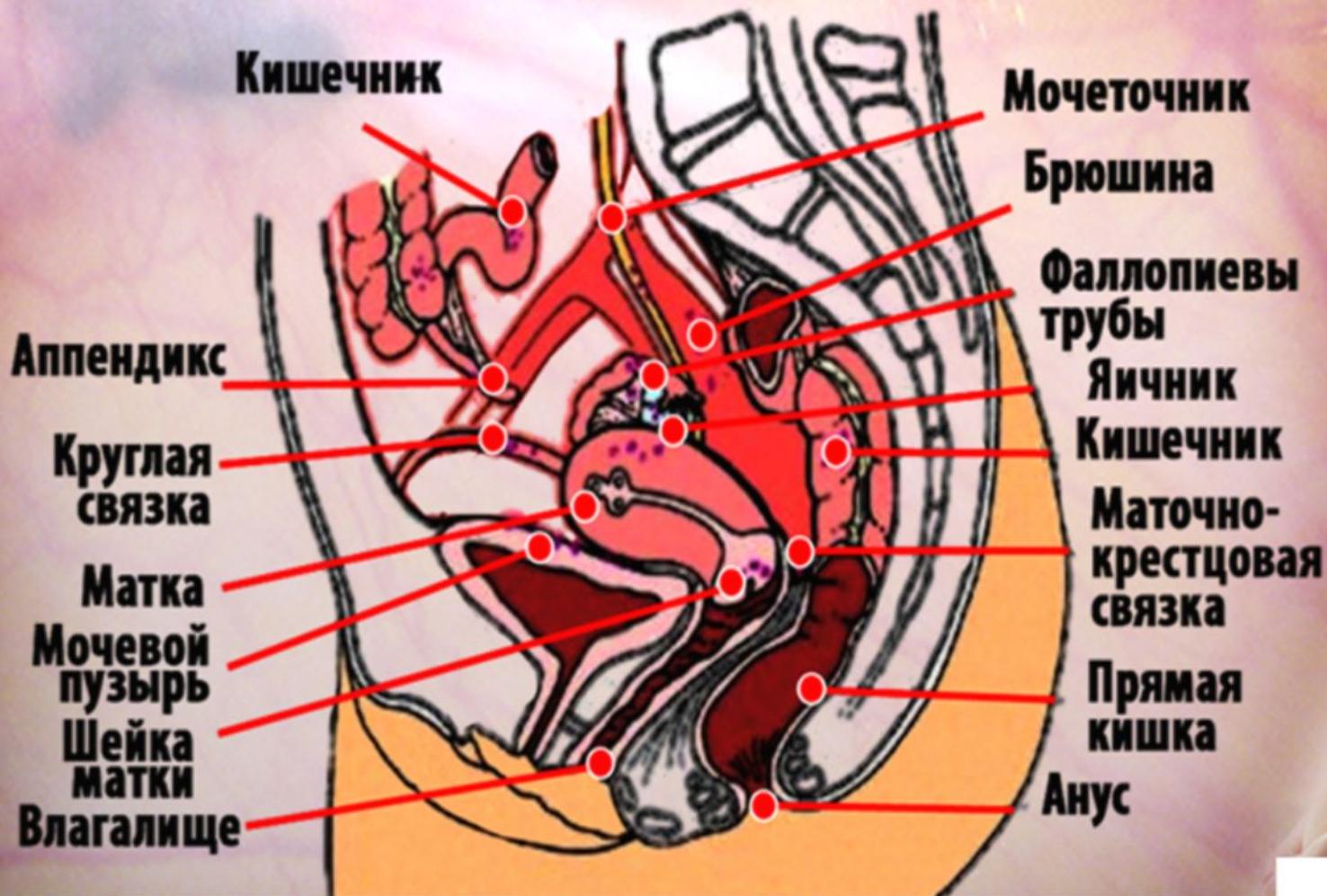
- **стадия I** — мелкие точечные эндометриоидные образования на поверхности яичников, брюшина прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей;
- **стадия II** — эндометриоидная киста одного из яичников размером не более 5–6 см с мелкими эндометриоидными включениями на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника;
- **стадия III** — эндометриоидные кисты обоих яичников. Эндометриоидные 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;
- **стадия IV** — двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы: мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространённый спаечный процесс



КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- **стадия I** — расположение эндометриоидных очагов в пределах ректо-вагинальной клетчатки;
- **стадия II** — прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист;
- **стадия III** — распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки;
- **стадия IV** — вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки, распространение процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

Органы мишени которые могут поражаться эндометриозом



ЭТИОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

□ Этиология окончательно не установлена Факторы риска:

- Высокий инфекционный индекс в детстве;
- Нарушения менструальной функции у подростков
- Внутриматочные вмешательства (аборты, выскабливания);
- Хир. вмешательства (диатермокоагуляция, кесарево сечение, миомэктомия);
- Травмы родовых путей;
- Воспалительные заболевания гениталий;
- Нарушение гормонального и иммунного гомеостаза;
- Генетические и семейные факторы.

ПАТОГЕНЕЗ ЭНДОМЕТРИОЗА

Теории возникновения эндометриоза:

- **Генетическая;**
- **Эмбриональная**, объясняющая развитие эндометриоза из гетеротопий парамезонефральных протоков, возникших эмбрионально;
- **Имплантационная**, предполагающая рефлюкс менструальной крови и частиц эндометрия в брюшную полость;
- **Метапластическая**, допускающую метаплазию мезотелия брюшины;
- **Дисгормональная;**
- **Теория нарушения иммунного баланса.**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Эндометриоз характеризуется разнообразием симптоматики – от бессимптомного течения до клиники «острого живота».

Типичные	Менее типичные	Более редкие	Встречаются очень редко
Дисменорея	Дисхезия (нарушение дефекации)	Частые позывы к мочеиспусканию	Гемоптизис (кровохарканье)
Диспареуния (половые расстройства)	Мажущие менструальные выделения	Гематурия	Кишечная непроходимость
Бесплодие	Дисфункциональные маточные кровотечения	Кровотечения из прямой кишки	Водянка почки и мочеточника
Тазовая боль	Дизурия		Кожные узлы

Клиническая картина характеризуется в зависимости от локализации.

СИМПТОМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА

- Болевой синдром в разных формах проявляется у 45-60% больных эндометриозом.

1. Дисменорея

- большинстве случаев отмечается с **менархе**. Особенно сильно она проявляется за несколько дней до начала менструации и достигает максимума на 1-3 сутки менструации.

2. Тазовая боль, не связанная с менструальным циклом, наблюдается у 16-24% женщин (связывают спаечным процессом и с вторичным воспалением).

3. Диспареуния - сильные боли при половом акте (выражена у больных с поражением влагалища, ректо-вагинальной перегородки, крестцово-маточных связок, прямокишечно-маточного пространства)

- **4.Нерегулярный МЦ**, обильные длительные менструации, межменструальные кровомазанья.
- в 2-16% случаев, у больных аденомиозом.
- при сопутствующей **миоме матки, СПЯ.**
- У 5-25% больных симптомом эндометриоза является предменструальное кровомазание, особенно при **аденомиозе.**

5. Бесплодие.

- 24-40% больных эндометриозом: изменения вследствие эндометриоза труб, яичников; изменения местного и общего иммунитета, наблюдаемые при эндометриозе; ановуляция.

ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА

1. АНАМНЕЗ: общий и гинекологический

- семейный анамнез - наличие эндометриоза у родственников.
- сексуальный анамнез – боли при половом сношении.
- длительное безуспешное лечение «воспаления».

2. Жалобы

3. Гинекологический осмотр:

- Осмотр в зеркалах (эндометриоз влагалища, шейки матки)
- Бимануальное исследование: влагалищно-брюшностеночное и ректо-брюшностеночное – размеры, форма матки, размеры яичников, болезненность, подвижность этих органов, осмотр ректо-вагинальной перегородки при ретроцервикальном эндометриозе и тд.

4. Инструментальные методы исследования:

- **Кольпоскопия** - эндометриоз влагалищной части шейки матки и влагалища
- **УЗД** с применением влагалищных датчиков позволяет выявлять аденомиоз, ретроцервикальный эндометриоз, эндометриоидные кисты яичников.
- **Гистеросальпингография** - выполняется на 5-7 день МЦ, чтобы тонкая слизистая оболочка начала стадии пролиферации не мешала проникновению контрастного вещества в эндометриоидные очаги, сообщающиеся с полостью матки.

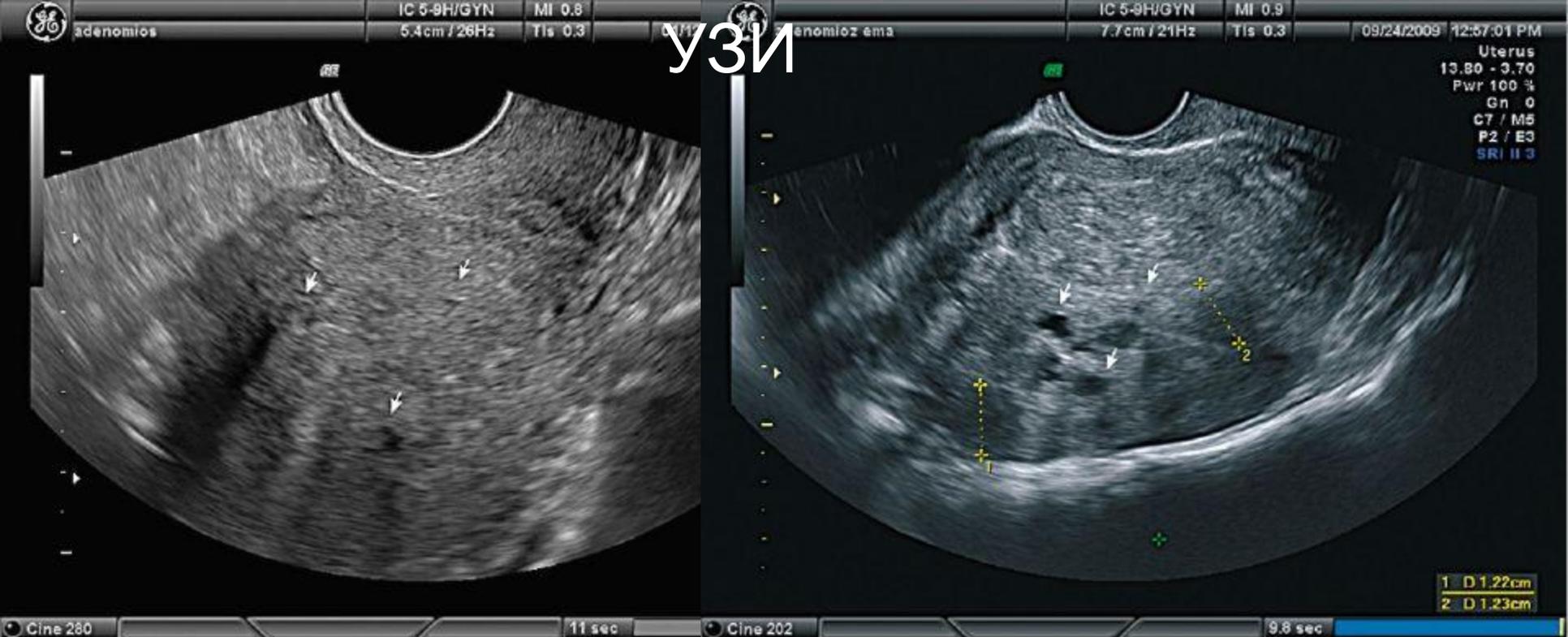
-
- **Гистероскопия** - производится на 5-6 день менструального цикла, а при его нарушениях - после диагностического выскабливания.

Гистероскопия позволяет детально рассмотреть внутреннюю поверхность матки, устья маточных труб и эндометриоидные ходы, открывающиеся в полость матки и имеющие вид темно-красных точечных отверстий на фоне бледно-розовой слизистой оболочки.

- **Лапароскопия.** При этом удастся рассмотреть очаги эндометриоза на самых ранних этапах развития и провести дифференцированное лечение различными видами энергии.

- Гастро и колоноскопия - при эндометриозе ЖКТ

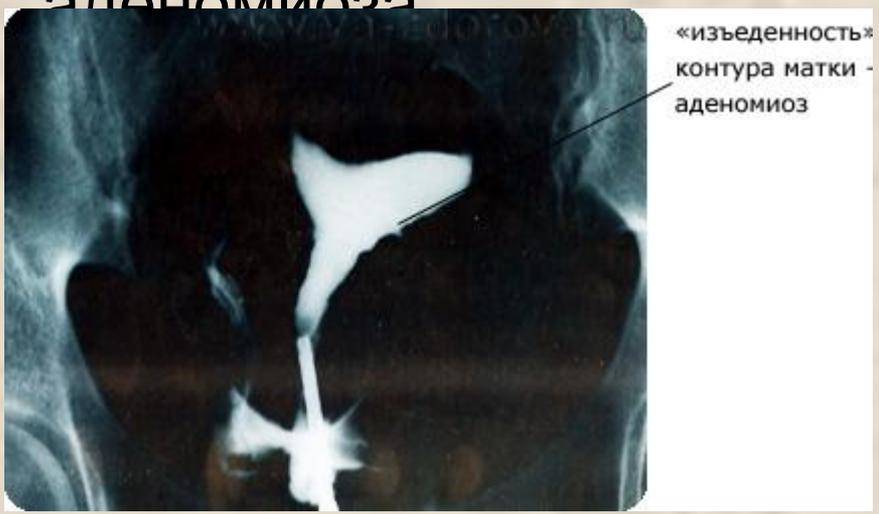
5. Лабораторные методы исследования: определение в плазме крови маркеров эндометриоза - белка СА-125 (повышен при тяжелых формах заболевания).

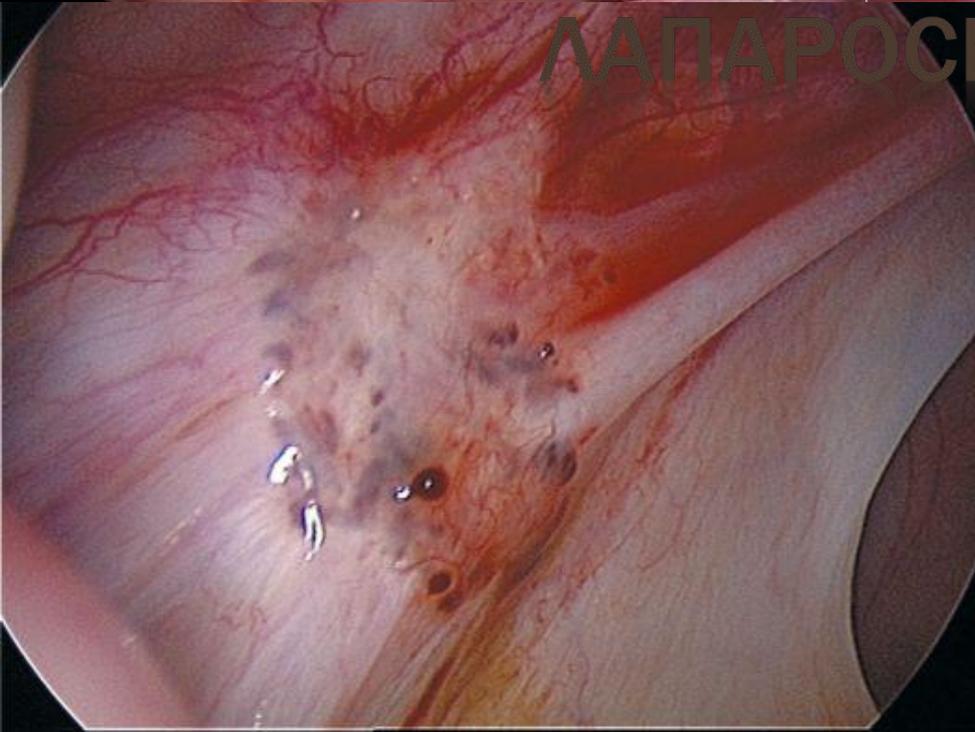
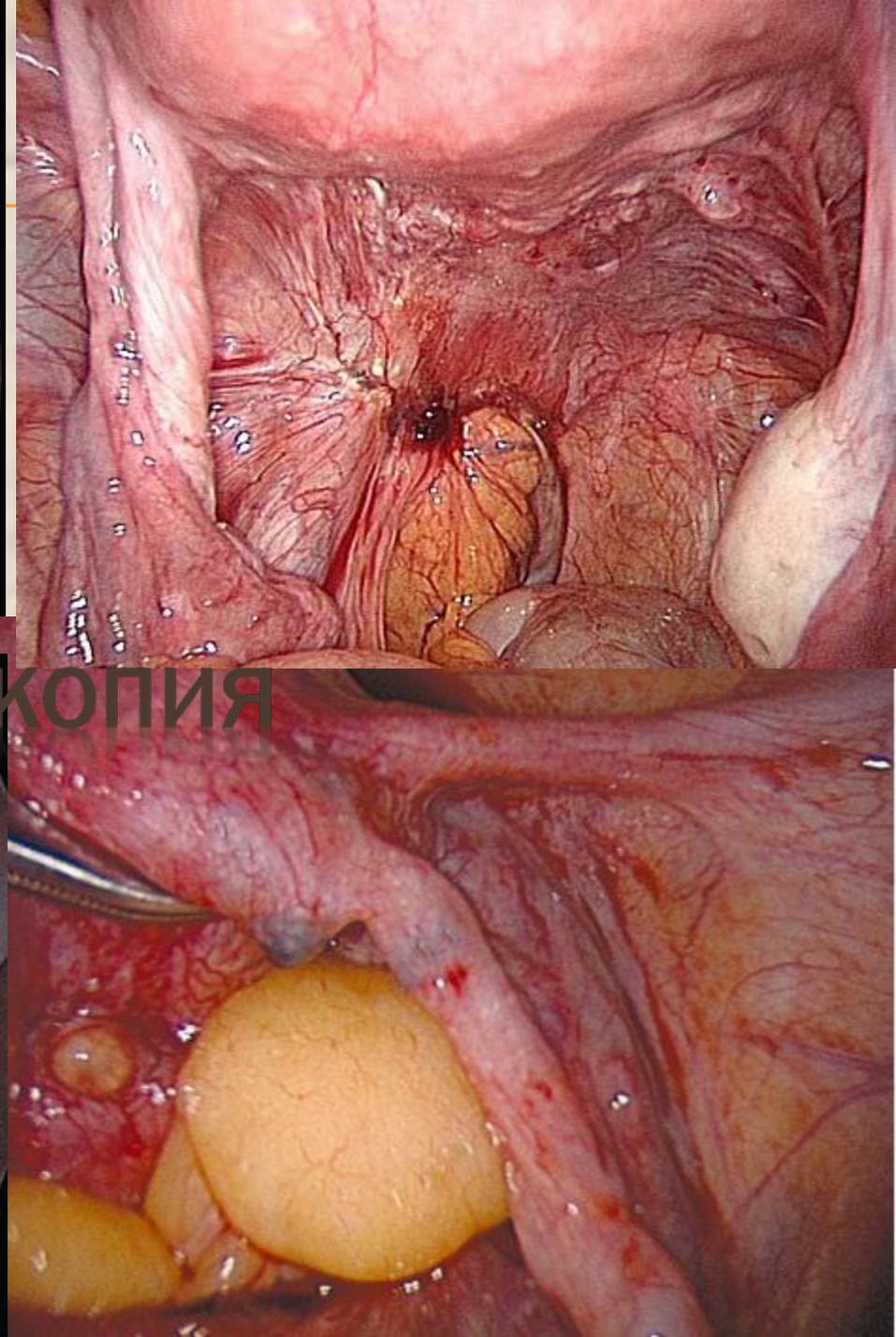
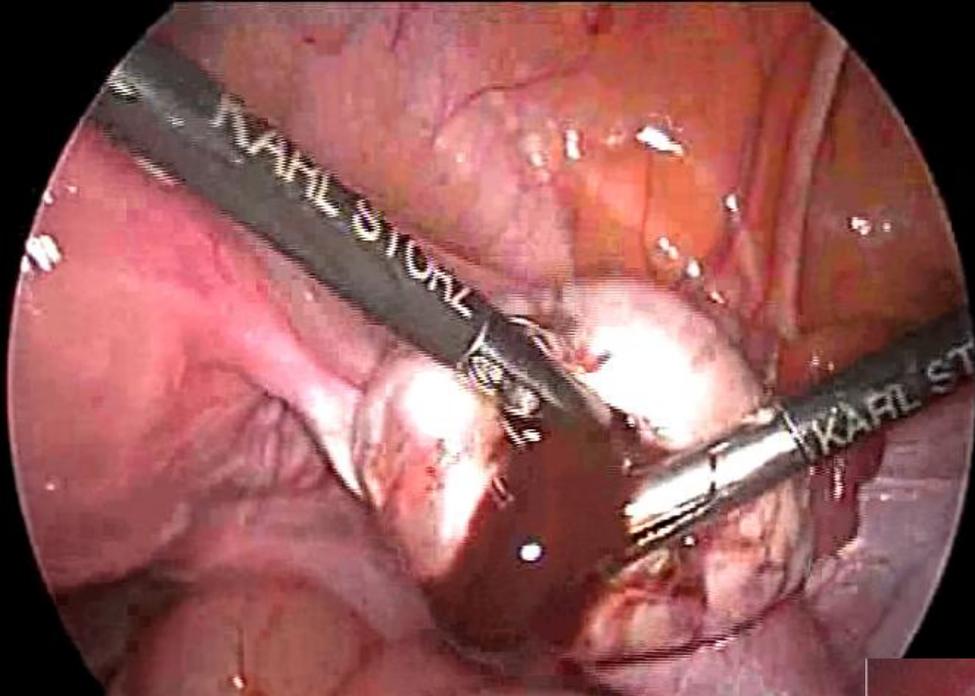


УЗИ

Диффузная форма аденомиоза

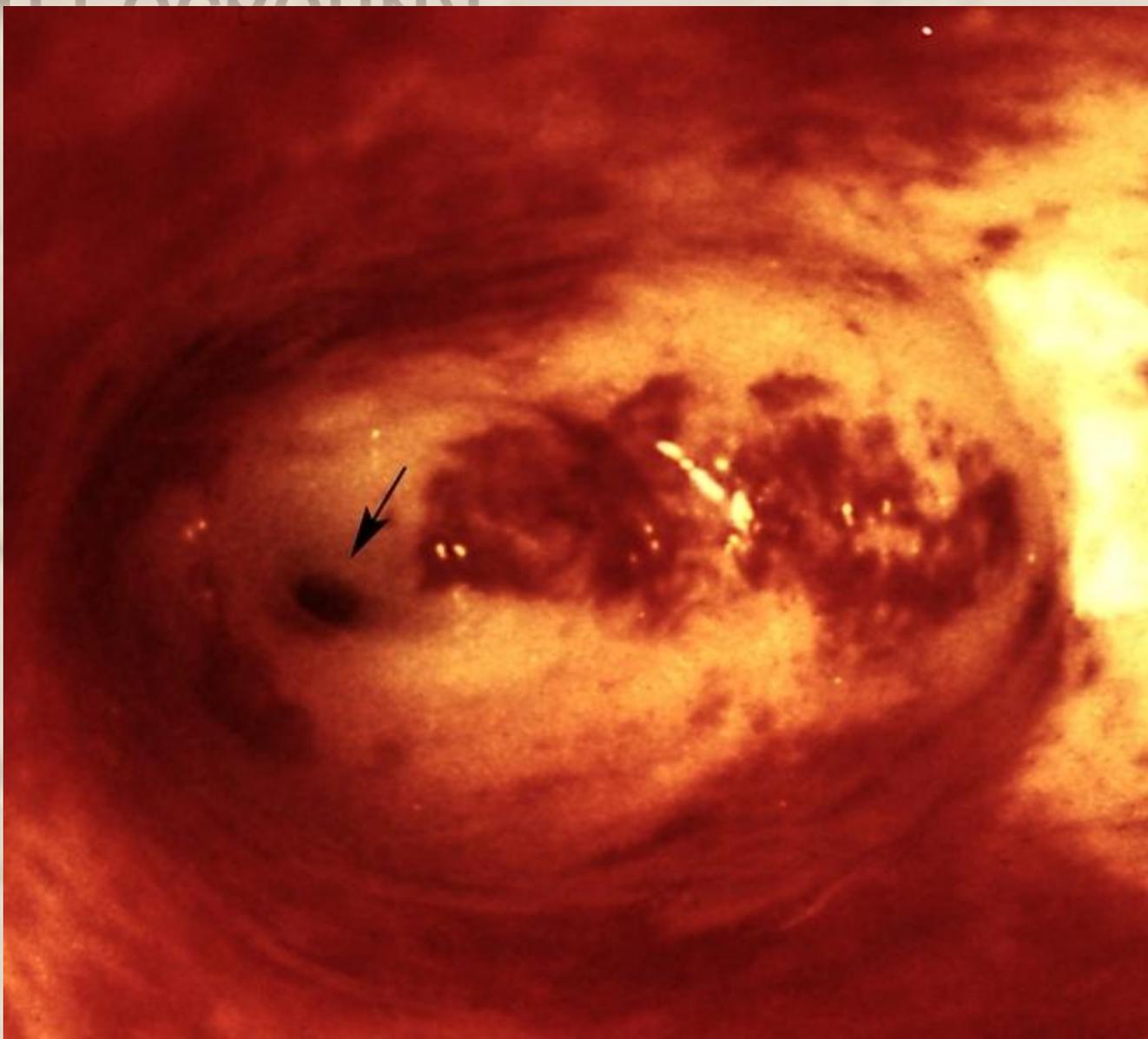
Очаговая форма





ЛАПАРОСКОПИЯ

ГИСТЕРОСКОПИЯ



«Эндометриоз следует рассматривать, как рецидивирующее заболевание, которое требует разработки плана долговременного ведения пациентки с целью максимального использования медикаментозного лечения и исключения повторных хирургических вмешательств»

ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА

- терапевтическое (консервативное, медикаментозное)
- хирургическое органосохраняющее (лапароскопия и лапаратомия) предусматривающее удаление очагов эндометриоза с сохранением органов
- хирургическое радикальное с удалением матки и яичников — комбинированный

- ▣ **Основой лечения эндометриоза является гормонотерапия цель которого:**

Временное угнетение функции яичников (состояние «псевдоменопаузы» или состояние «псевдобеременности»), которое ведет к последующей атрофии очагов эндометриоза

ЛЕЧЕНИЕ

- Эндометриоз матки 1–2-й стадий - монофазные КОК, прогестины (перорально, внутримышечно или подкожно) – в непрерывном режиме (первая линия терапии)
- Антигонадотропины (даназол, гестринон), агонисты ГнРГ (трипторелин, бусерелин), гормонсодержащая ВМС (Мирена): применяют в послеоперационном периоде у пациенток с наружным эндометриозом для профилактики рецидива не менее 6 мес.
- При обильных анемизирующих кровотечениях в 3–4-й стадиях - **оперативное лечение.**

Алгоритмы ведения больных с различными формами эндометриоза

Внутренний эндометриоз

Гормональная терапия

Контроль эффективности

При неэффективности гормональной терапии, бесплодии, опухолевых формах внутреннего эндометриоза, подозрении на малигнизацию.

При положительном эффекте диспансерное наблюдение, периодические курсы терапии на протяжении 3–6 мес.

Хирургическое лечение

В репродуктивном возрасте органосохраняющее хирургическое лечение.

В перименопаузе хирургическое лечение (гистерэктомия).

Гормонотерапия, лечение бесплодия.

Эндометриоз яичников



Эндометриоз маточных труб

Консервативное лечение



Контроль эффективности



При неэффективности консервативного лечения, бесплодии.

В перименопаузе — тубэктомия.



Оперативное лечение

ГОРМОНОТЕРАПИЮ ПРОВОДЯТ В СОЧЕТАНИИ С ТАКИМИ МЕТОДАМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ:

- психотерапией;
- седативными препаратами;
- обезболивающими средствами;
- физиотерапией;
- рефлексотерапией;
- десенсибилизирующими препаратами

АДЪЮВАНТНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

необходима после лапароскопического лечения, т.к. отсутствие малоинвазивных методов диагностики не дает возможности контролировать течение заболевания и предугадать риск рецидива (единственный предиктор – это возраст, чем моложе женщина, тем выше риск) или его прогрессирование вплоть до инвазивных форм

- **Цель терапии:** профилактики рецидивов и повторного хирургического вмешательства

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

- ▣ аденомиоз узловой формы
- ▣ диффузная форма аденомиоза при III-IV степени распространения процесса
- ▣ аденомиоз в сочетании с миомой и маточными кровотечениями
- ▣ сочетание аденомиоза и опухоли яичников
- ▣ отсутствие положительного эффекта от гормональной терапии
- ▣ ретро-цервикальный



ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НАРУЖНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- ▣ **формой и степенью распространения патологического процесса и включает:**
 - деструкцию эндометриоидных очагов
 - иссечение гетеротопий с последующей их коагуляцией
 - резекцию или удаление яичника
 - рассечение межтканевых сращений.
- ▣ При диффузной форме внутреннего эндометриоза к хирургическому вмешательству прибегают в объеме **гистерэктомии.**
- ▣ При узловой форме аденомиоза возможно проведение органосохраняющей операции

ПРОФИЛАКТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА

- Обследование девочек и молодых женщин с **дисменорей**
- Ведение пациентки после аборта или иных внутриматочных хирургических вмешательств с целью своевременного устранения возможных патологий.
- Лечение **воспалительных заболеваний половых органов**
- Группу риска по возникновению эндометриоза составляют женщины, у которых
 - сокращении продолжительности менструального цикла
 - нарушении обмена веществ, что, в первую очередь, проявляется в значительной прибавке в веса, ожирении
 - использование внутриматочных средств контрацепции
 - возраст от 30 до 45 лет
 - повышен уровень содержания эстрогенов
 - вредные привычки – курение!

ПРОГНОЗ.

- ▣ **Эндометриоз** - рецидивирующее заболевание, частота рецидивов в сроки до 5 лет составляет 40%, а после 5 лет доходит до 74%. Более благоприятен прогноз после гормонального лечения эндометриоза у женщин в пременопаузе, так как наступление физиологической постменопаузы предотвращает рецидив заболевания. У пациенток, перенесших радикальные операции по поводу эндометриоза, процесс не возобновляется.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

