

Эндометриозидная болезнь

Общие представления

Выполнил:
Коковцев Сергей
Владимирович

СПбГУ
2016

Определение

Разрастание ткани, подобной эндометрию за пределами его обычной локализации. Гетеротопическая ткань подвергается циклическим изменениям подобный тем, что происходят в эндометрии.

Классификация

- **Генитальный**
 - *Внутренний генитальный (аденомиоз)*. Поражает тело матки, перешеек, интерстициальные отделы маточных труб.
 - *Наружный генитальный*. Поражает влагалище, экзоцервикс, яичники, ампулярные и истмические отделы маточных труб.
- **Экстрагенитальный**. Поражает различные органы., кроме половых.

Классификация американского общества фертильности 1985 г.

Органы		Эндометриоз	Менее 1 см	1-3 см	Более 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 позадиматочного пространства		Частичная	4		
		Полная	40		
Спайки			Менее 1/3	1/3-2/3	Более 2/3
Яичники	Правый	Рыхлые	1	2	4
		Плотные	4	8	16
	Левый	Рыхлые	1	2	4
		Плотные	4	8	16
Маточне трубы	Правая	Рыхлые	1	2	4
		Плотные	4	8	16
	Левая	Рыхлые	1	2	4
		Плотные	4	8	16

Классификация по Адамян Л.В.

- Для внутреннего эндометриоза:
 - стадия I – патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки;
 - стадия II – патологический процесс переходит на мышечные слои;
 - стадия III – распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова;
 - стадия IV – вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов. Аденомиоз может быть диффузным, очаговым или узловым и кистозным. Характерное отличие от миомы матки – отсутствие капсулы и четких границ.

- Для эндометриоидных кист яичников:
- • стадия I – мелкие точечные эндометриоидные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей;
- • стадия II – эндометриоидная киста одного яичника 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 (диаметр кисты одного яичника более 5–6 см и небольшая эндометриома другого). Эндометриоидные гетеротопии небольшого размера 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. Распространенный спаечный процесс.

- Для эндометриоза ретроцервикальной локализации – клиническая классификация, определяющая объем вмешательства и тактику лечения [Адамян Л. В., 1993]:
- стадия I – эндометриозные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки;
- стадия II – прорастание эндометриозной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист и в серозный покров ректосигмоидного отдела и прямой кишки;
- стадия III – распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки, серозный и мышечный покров прямой кишки;
- стадия IV – вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки с распространением процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки. Несомненно, истинную степень тяжести заболевания определяют той клинической картиной, которая характеризует течение ее конкретного варианта.

Этиология и патогенез

1. Эндометриальная теория (Теория ретроградной менструации или Теория имплантации)

Во время месячных содержимое полости матки движется не

только в сторону влагалища, но и ретроградно по маточным

трубам в брюшную полость и дальше на остальные органы.

2. Метапластическая теория .

Клетки полостного эпителия претерпевают метаплазию в

Эндометрий.

3. Эмбриональная (дизонтогенетическая) теория.

Эндометриоз развивается из остатков Мюллеровых протоков.

4. Генетическая теория.

Риск развития эндометриоза увеличивается в 6 раз у женщин

первой степени родства с имеющими заболевание.

- Иммунная дисфункция – условие развития эндометриоза.

T – клеточный иммунодефицит. Так же отмечается избыточная реакция иммунной системы по типу гиперчувствительности замедленного типа из-за угнетения

T–супрессоров.

Следствием является неспособность иммунной системы предотвратить имплантацию клеток эндометрия с последующим развитием эндометриоза.

С другой стороны, сами клетки эндометрия при ретроградной менструации могут подавлять иммунитет. 80-100 лет назад эндометриоз был редким явлением из-за небольшого числа менструаций, ввиду множественных беременностей.

- Нарушения гормонального фона при эндометриозе.
 1. Гиперэстрогенный фон становится причиной гиперплазии эндометрия.
 2. Резистентность эндометрия к прогестерону приводит к аналогичному результату.
 3. Повышенная активность ароматазы в очагах эндометриоза так же увеличивает склонность к гиперплазии.

Факторы риска

- Наследственная предрасположенность.
- Репродуктивный возраст.
- Раннее начало месячных.
- Короткий менструальный цикл.
- Менструальные кровотечения более 7 дней.
- Обильные менструальные кровотечения.
- Врождённые дефекты матки и маточных труб.
- Частые стрессы.
- Гинекологические операции, аборты, и травмы половых органов.
- Длительное использование внутриматочных контрацептивов.
- Воспалительные процессы в половых органах.
- Повышенный уровень эстрогенов в крови.
- Дефицит прогестерона.
- Дисфункция иммунной системы

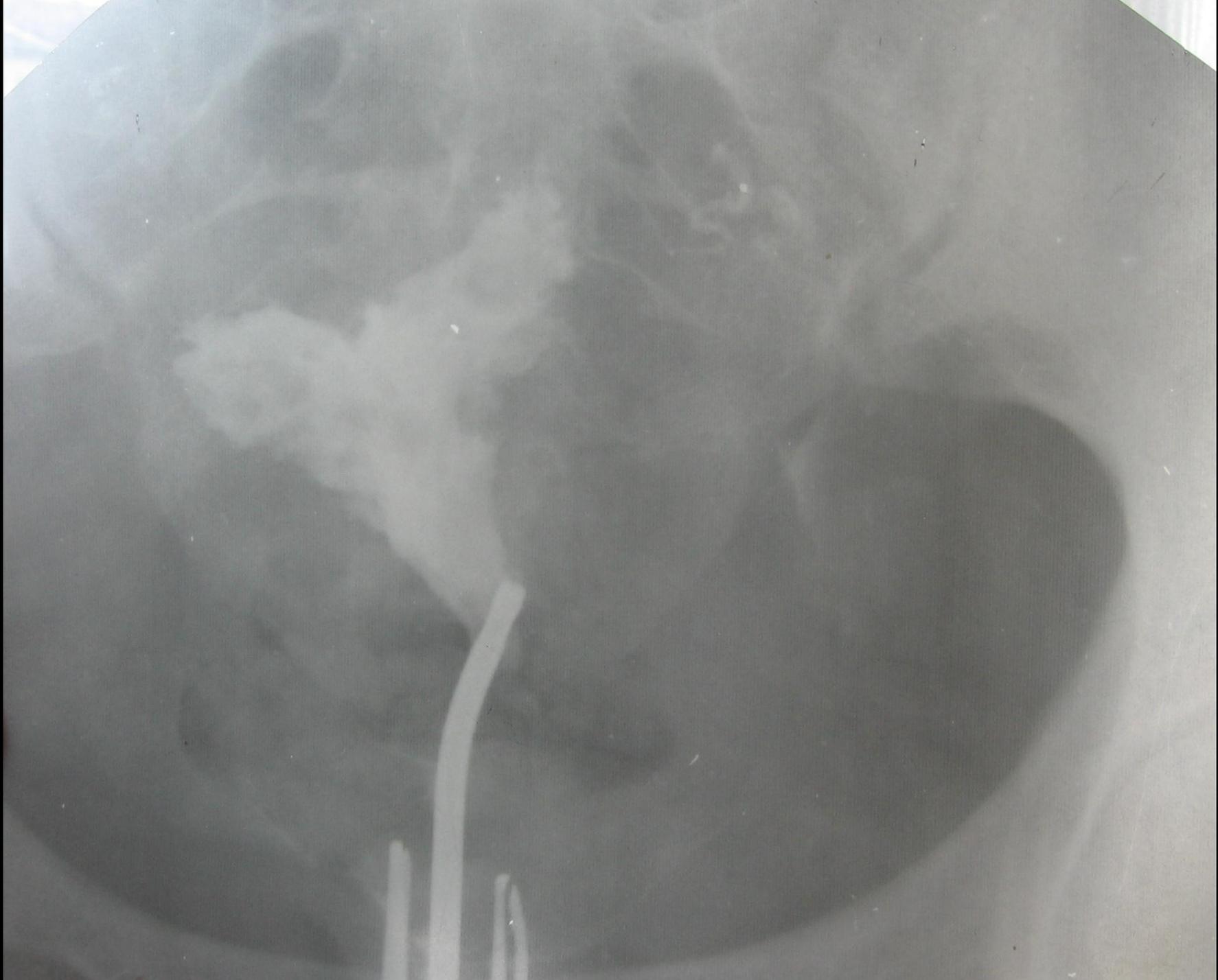
Клиническая картина

- Болевой синдром, носящий рецидивирующий или хронический характер, локализованный в нижних отделах живота. Реже боль проявляется в районе крестца и поясницы. Возможна иррадиация в прямую кишку, диспареуния (болезненный половой акт). Боль усиливается во время менструаций, может сопровождаться слабостью, повышением температуры, снижением работоспособности, депрессией.
- Нарушение менструальной функции может проявляться длительными обильными и болезненными месячными, приводящими к анемизации больной. Могут также встречаться кровянистые выделения мажущего характера до и после менструаций.

- Нарушение репродуктивной функции выражается бесплодием, осложняющим течение эндометриоза у половины женщин. Также вариантом нарушения репродуктивной функции является самопроизвольное прерывание беременности.

Диагностика эндометриоза

- Анамнез. Тщательно собирают семейный анамнез у пациенток, наличие родственниц с эндометриозом. Обращают внимание на боли, нарушение менструаций, бесплодие в анамнезе.
- Инструментальная диагностика.
 - Рентгенологические методы. При подозрении на аденомиоз гистерографию проводят на 5-7 день менструального цикла с водорастворимым контрастом. Рентгенологическая картина характеризуется наличием законтурных теней.



- МРТ при эндометриозе может оказать большую помощь в диагностике.
- УЗИ. Для эндометриальных кист яичников характерна плотная капсула, размеры до 10–12 см, гиперэхогенное содержимое в виде мелкодисперсной взвеси. При эндометриозе матки выявляют участки повышенной эхогенности в миометрии, неравномерность и зазубренность границ мио и эндометрия, округлые анэхогенные включения до 5 мм в диаметре, при узловых формах — жидкостные полости до 30 мм в диаметре.



- Эндоскопические методы.
 - Кольпоскопия позволяет точно диагностировать эндометриоз шейки матки.
 - С помощью гистероскопии точно идентифицируют эндометриоидные ходы, грубый рельеф стенок в виде хребтов и крипт.

Гистероскопическая классификация степени распространённости эндометриоза, В.Г.Бреусенко (1997)

- I стадия: рельеф стенок не изменён, определяются эндометриоидные ходы в виде «глазков» тёмносинего цвета или открытые кровотечения. Стенка матки при выскабливании обычной плотности.
- II стадия: рельеф стенок матки неровный, имеет вид продольных или поперечных хребтов или разволокнутой мышечной ткани, просматриваются эндометриоидные ходы. Стенки матки ригидны, полость матки плохо растяжима. При выскабливании стенки матки плотнее, чем обычно.
- III стадия: на внутренней поверхности матки определяются выбухания различной величины без чётких контуров. На поверхности этих выбуханий иногда видны открытые или закрытые эндометриоидные ходы. При выскабливании ощущаются неровная поверхность стенки, ребристость. Стенки матки плотные, слышен характерный скрип.

- Лапароскопия наряду с методом диагностики является хирургическим доступом.
- Окончательный диагноз наружного эндометриоза устанавливают во время лапароскопии, которая, как правило, бывает и диагностической, и лечебной, т.е. приобретает характер оперативного доступа.
- При эндометриозе ЖКТ высокое значение имеют гастро- и колоноскопия.

Дифференциальная диагностика

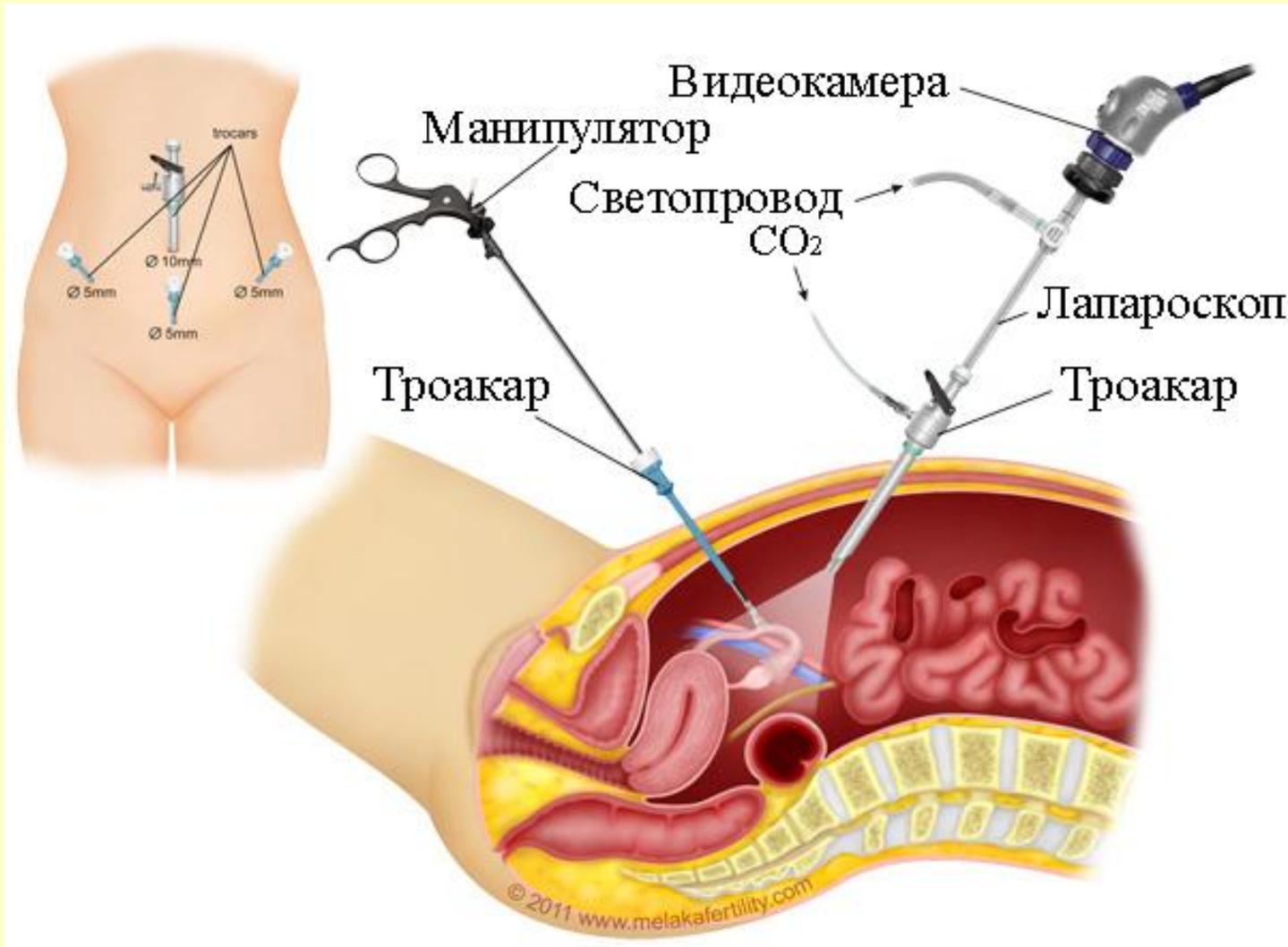
- Эндометриоидные кисты яичников и опухоли яичников.
- Ректовагинальный эндометриоз и метастазы хорионкарциномы.
- Тубоовариальные эндометриоидные кисты и абсцессы.
- Эндометриоз матки с миомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия.
- Ректовагинальные формы эндометриоза с поражением крестцово-маточных связок дифференцируют с опухолями ЖКТ.

Лечение

- *Консервативное лечение.*

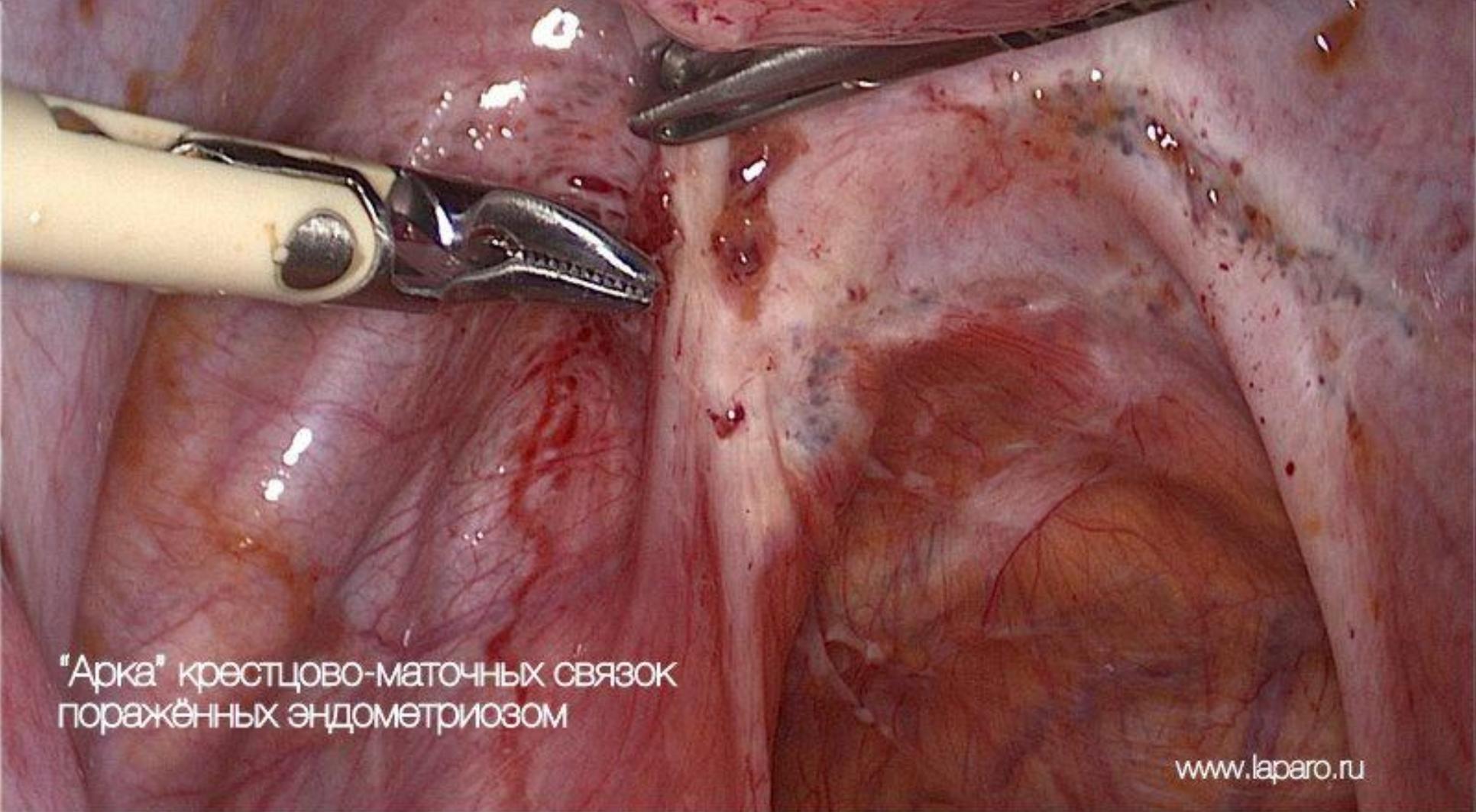
Препарат	Механизм действия	Дозы и режим	Побочные действия
Агонисты гонадотропинового релизинг-гормона пролонгированные, депо-формы	Блокада гонадотропной секреции гипофиза, «медикаментозная гонадэктомия»	Инъекции 1 раз в 28 дней, 4– 6 раз	Вегетососудистые симптомы, характерные для климактерического синдрома, снижение МПКТ
Антигонадотропины: даназол, гестринон	Блокада гонадотропинов, атрофические изменения эндометрия	Даназол: по 600–800 мг в сутки в течение 6 мес Гестринон: по 2,5 мг 2 раза в неделю в течение 6 мес	Андрогензависимая дерматопатия, гиперлипидемия, гипертензия, увеличение массы тела
Аналоги прогестерона: дидрогестерон	Торможение пролиферации, децидуализация	10–20 мг в сутки с 5-го по 25-й день менструального цикла или непрерывно в течение 6 мес	Не обнаружено
Синтетические гестагены: норэтистерон	Торможение пролиферации, децидуализация и атрофия эндометрия	5 мг в сутки в течение 6 мес	Увеличение массы тела, гиперлипидемия, задержка жидкости
Комбинированные монофазные, эстроген-гестагенные препараты	Торможение пролиферации эндометрия и овуляторного пика гонадотропинов	Непрерывный приём в течение 6–9 мес	Гиперкоагуляция, задержка жидкости

- *Хирургическое лечение.* Применяется при наружном эндометриозе. Осуществляется преимущественно лапароскопическим доступом.



Прижигание очагов эндометриоза





“Арка” крестцово-маточных связок
поражённых эндометриозом

Спасибо за внимание!