

Семей мемлекеттік медицина университеті
Акушерия және гинекология кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Генитальді эндометриоз, этиологиясы, жіктелуі,
емдеу принциптері.

Орындаған: Базарбай Н.Б.
404 топ ЖМФ

Тексерген: Егежанова Г.М.

Семей 2018

Жоспар

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
 - 1. Эндометриоз себептері
 - 2. Эндометриоз жіктелуі
 - 3. Эндометриоз емдеу принциптері
- III. Қорытынды
- IV. Пайдаланылған әдебиеттер

Кіріспе

- Эндометриоз – жатыр қуысынан тыс жерде эндометрийдің құрылысына және қызметіне ұқсас дисгормонды, иммунотәуелді қатерсіз тіндердің өсіп кетуімен сипатталатын ауру.
- Эндометриоидты клеткалар жатыр қуысынан тыс орналасып эндо- метрий клеткалары секілді өзгерістерге ұшырайды: өседі және ана- лық клетканың имплантациясына дайындалады, сылынып түседі (етеккір келеді). Бірақ етеккір қанының эвакуациясы “қарастырыл- маған”. Кеткен қан асептикалық (микробсыз) қабыну процесін ту- дырады. Асептикалық қабыну процесі іштің ауруымен, үрілуімен және басқа да белгілермен сипатталады. Ай сайын қайталана, эндо- метриоз прогрессияға ұшырайды.

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

Классификациясы

❖ Эндометриодты ауру бойынша:

- Генитальды
- Экстрагенитальды
- Аралас

❖ Стадиялар бойынша:

- Беткей
- Таралған
- Инвазивті

❖ Клиникасы бойынша:

1. Генитальды-эндометрий қабатындағы жасушалардың ішкі жыныстық мүшелерде(жатыр түтігі,аналық без,қынап)болуы. Генитальды эндометриоз бөлінеді:

- ***Сыртқы эндометриоз*** -эндометриоз жатыр түтігі арқылы құрсақ қуысына түсіп, кіші жамбас қуысында өседі, фоллопий түтіктерінің, аналық бездердің, қынаптың артқы күмбезінің, жатыр мойны эндометриозы,т.б..
- ***Ішкі эндометриоз*** -жатыр денесінің(аденомиоз), жатыр түтіктерінің интерстициальды бөлігінің эндометриозы, бұл кезде эндометрий жасушалары жатырдың қалың қабатына тереңдей өседі.

2. Экстрагенитальды -эндометрий қабатындағы жасушалардың басқа мүшелерде өкпеде, бауырда, ішектерде, қуықта болуы.



Жатыр денесінің эндометриозы (аденомиоз)

- ◎ Бұл гормон тәуелді ішкі генитальды эндометриоз. Жатыр қуысында орналасып миометрий қабатына тереңдей бекінеді. Оның себебі толық дәлелденбеген бірақ иммунитеттің төмендеуі кезінде және организмнің қартаюы кезінде пайда болады.
- ◎ 8-15% еттеккір келетін әйелдерде аденомиозбен зақымдалуда.
- ◎ 54-85% жатыр миомасымен бірге.
- ◎ 16-25% эндометрийдің гиперпластикалық зақымдалумен жүреді.

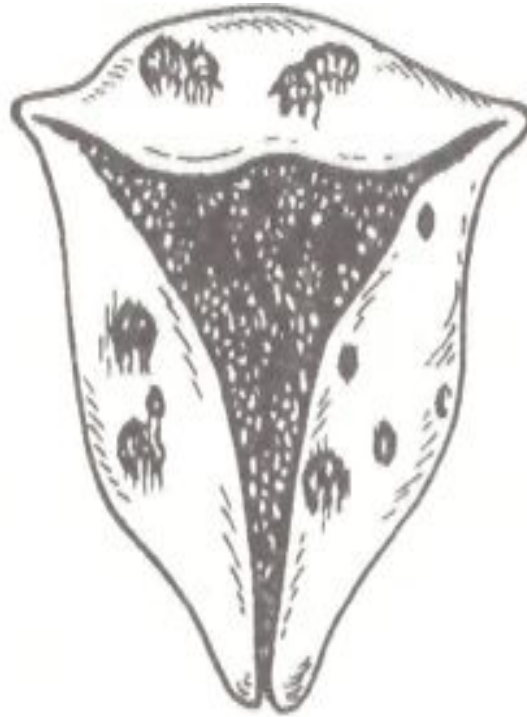
Сатылары:

- I. шырышты қабаттың миометрийге дейін зақымдалуы.
- II. миометрий қалыңдығының жартысына дейін зақымдалуы.
- III. эндометрийдің серозды қабатқа дейін зақымдалуы.
- IV. париетальды аймаққа дейін зақымдалуы.

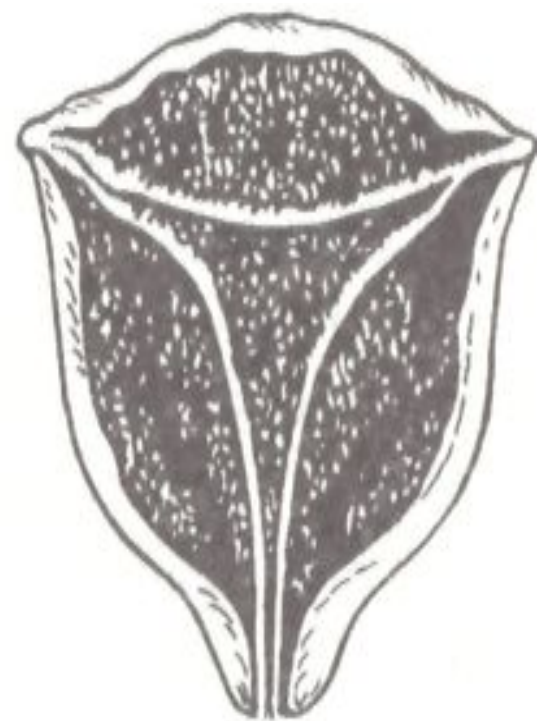
Аденомиоз түрлері: түйінді, ошақты, диффузды



Түйінді



Ошақты



Диффузды



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



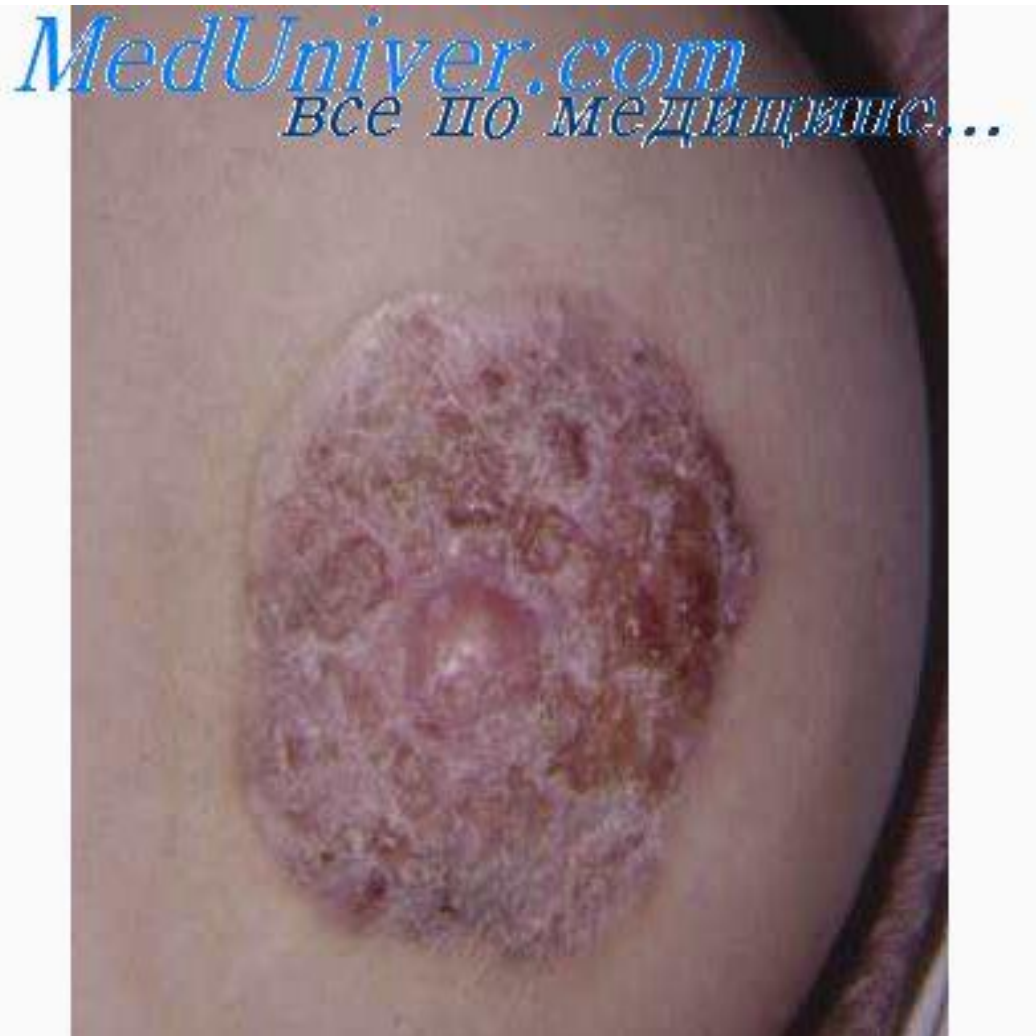
- Вульва эндометриозы. Эндометриозды гетеротопиялар қызыл нүктелер түрінде

Ретроцервикальды эндометриоз

Бұл кезде патологиялық процесс жатыр мойынының артқы бөлігінің проекциясында және оның қылтасының сегізкөз-жатырлық байланыстар аймағында орналасады. Ошақтар инфильтративтік өсуге қабілетті және әдетте тікішекке бағытталған.

- I кезең - ошақтар ретроцервикальды клетчатка аймағында
- II кезең - жатыр мойны мен қынапқа өсу
- III кезең - жақын жатқан органдарға өсу үдеген сегізкөз-жатыр байламы және ішастардың серозды қабаттары
- IV кезең - кіші жамбастағы тік ішек-жатыр шұңқыры ішастарында спайка

Ретроцервикальді ендометриоз



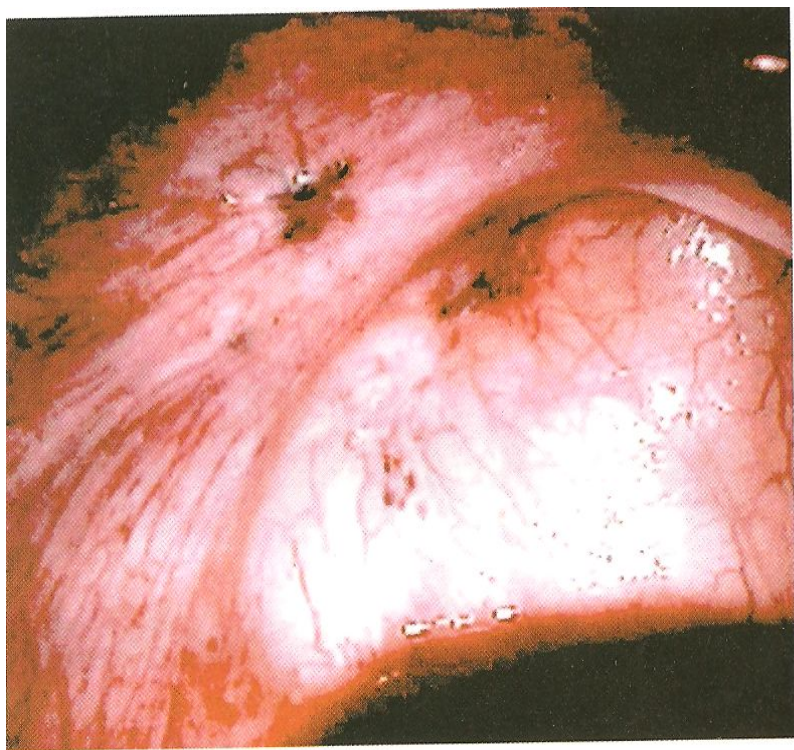


Фото 53. Ретроцервикальный эндометриоз



Кесар тілігінен кейінгі тыртық
аймағындағы эндометриома

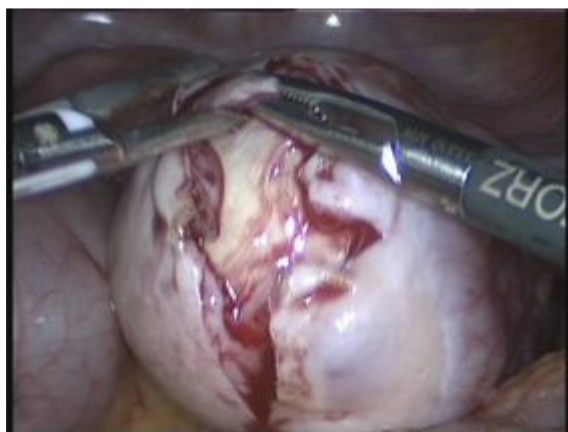
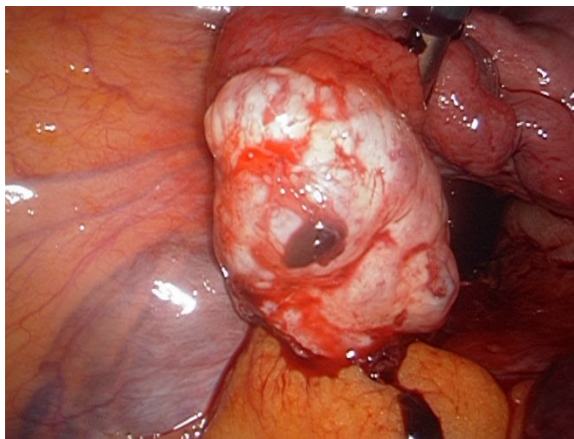
Аналық без эндометриозы

Аналық без эндометриозбен оның гематогенді немесе лимфогенді жолмен таралуы нәтижесінде зақымдалуы мүмкін. Көбінесе эндометриозбен аналық безінің қыртысты қабаты зақымдалады.

Аналық безінің эндометриозының бірнеше гистологиялық түрлерін ажыратады: бездік, кистоздық, бездік – кистоздық, стромальды.

Бездік кистозды эндометрит пролиферациялық өсу мен малигнизацияға ерекше қабілетті болады. Цитогенді стромада және зақымдалған аналық безде эндометриодты бездер жиі анықталады.

Аналық без эндометриозы



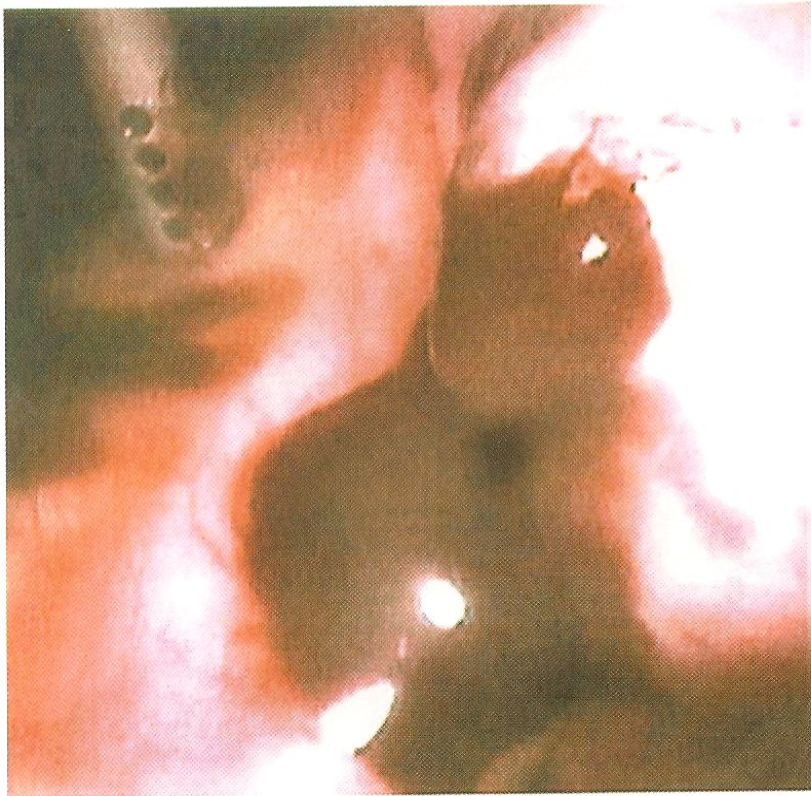
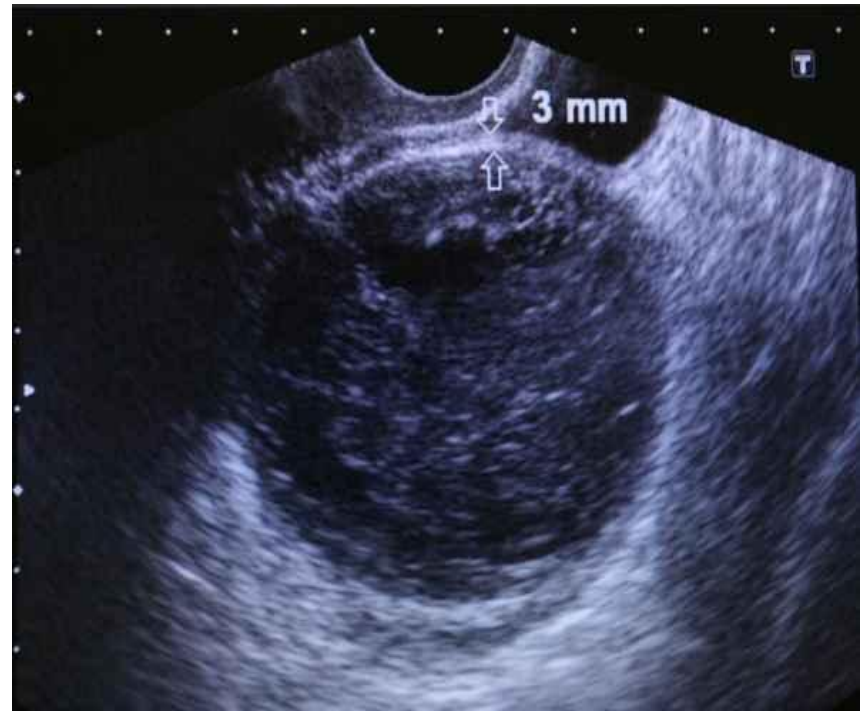


Фото 52. Эндометриодная киста яичника



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

Жатыр түтігінің эндометриозы

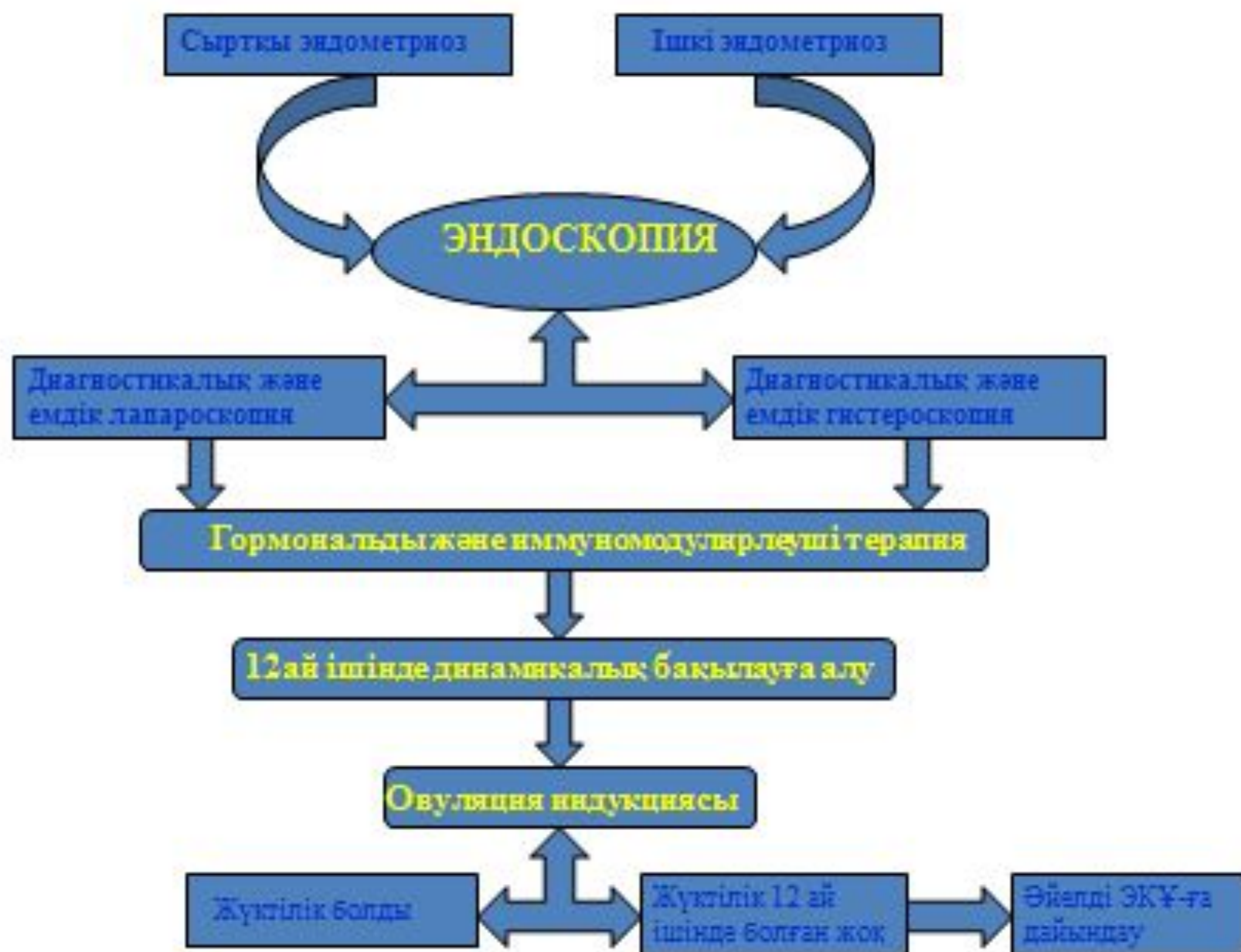
- Эндометроидты ошақ мезосальпинксті зақымдайды және жатыр түтігінің жоғарғы жағында орналасады. Спайкалық процесс жатыр түтігінің қызметінің бұзылысына әкеледі.

Емдеу мақсаттары:

- ауырсынуды төмендету,
- етеккір циклінің бұзылуын және диспареунияны болдырмау,
- бедеулікті ұрықтандыру мүмкіндігін арттыру.

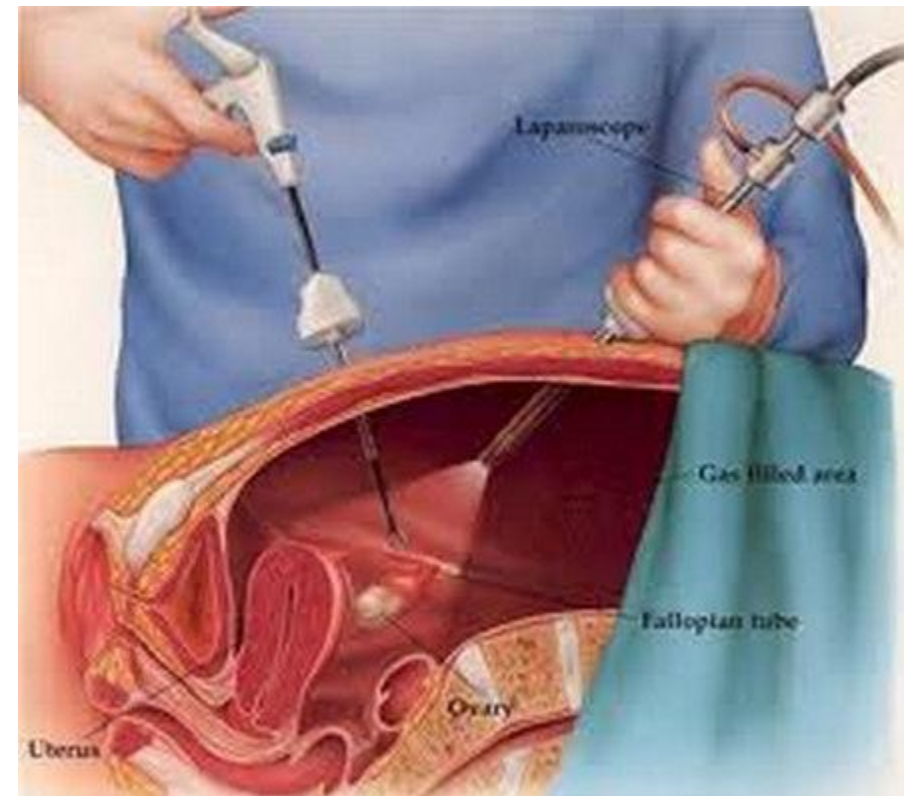
Әр түрлі жағдайда емдеу әдісі индивидуальды түрде және науқас жасына, отбасылық жағдайына, жүктілікке қызығушылығы, эндометриоидды процестің орналасуына, таралу дәрежесіне, клиникалық ағымының ауырлығына, сипаты мен эндокринді- иммунды бұзылыстар дәрежесіне байланысты б.т. Емді бастамас бұрын онкологиялық ауруды теріске шығаратын зерттеу жүргізілуі қажет.

Гениталийлік эндометриозды емдеу алгоритмі.



Емдеу принциптері

- Комбинирленген
- Терапевтік (консервативті, медикаментозды);
- Хирургиялық органды сақтап қалатын лапароскопия, лапаротомия.
- Хирургиялық жатыр мен оның қосалқыларын алып тастау



- ⊙ Консервативті емі бұл эндометриоз ешқандай симптомсыз өткенде, жастық шақта, пременопаузальды кезде, аденомиозда және жүктілікті көтере алмаушылықта фертильділікті қалыптастыруда қолданады.
- ⊙ Медикаментозды ем кезінде гормоналды, қабынуға қарсы, симптомдық дәрілер қолданады. Ең тиімді гормональды терапия бұл кезде оральды контрацептивтер қолданады, эстроген-гестогенді екі-үш фазалық препараттар қолданады.
- ⊙ Симптоматикалық ем бұл ауру сезімін басуға бағытталған. Оған анальгетиктер мен спазмолитиктер қолданады.
- ⊙ Хирургиялық органды сақтап қалатын лапароскопия, лапаротомия бұл консервативті медикаментозды емді көтере алмаған кезде және тиімсіз болған кезде, эндометриоз 3 см-ден жоғары болған кезде қолданады.
- ⊙ Хирургиялық жатыр мен оның қосалқыларын алып тастау бұл эндометриоздың генитальды түріндегі өте жоғарғы асқынуда және 40 жастан асқан әйелдерде қолданады.

Емдеу тактикасы

Медикаментозды емес:

- Екі жүйелі шолу бойынша, transcutaneous арқылы жүйке талшықтарын электр ынталандыру, В1, Е дәрумені және магниймен электрофорез арқылы дисменореяны жеңілдетуге көмектесе аласыз. Бүгінгі таңда дәріге тәуелді емес емдеудің дәлелі жоқ. Алайда, бұл емдеу дәрі дірмекті пайдаланғысы келмейтін немесе ҚҚСЕП тұтыну азайтқысы келетін әйелдер үшін параметр болып табылады, және әйелдер осы ем түрін өмір сүру сапасын, немесе дәстүрлі терапия ұштастыра отырып, жұмысты жақсартуы мүмкін деп санаса қолданылады.

Дәрігерлік (гормондық) емдеу.

- Терапия жасына, репродуктивтік функцияны жүзеге асыруға, эндометриоздың локализациясына байланысты жеке таңдалады.

1. Гормонотерапия

- Қазіргі уақытта эндометриозға арналған гормондық терапия:
 - Бірінші деңгейлі препараттар - комбинирленген оральды контрацептивтерін және прогестиндерді біріктіреді
 - Екінші дәрілік препарат - гонадолиберин агонисты (ГнРг), Левоноргстелмен
 - Басқа да препараттар - даназол, ароматаза ингибиторлары, ҚҚСЕП және анальгетиктер
 - Үздіксіз немесе циклдық режимде анықталған антипролиферативті әсері бар төмен доза болып табылатын КОК дәрілік заттың бірінші желісі (I-A)
 - Диеногест 2 мг үзіліссіз режимде кем дегенде 6 ай ішінде бірінші жолдың (I-A)
 - ГнРГ агонистері қосымша терапиямен және Левоноргестрельмен жасалған ЖІЖ препарат екінші желісіне (I-A)

- ГнРГ агонистерін қосымша терапиямен үйлестіру кезінде 6 айлық және одан ұзын курс (I-A) ұсынылады,
- Хирургиялық немесе дәрілік затқа қарсы емдеу процесінде денсаулықты жақсартуға дейін анальгетикалық мақсатпен, стероидтық емес қабынуға қарсы препараттарды (III-A)
- Идентификацияланған эндометриозбен ауыратын науқастарда ЭКО-ге дейін 3-6 ай бұрын қосымша терапиямен ГнРГ агонистерін тағайындау ЭКО (I)
- Эндометриозбен байланысты гормоналды жолмен басу бедеулігі түріндегі дәрілік емдеу тиімді емес және ұсынылмауы керек (I-E)

Гормондық терапияға арналған көрсеткіштер:

- Аналық бездердің эндометриозы (эндометриумы 4 см-ден көп емес)
- Аденомиоз
- Рецерсервикалық эндометриоз
- Эндометриозды ауырсыну синдромымен күдік

Эндометриоздың медикаментозды емі.

Препарат	Кері әсері
Даназол 200-800 мг/день 6 мес	Акне, прибавка веса, себорея, гирсутизм, отеки, изменения голоса, приливы и потливость, мышечные судороги, снижение холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)
Медروксипрогестерона ацетат 30-100 мг/день орально	Нерегулярные маточные кровотечения бессонница, депрессия, головная боль, тошнота, акне, гирсутизм, тромбозмболия
Дидрогестерон 20-30 мг/день орально	Не описано
Комбинированные оральные контрацептивы	Эстрогенные и прогестагенные побочные эффекты
Аналоги гонадотропин- рилизинг гормона (Гн-Рг)	Приливы, снижение либидо, головная боль, сухость влагалища, акне, эмоциональная лабильность, остеопороз, функциональные кисты яичников

Медикаментозды емдеу әдісі

Препарат	Әсер ету механизмі	Доза және режим	Жанама әсері
Пролонгирленген релизинг гормондардың гонадотропты агонистері, депо формалары	Гипофиз секрециясының гонадотропты блокадасы «медикаментозды гонадэктомия»	Инъекции 1 рет 28 күн, 4– 6 рет	Климактериялық синдромға тән вегетотамырлық симптом
Антигонадотропиндер: даназол, гестринон	Гонадотропиндердің блокадасы, эндометрийдің атрофиялық өзгеруі	Даназол: 600–800 мг тәул. 6 ай, Гестринон: 2,5 мг 2 рет аптасына 6 ай бойына	Андрогентәуелді дерматопатия, гиперлипидемия, гипертензия, дене салмағының ұлғаюы
Прогестерон аналогтары: дидрогестерон	пролиферация, децидуализация тежелуі	10–20 мг тәул. 5-шіжәне 25-ші күндері етеккір циклының немесе 6 ай үзбей	анықталмаған
Синтетикалық гестагендер: норэтистерон	Пролиферации, децидуализацияның тежелуі, эндометрий атрофиясы	5 мг тәул. 6 ай	дене салмағының ұлғаюы, гиперлипидемия, сұйықтықтың ұсталып тұруы
Комбинирленген монофазалы, эстроген-гестагенді препараттар	Эндометрий пролиферациясының тежелуі және гонадотропиндердің овуляторлы шыңы	6–9 ай үзіліссіз	Гиперкоагуляция, сұйықтықтың ұсталып тұруы

Эндо́метриоздың хирургиялық емдеуі көрсетілген:

- аденомиоздың түйіндік формалары бар,
- аденомиоздың диффузиялық нысаны миомамен біріктірілгенде,
- үшінші деңгейдегі аденомиозбен,
- аналық бездердің эндо́метриоидтық кисталары мен кең таралған ретросервикалық эндо́метриоз болған кезде.
- Эндо́метриозды хирургиялық емдеудің тиімділігі үшін кем дегенде 3-6 ай ішінде операциядан кейінгі гормоналды терапияны қолдану қажет. рецидивтерді болдырмау үшін, эндо́метриоидті гетеротопиялардың сыртқы эндо́метриясынан толық жою кепілдігі болмайды.

Хирургиялық емдеуге арналған көрсеткіштер:

Абсолютті :

өсу процесі кезінде 6 ай бойы консервативті емдеу туралы ешқандай әсері

1) ішкі эндометриоз.

2) тез өсіп келе жатқан жатырдың миомасы, мойны ауыр эпителий дисплазиясы, 40 жастан асқан әйелдердің атипті гиперплазиясының эндометрия ішкі эндометриоз ісік қосалқыларының тіркесімін.

Салыстырмалы көрсеткіштер

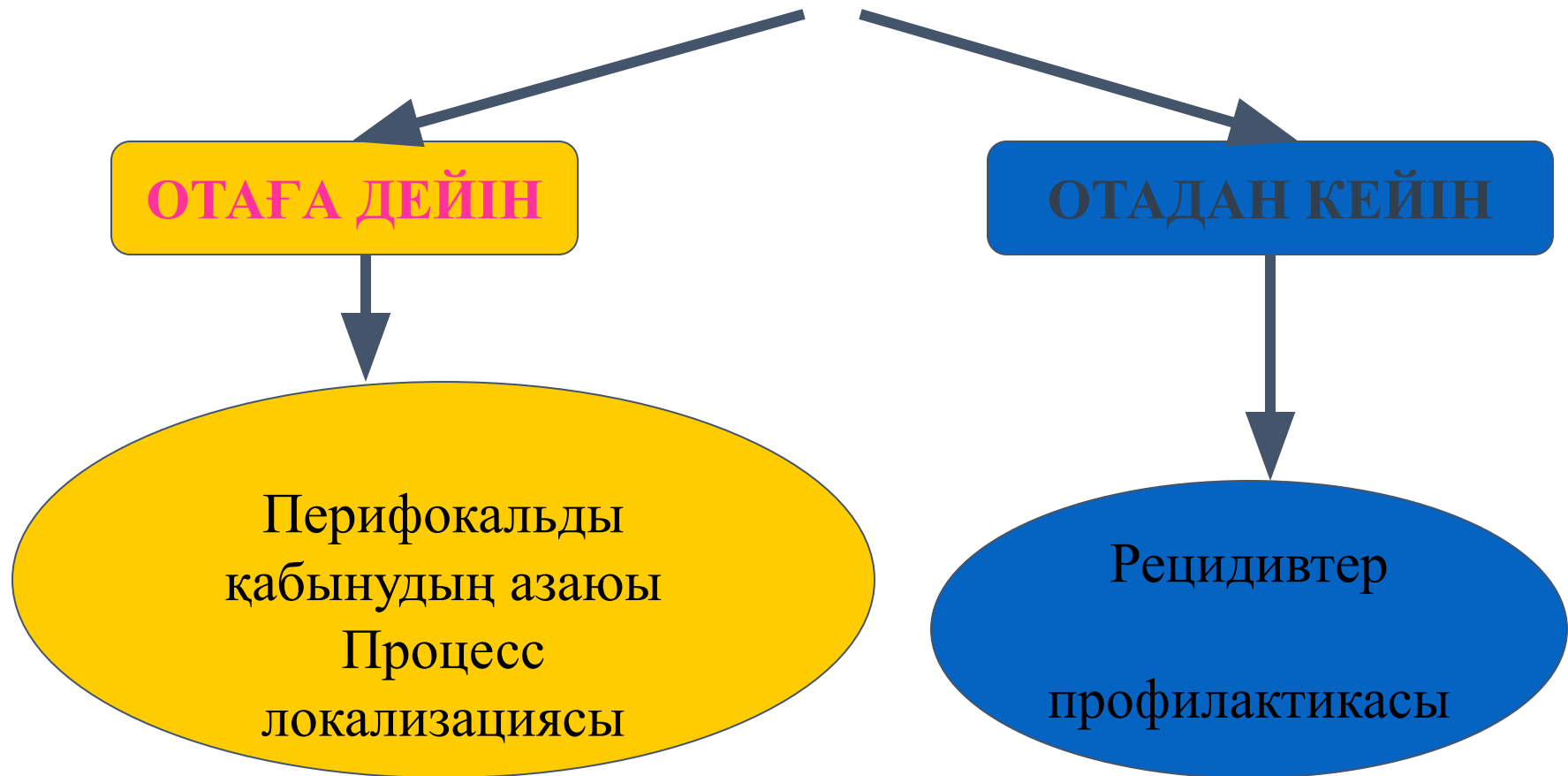
1) өзі хирургия қажеттігін талап емес ілеспелі миомы болуы,

2) Кейбір нұсқада гормональды терапия жүргізілетін экстрагениталдық патология,

3) 40 жасқа толған, науқастардың атипті гиперплазиясының эндометрия ішкі эндометриоздың тіркесімін,

4) эндометриоздың III дәрежесі.

ЭНДОМЕТРИОЗДЫҢ ХИРУРГИЧИЯЛЫҚ ЕМІНДЕГІ ГЕСТАГЕНДЕРДІҢ ҚОЛДАНУ МАҚСАТЫ



Болжамы

Болжам негізінен қолайлы, бірақ асқынған формаларында фертильділікті қалпына келтіру қиынға түседі. Радикальді хирургиялық ем пре және постменапауза кезінде өмір сүру сапасын арттыра түседі.

- Эндометриоз – рецидив беруші ауру.
- Рецидив жиілігі – 5-20% жылына
- Кумулятивті қауіп 5 жылда – 40%.

Қорытынды

- Жоғарыда айтылғандай, эндометриоз - жатыр қуысынан тыс эндометрийдің құрылысы мен функциясы ұқсас, бірақ жатыр қуысынан тыс орналасқан қатерсіз тіннің өсуімен жүретін дисгормональды, иммунтәуелді және генетикалық негізделген ауру. Бұл ауруды дер кезінде анықтау, асқынусыз емделу әр әйелдің өз қолында. Дер кезінде емдеп, бедеуліктен сақтауға мүмкіндік артады. Осы үшін әр әйел адам гинекологқа жиі қаралуға және профилактикалық қаралудан өтуі тиіс.

Пайдаланылған әдебиеттер

- Гинекология - Г.М. Савельева, В.Г.Бреусенко ,Мәскеу 2015;
- Акушерия және гинекология - А.Т. Райсова, Нұрқасымов Р.Ғ., Алматы 2011;
- <https://diseases.medelement.com/disease/%D1%8D%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BE%D0%B7/13827>