ЛЕКЦИЯ №5.

ТЕМА: ЭНДОМЕТРИОЗ.

Эндометриоз может быть не только генитальным, но и экстрагенитальным, поэтому диагностика сложна.

Эндометриоз можно рассматривать как эндометриоидно подобное разрастание, развивающееся за пределами гениталий. Участки эндометриоидной ткани мигрируют в несвойственные ее места, развиваются там, превращаются в опухолевидные разрастания и функционируют почти также, как функционирует эндометрий. Постоянная секреция этих участков приводит к продукции крови, что превращает близлежащие ткани в соединительнотканные рубцы, хронический воспалительный процесс и т.д. Микроскопические и гистологические данные позволяют констатировать, что эта неистинная опухоль, это опухолевидное, гормонозависимое образование. Эндометриоз может быть врожденным, но чаще приобретенный. Возникает в репродуктивный период, и может исчезать в менопаузальном периоде, то есть он непосредственно связан с гормональной функцией. Эндометриоз может быть в любых местах, но чаще всего в области гениталий.

**Классификация по локализации:**

1. Экстрагенитальный эндометриоз: коньюктивы глаз, эндометриоз пупка, эндометриоз кишки и других органов.
2. Генитальный эндометриоз
3. наружный (все что вне матки): эндометриоз яичников (шоколадные кисты яичников), эндометриоз фаллопиевых труб, эндометриоз угла матки, эндометриоз заднего свода влагалища, шейки матки, позадишеечный эндометриоз. Часто бывают эндометриоидные очажки, рассыпанные по брюшине малого таза - могут быть брюшине мочевого пузыря, брыжейке кишечника и т.д.
4. внутренний (как правило, эндометриоз тела матки или другое название аденомиоз).

Эндометриоз является нетипичной, гормональнозависимой опухолью, и отличается от злокачественных опухолей, тем что не обладает клеточным атипизмом.

Существуют различные теории возникновения эндометриоза.

1. Одна из них имплантационная - эндометрий может имплантироваться из матки, а также распространяться лимфогенно и гематогенно. Например, при вскрытии эндометриодной кисты яичника. Имплантация эндометрия во время операции, связанных со вскрытием полости матки - кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки, то есть занос элементов эндометрия в несвойственные ему места.
2. Вторая теория - теория эмбрионального происхождения. Сущность заключается в эмбриобластическом происхождении опухоли из остатков Мюллерова протока. Доказательством этой теории может служить наличие эндометриоза в детском возрасте, сочетание его пороками развития мочевыводящих путей.
3. Существует теория дисфункции иммунной системы: известно, что при эндометриозе существует дисфункция иммунной системы, проявляющаяся Т-клеточным иммунодефицитом (нарушение бластотрансформации лимфоцитов). Считается, что такая супрессия обусловленна блокадой Т-клеток иммунными комплексами. Иммунностимулирующая терапия, поэтому применяется в лечении эндометриоза.
4. Миграционная теория. Считается, что клетки эндометрия попадают в кровеносное русло и распространяются в другие органы. Считается что эндометриоз пупка, костей, кишечника является мигрирующим.

Таким образом, единой теории нет. Однако существует ряд факторов, играющих роль в развитии заболевания:

1. гормональные нарушения, которые связаны с нарушением синтеза и содержания стероидных и гонадотропных гормонов. Возникает повышенная продукция ФСГ, гиперэстрогения связанная с этими нарушениями, что приводит к активной функции эндометриоидных клеток.
2. воспалительный фактор. Трудно сказать, что является первичным, а что вторичным, либо воспалительные процесс способствовал активизации и миграции клеток эндометрия, либо сам эндометриоз способствует развитию перифокального воспаления и обеспечивается возникновения спаечного процесса. Известно, что любая локализация эндометриоза сопровождается воспалительной реакцией вокруг. Например, шоколадные кисты находятся в очень тесной связи с листками широкой связки, областью дугласового карман, и в силу своей тяжести они опускаются в дуглассов карман и развивается спаечный процесс. Маленький очажок на брюшине также сопровождается зоной инфильтрации, гиперемии вокруг очажка.
3. наследственные факторы. Также как при миоме имеет значение наследственный фактор (может прослеживаться в трех поколениях).
4. аномальное положение матки. Ретрофлексированное положение матки способствует забросу менструальной крови в первые дни, когда еще внутренний зев спазмирован. Через маточные трубы менструальная кровь забрасывается в брюшную полость. Атрезия цервикального канала, внутреннего зева - возникают после выскабливания (происходит реактивное воспаление и слипание стенок) ведет в гематометра, и заброс крови. Американские авторы подтвердили, что излитие менструальной крови в брюшную полость ведет к возникновению эндометриозу.

Клинические проявления аденомиоза. Встречается чаще диффузный, чем узловой. Различают 3 степени аденомиоза в зависимости от инвазии в различные слои. Небольшое врастание в мышечную ткань - первая степень. Вторая степень - врастание во всю мышечную ткань. Третья степень - прорастание до серозного слоя. Это проявляется отдельно существующих полостей между мышечными волокнами. Эти полости бывают разных размеров, они как правило окружены соединительнотканными оболочками. Между соединительнотканными волокнами и отмечаются полости наполненные черной тягучей жидкостью. Как правило, клинические проявления аденомиоза тяжелы, сопровождаются рядом четких проявлений и симптомов.

1. В связи с гормональными нарушениями возникают мажущие кровянистые выделения до и после менструации.
2. Кровотечение во время месячных (обильные меноррагии), в связи с чем нарастает вторичная анемия.
3. Болевой синдром выражен при любых локализациях, носит циклический характер чем и отличается от кист яичников, миомы матки. Перед менструацией происходит активная секреция в очагах эндометриоза и возникают распирающие боли. Как только начинаются менструации происходит излитие крови, резорбция из этих очагов и боли стихают. Могут поражаться тазовые сплетения. Может быть ощущение тяжести внизу живота, чувство распирания; дизурические явления. Появляются тенезмы , и связанные с ними нарушения дефекации. Эти нарушения также носят циклический характер.
4. Кровотечение не уменьшается после диагностического выскабливания полости матки.

При исследовании кроме небольшого увеличения матки мы ничего не находим, что говорит о возможно начальной стадии эндометриозе. При бимануальном исследовании: увеличение матки, неровная поверхность, плотная консистенция, болезненность при исследовании.

УЗИ: не дает яркой картины.

Гистеросальпингография: извилистые ходы в толще миометрия.

Больше никаких специальных исследований данных об эндометриозе не дают.

Лечение. Показанием к оперативному лечению является наличие аденомиоза 3 степени, прогрессирующее увеличение матки, сочетание аденомиоза с наружным эндометриозом, прогрессирующая гиперполименорея, отсутствие эффекта от проводимого лечения.

Предполагаемый объем операции: целесообразно проводить экстирпацию матки, вопрос о придатках матки решается во время операции ( если женщина молодая, то важно сохранить шейку матки и яичника). Очень важное значение имеет обнаружение эндометриоидных кист яичника - шоколадные кисты. Клинические проявления эндометриоза придатков не всегда имеют место (50%). Уменьшение или увеличение (перед менструацией) размер кисты увеличивается, что позволяет проводить дифференциальную диагностику между с ретенционными кистами, с кистомами. Эти кисты содержат измененную кровь, могут быть единичные, многокамерные и т.д. Капсула обычно плотная, содержимое типа шоколада.

Диагностика связана с появляющимися болями, бесплодием, данными УЗИ и т.д.

Эндометриоз маточных труб диагностировать очень трудно. При гистеросальпинграфии определяются законтурные тени, то есть от основного контура имеются извилистые ходы.

Эндометриоз брюшины и клетчатки заднего свода - ретроцервикальный эндометриоз (позадишеечный эндометриоз). По началу больные могут не ощущать этого заболевания. Имеется боль при половых контактах, распирающие боли во время менструации, появление тенезмов во время менструаций. Довольно часто запоры, болезненная дефекация. Нередко возникает стенозирование кишки, прорастание кишки, кровотечение из кишки. При ректороманоскопии (является необходимым исследованием при такой локализации) можно выявить втяжение слизистой стенки прямой кишки, иногда очаги эндометриоза. Также закономерна для этой формы цикличность боли.

Эндометриоз шейки матки, как правило виден, особенно в предменструальные дни. Связан с травматическим повреждением - диатермокоагуляция, диатермоэксцизия и т.п. На месте неизмененного эпителия видны ярко красные глазки 1-2 мм в диаметре. Эти глазки перед менструацией начинают кровоточить, что можно увидеть при осмотре в зеркалах.

Лечение.

В лечении эндометриоза основу составляет гормональная терапия. Хорошо зарекомендовали себя синтетические прогестины - используются в циклическом режиме, чаще всего используются норкалут, регивидон (в режиме 25 через 5, или в режиме поддержания второй фазы цикла с 12 по 17 дни). Применяется в течение 5-6 циклов. Курсы могут длительными или прерывистыми по 5-6 месяцев. Можно сочетать с оксипрогестерон капронатом (по 250 мг) - поддержание второй фазы цикла. Лечение проводится систематически, до получения эффекта. Эндометриоз рецидивирует и поэтому лечение надо постоянно повторять.

Сейчас появляются новые препараты - ингибиторы гипофизарных гормонов (ФСГ, ЛГ) - таназол, золадекс. Эти препараты ингибируют функцию выработку гипофизотропных гормонов, обеспечивающих дисбаланс при эндометриозе. Атрофируются очаги эндометриоза. Эти препараты вызывают медикаментозный кастрационный синдром (золодекс наиболее активен в этом плане). Золодекс действует 28 дней, вводится под кожу живота 1 раз в 28 дней. На курс лечения требуется 6 ампул (одна ампула стоит 250 долларов).

Используют всегда с противоспалительным лечением - тиосульфат натрия, электофорез с гидрокортизоном, лидазой, и т.д. Используют имммунокорректоры (декарис), УФО крови, антиоксиданты - токоферол. Можно применять радоновые ванны.

При неуспешном лечении надо решать вопрос об оперативном лечении. После оперативного лечения проводят противорецидивную терапию.

Позадишеечный эндометриоз гормональному лечению не подвергается. Самая главная задача - снять воспаление (противоспалительная терапия, рассасывающая терапия), так как оно часто способствует формированию стриктурам мочеточников, прямой кишки и т.д. С помощью лапароскопической и эндоскопической техники можно коагулировать мелкие очаги эндометриоза, а далее проводят противорецидивную терапию.