МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Реферат

На тему: «Методы диагностики эндометриоза. Дифференциальная диагностика»

Подготовила студентка 5 курса 2 группы

Медико-диагностического факультета(МДД)

Ганецкая Виктория Олеговна

**Гродно, 2019**

**Методы диагностики эндометриоза. Дифференциальная диагностика**

В диагностике эндометриоза большую роль играет целенаправленный сбор анамнеза. Ведущее значение имеет цикличность проявления заболевания и связь обострений с менструацией. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на семейный анамнез по женской линии (болезненные и обильные менструации у матери, сестер, перенесенные ими гинекологические заболевания и операции). Определенное значение имеют перенесенные акушерские и гинекологические операции, во время которых производилось вскрытие полости матки (кесарево сечение, вылущивание фиброматозных узлов), операции по поводу перфорации матки, внематочной беременности и т.д.

Нельзя забывать зависимость данных объективного исследования от фаз менструального цикла. Это касается размеров очагов поражения или органа. С учетом изменчивости жалоб и объективных данных целесообразно обследование больных производить в различные фазы менструального цикла.

Существенное значение имеют *дополнительные методы обследования:*

1. Гистеросальпинография проводится водными растворами контрастных веществ на 7-8-й день менструального цикла, так как в это время отторгнутый функциональный слой слизистой тела матки не мешает проникновению контрастного вещества в эндометриоидные ходы. Характерной рентгенологической особенностью внутреннего эндометриоза является наличие «законтурных теней». С целью улучшения информативности метода гистеросальпингографии в диагностике аденомиоза на кафедре акушерства и гинекологии РУДН был предложен метод, когда за сутки до исследования производилось выскабливание слизистой полости матки. Эта мера облегчала проникновение водного контраста во все ходы эндометриоидных гетеротопий. В результате информативность метода повысилась в 3 раза.
2. Гистероскопия проводится на 8-10-й день менструального цикла. При наличии внутреннего эндометриоза в области дна или боковых стенок матки видны эндометриоидные ходы в виде темно-красных отверстий, из которых выделяется кровь. При гистероскопии необходимо дифференцировать узловатую форму эндометриоза с сумбукозной миомой матки.
3. Кольпоскопия с последующей прицельной биопсией применяется для уточнения диагноза эндометриоза шейки матки.
4. Ультразвуковое исследование в последние годы получило широкое распространение для диагностики эндометриоза. Необходимо отметить, что данный метод не выявляет поверхностные имплантанты на брюшине, однако обеспечивает надежную диагностику аденомиоза, эндометриоидных кист, а также позволяет заподозрить локализацию данного патологического процесса в ректовагинальной перегородке.

Данное исследование при подозрении на внутренний эндометриоз следует осуществлять во вторую фазу менструального цикла - за несколько дней до начала менструации. При этом наибольшее внимание, особенно для диагностики начальных этапов развития эндометриоза, необходимо обращать на состояние базального слоя эндометрия. Предпочтение при проведении эхографии следует отдавать ***трансвагинальному сканированию***.

Наиболее характерными ультразвуковыми признаками внутреннего эндометриоза являются:

1. появление в миометрии отдельных участков повышенной эхогенности;
2. зазубренность и неравномерность толщины базального слоя эндометрия;
3. преимущественное увеличение передне-заднего размера матки и асимметрическое утолщение одной из ее стенок;
4. наличие в зоне повышенной эхогенности округлых анэхогенных включений диаметром 2-5 мм, а также жидкостных полостей диаметром 6-33 мм, содержащих мелкодисперсную взвесь;
5. повышение эхогенности в зоне переднего фронта образования и понижение в области дальнего фронта;
6. выявление близко расположенных повышенной и пониженной эхогенности полос, ориентированных перпендикулярно к полости сканирования.

Использование ультразвуковых критериев позволяет выявить внутренний эндометриоз I ст. в 88,5% наблюдений. Однако точный диагноз степени распространения и формы данного заболевания оказался возможным в значительно меньшем числе наших наблюдений и составил 65,4%. Точный диагноз II степени распространения внутреннего эндометриоза можно установить в 75% случаях, а наличие данного процесса – в 90%. Использование трансвагинальной эхографии позволяет установить наличие эндометриоза III ст. распространенности в 96,2%, при очаговой форме – 89,5% и узловой – 93,3%, а правильно поставить степень распространения - в 92,3%, 21% и 80% соответственно (В.Н. Демидов с соавт., 1997).

1. Лапароскопия – осмотр органов брюшной полости с помощью оптической системы - проводится во II фазу менструального цикла, но не позднее, чем за 3-4 дня до ожидаемой менструации. Процедура может включать обследование и пальпацию тупым манипулятором кишечника, мочевого пузыря, матки, труб, яичников, прямокишечно-маточного углубления и широкой связки. При диагностике эндометриоза крайне важна ***гистологическая верификация*** результатов лапароскопии не только для едва заметных участков, но даже и для типичных очагов, поскольку, по имеющимся данным, при морфогистологическом исследовании таких очагов у 24% больных признаки эндометриоза отсутствуют.
2. Определение уровня СА-125 (белок, используемый в качестве онкомаркера рака яичников и его метастазов)
3. Компьютерная томография.
4. Ядерно-магнитный резонанс.
5. Фиброколоноскопия.

Дифференциальный диагноз

Эндометриоз в зависимости от его локализации приходится дифференцировать с различными заболеваниями половых органов.

***Эндометриоз матки (аденомиоз)*** чаще всего приходится дифференцировать с миомой матки (обычно с субмукозным миоматозным узлом). При наличии подслизистой миомы менструации становятся беспорядочными, ациклическими, т.е. приобретают характер метроррагий. Для эндометриоза характерны меноррагии. При субмукозной миоме анемия, как правило, стабильная и нарастает в зависимости от кровопотери. При аденомиозе анемия после менструации сравнительно быстро ликвидируется. В плане диагностики применяются такие методы, как гистеросальпинография и гистероскопия.

Чтобы отдифференцировать это заболевание от рака эндометрия, применяют раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием.

***Эндометриоз яичников*** необходимо дифференцировать с опухолевидными образованиями воспалительного характера, доброкачественными и злокачественными опухолями, туберкулезом придатков матки.

***Эндометриоз шейки матки*** дифференцируют с такими заболеваниями, как эрозия шейки матки, эндоцервицит, эритроплакия, рак шейки матки.

***Ретроцервикальный эндометриоз***характеризуется медленным ростом эндометриоидного образования, отсутствием склонности к распаду, изъязвлений и кровоточивости ткани, а также наличием «синюшных глазков». Проводя дифференциальную диагностику ретроцервикального эндометриоза с раком прямой кишки, влагалища, раком яичника III – IV ст. необходимо помнить, что у таких больных происходят значительные изменения в формуле крови, часто возникает асцит, обращает на себя внимание общее состояние больной и другие признаки раковой патологии.