Карагандинский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

СРС

На тему: «Генитальный эндометриоз»

Выполнила: студентка 4-093 гр. ОМФ

Махонина Н. В.

Проверила: Скворцова А.В.

Караганда 2015

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз - патологический процесс, формирующийся на фоне нарушенных гормонального и иммунного гомеостазов и характеризующийся ростом и развитием ткани, идентичной по структуре и функции с эндометрием, за пределами границ нормальной локализации слизистой оболочки тела матки.

Гистологическое строение эндометриоза во многом напоминает строение эндометрия (сочетание железистого эндометриоподобного эпителия и цитогенной стромы), однако, в отличие от неизмененной слизистой тела матки, эндометриоидная ткань менее подвержена циклическим превращениям - в частности, под влиянием прогестерона в очагах эндометриоза не происходит полноценной секреторной трансформации и, в целом, эндометриоз слабо реагирует на воздействие экзогенных гормонов.

Макроскопически эндометриоз может иметь форму узлов, инфильтратов и кистозных образований, полость которых заполнена геморрагическим содержимым (густая коричневая жидкость, по внешнему виду напоминающая шоколад). Узлы эндометриоза формируются в результате проникновения в ткани, окружающих фокусы эндометриоза, менструальноподобных кровянистых выделений, протеолитических и липолитических ферментов, выделяемых патологическими имплантатами, а также продуктов деструкции тканей, образующихся в зоне эндометриоза. Подобное развитие эндометриоидных узлов определяет особенность их строения - отсутствие в них окружающей соединительнотканной капсулы.

Следует отметить, что эндометриоз обладает способностью к инфильтрирующему росту в окружающие ткани и органы с деструкцией последних. Эта особенность обусловлена способностью эндометриоза выделять липолитические и триполитические ферменты. Эндометриоз способен распространяться по кровеносным и лимфатическим сосудам, а так же диссеминироваться в результате нарушения целостности стенок его кистозных форм, то есть эндометриоз обладает метастатическими свойствами.

Отсутствие окружающей соединительнотканной капсулы, способность к инфильтрирующему росту и метастазированию - сближают эндометриоз с опухолевым процессом. Отсутствие клеточного атипизма, прогрессивного автономного роста и явная взаимосвязь между клиническими проявлениями эндометриоза и состоянием менструальной функции являются отличием эндометриоза от опухолевого процесса.

Принципы классификации эндометриоза

В настоящее время принято выделять генитальный (локализация патологического процесса во внутренних и наружных половых органах) и экстрагенитальный эндометриоз (развитие эндометриоидных имплантатов в других органах и системах организма женщины). В свою очередь генитальный эндометриоз подразделяется на внутренний (тело матки, её перешеек, интерстициальные отделы маточных труб) и наружный (наружные половые органы, влагалище и влагалищная часть шейки матки, ретроцервикальная область, яичники, маточные трубы, брюшина, выстилающая углубления малого таза). Учитывая особенностиклиники, диагностики и лечения, наружный генитальный эндометриоз целесообразно классифицировать по отношению к брюшине: внутрибрюшной (перитонеальный) эндометриоз (яичники, маточные трубы, брюшины, выстилающая углубления малого таза) и экстраперитонеальный эндометриоз (наружные половые органы, влагалище, влагалищная часть шейки матки, ретроцервикальная область).

Этиология эндометриоза

Общепризнанными этиологическими факторами, определяющими возникновение эндометриоза являются: возраст, расовая принадлежность, социально-экономическое положение, наследственность, гормональные и иммунологические нарушения.

Возраст. Эндометриоз - заболевание репродуктивного периода, так как связь между уровнем эстрогенов и развитием патологического процесса доказана. Средний возраст пациенток с эндометриозом 25-40 лет.

Расовая принадлежность и социально-экономический статус переплетаются. Более высокая распространенность эндометриоза среди белых женщин, чем среди представительниц негроидной и монголоидной рас. В то же время низкие социально-экономические условия присутствуют в ряде стран и регионов, чьё основное население негроиды и монголоиды.

Наследственность. Одним из доказательств генетической предрасположенности к эндометриозу являются дерматоглифические особенности у данного контингента больных. Исследования, проведенные А.Н. Барановым, обнаружили изменения кожного рельефа ладоней и пальцев у больных эндометриозом, что, по мнению автора, отражает потенциальную возможность развития эндометриоидных имплантатов.

К другим этиологическим факторам эндометриоза, относят ожирение, позднее начало половой жизни и поздние роды, осложненные роды, аборты, позднее наступление менархе, использование оральных контрацептивов.

Патогенез развития эндометриоза

Точный механизм патогенеза все еще неизвестен. Существуют 3 основные теории развития эндометриоза.

. Теория Сэмпсона (Sampson). Она объясняет возникновение очагов эндометриоза прямой имплантацией клеток эндометрия, попавших на новое место путем ретроградного тока менструальной крови. Данная теория объясняет наиболее частую локализацию эндометриоидных очагов в области таза и тазовых органов. С ее помощью можно объяснить появление эндометриоза в местах абдоминальных или эпизиотомных разрезов и рубцов.

. Теория Хальбана (Halban) предполагает диссеминацию эндометриоидных клеток по кровеносным и лимфатическим сосудам. Эта теория позволяет объяснить возникновение отдаленных очагов эндометриоза, например, в таких местах, как лимфатические узлы, плевральная полость и почки.

. Теория Мейера (Meyer) предполагает, что полипотентные клетки брюшной полости могут подвергаться целомической метаплазии, и при определенных условиях способны превращаться в функциональную эндометриальную ткань.

Каждая из этих теорий имеет доказательства в свою пользу. Но для объяснения разнообразия форм и локализаций эндометриоза требуется не одна, а несколько теорий. В основе заболевания может лежать пока еще не обнаруженный иммунологический фактор, что может объяснить, почему в аналогичных условиях у одних женщин эндометриоз развивается, а у других нет.

Клинические формы эндометриоидной болезни (В.П. Баскаков и соавт., 2002)

Эндометриоидная болезнь.

Генитальная форма:

• матки;

• яичников;

• маточных труб;

• наружных половых органов;

• ретроцервикальный эндометриоз;

• влагалища;

• брюшины малого таза.

Сочетанная форма

Экстрагенитальная форма:

• кишечника;

• органов мочевой системы;

• послеоперационных рубцов;

• легких;

• других органов.

Клиника

Характерна цикличность симптомов, то есть они связаны с менструациями. Активность очагов эндометриоза наступает перед и во время месячных. После окончания менструаций вся симптоматика исчезает. Симптомы:

) Нарастающие боли перед менструациями и прекратившиеся боли с началом их (на 1-2-3-й день) характерны для эндометриоза. Вначале боли носят не очень интенсивный характер. По мере развития процесса интенсивность болей усиливается и они становятся невыносимыми. Женщин госпитализируют с острым аппендицитом, острым воспалительным процессом, кишечной коликой, почечной коликой и т.д. Боли становятся распирающими, охвачен весь низ живота, поясница. Боль не устраняется анальгетиками, обезболивающими свечами и т.д., иногда приходится прибегать к наркозу. С каждым циклом характер болей нарастает. Боли связаны с растяжением капсулы очага, а прекращение их связано с резорбцией содержимого.

) Появление кровянистых выделений перед менструацией (мажущие, темного "шоколадного" цвета). Они особенно характерны для аденомиоза матки. У очагов эндометриоза имеются мелкие ходы, через которые выделяется их содержимое. После окончания месячных эти выделения также могут быть, но реже.

) Нарастающая анемия, так как менструальные кровопотери становятся более значительными. Матка плохо сокращается, потеря крови значительная. В течении года у женщины может выявиться анемия, которая уже существует как диагноз.

) Общее состояние женщин перед менструацией страдает. Появляются головные боли, нервозность, ухудшение настроения, снижется работоспособность, бессонница. Женщина боится болей.

) Тазовые ишалги, поясничные боли. Предменструальные боли постепенно приводят к нарушениям иннервации, воспалительным процессам со стороны тазовых нервных сплетений. Ишалгии, люмбаго, радикулиты очень характерны для этих больных.

) По мере миграции эндометриоза в близлежащие органы появляется клиника и симптоматика со стороны близлежащих органов малого таза. Чаще всего это стреляющие боли в прямой кишке при прорастании эндометриоза в стенку прямой кишки. Может быть даже стенозирование прямой кишки. Может быть стенозирование мочевого пузыря и устьев мочеточников. Появляются расстройства мочеиспускания, цисталгии. Затем может развиться гидронефроз, пиелонефрит.

Малые формы эндометриоза иногда протекают бессиптомно. Например эндометриоз шейки матки. Развивается часто после коагулирования эрозии шейки матки. Клетки эндометрия мигрируют на несвойственное место - шейку матки. Видны петехии, точечные кровоизлияния, которые могут кровоточить перед менструацией.

Эндометриоидные "шоколадные" кисты яичников как правило начинаются с бессимптомного течения. В последствии возникают боли справа или слева внизу живота, в области придатков. Можно обнаружить опухолевидное образование, которое в силу своей цикличности может увеличиваться перед менструацией и несколько уменьшаться после ее окончания.

Позадишеечный эндометриоз или эндометриоз заднего свода влагалища проявляет себя тоже предменструальной кровоточивостью. Пальпаторно определяется бугристое утолщение в заднем своде. Оно не связано связанно с маткой, а находится в клетчатки заднего свода, и которое тоже уменьшается после менструации и увеличивается за неделю - 10 дней до менструации.

Объективные методы исследования

УЗИ. Четко видна "шоколадная" киста яичников. Плотная, толстая капсула, абсолютно не смещаемый яичник, содержимое не абсолютно жидкостное (с включениями). Остальные участки эндометриоза практически не лацируются, за исключением аденомиоза матки. Видны мелкоячеистые кистозные включения в толще миометрия.

При гистеросальпингографии часто случайно обнаруживается эндометриоз, Обнаруживаются извитые, извилистые ходы, которые проникают из полости матки в толщу миометрия (заполняются контрастным веществом).

Гормональные исследования как правило подтверждают ановуляторные циклы. Имеются недостаточность гормона желтого тела, гиперэстрогения. Такая же гормональная картина может быть при другой патологии, без эндометриоза.

Клиника играет главенствующую роль при постановке диагноза.

Для уточнения диагноза используется лапороскопия. Это используется для подтверждения эндометриоза брюшины, яичников, маточных труб.

Эндометриоз тела матки (аденомиоз). Аденомиоз - форма генитального эндометриоза, при которой гетеротопии эндометриоидной ткани обнаруживаются в миометрии.

Макроскопически эндометриоз тела матки проявляется увеличением матки, гиперплазией миометрия за счет ячеистости стенки. В зоне эндометриоза возможно также появление кистозных полостей с геморрагическим содержимым или формирование узловых элементов с преобладанием стромальной эндометриоидной ткани.

Эндометриоз перешейка и тела матки (аденомиоз) может иметь диффузный, очаговый или узловатый характер. Выделяют 4 стадии распространения внутреннего эндометриоза матки (аденомиоза) в зависимости от глубины инвазии эндометрия в толщу мышечного слоя (Б.И. Железнов, А.Н Стрижаков, 1985; Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, 1998).

Классификация аденомиоза:стадия - поражение слизистой оболочки до миометрия.стадия - поражение до середины толщины миометрия.стадия - поражение эндометрия до серозного покрова.стадия - поражение париетальной брюшины.

Клиническая картина. Ведущим симптомом заболевания является альгодисменорея. Болевой синдром развивается постепенно; наиболее выраженными при эндометриозе бывают боли в первые дни менструации, когда происходит отторжение слизистой матки (десквамация эндометрия). Сильными боли бывают при поражении перешейка матки, крестцово-маточных связок и при эндометриозе добавочного рога матки. Для определения локализации эндометриоза учитывают иррадиацию болей: при поражении углов матки боли отдают в соответствующую паховую область, при эндометриозе перешейка матки - в прямую кишку или влагалище. Как правило, с окончанием менструации болевые ощущения исчезают или значительно ослабевают.

Менструальная функция нарушается по типу менометроррагии. Менструации бывают обильными и продолжительными (гиперполименорея), кроме того, патогномонично появление сначала мажущих темных кровяных выделений за 2-5 дней до менструации и в течение 2-5 дней после нее. При распространенных формах аденомиоза к меноррагиям могут присоединиться маточные кровотечения в межменструальный период (метроррагии).

Вследствие мено- и метроррагии у больных с аденомиозом развиваются постгеморрагическая анемия и все проявления, связанные с хроническими кровопотерями: нарастающая слабость, бледность или желтушность кожных покровов и видимых слизистых, повышенная утомляемость и сонливость, снижение критической оценки своего заболевания.

Диагностика. После сбора анамнеза и физикального осмотра проводят гинекологическое исследование, которое более информативно накануне менструации. В зависимости от выраженности аденомиоза величина матки может быть в пределах нормы или соответствовать 5-8 нед беременности. При пальпации консистенция матки плотная, при узловой форме поверхность ее может быть неровной. Накануне и во время менструации пальпация матки болезненна.

При поражении перешейка матки отмечаются его расширение, повышенная плотность и болезненность при пальпации, особенно в области прикрепления крестцово-маточных связок. Болезненность выражена накануне, во время и после менструации. Кроме того, нередко при поражении перешейка матки наблюдается ограничение подвижности матки и усиление болезненности при смещении матки вперед.

Ультразвуковая сонография. Для детальной оценки структурных изменений эндометрия и миометрия применяют УЗИ с использованием трансвагинальных датчиков, точность диагностики эндометриоза превышает 90%.

Наиболее информативно УЗИ во вторую фазу менструального цикла (на 23-25-й день менструального цикла).

Общими эхографическими признаками аденомиоза являются увеличение переднезаднего размера матки, участки повышенной эхогенности в миометрии, небольшие (до 0,2-0,6 см) округлые анэхогенные включения. Узловая форма эндометриоза отражается на сонограммах зоной повышенной эхогенности круглой или овальной формы с ровными и нечеткими контурами, в ряде случаев с небольшими анэхогенными включениями. Аденомиозный узел отличается от миомы отсутствием псевдокапсулы и нечеткими контурами. При очаговой форме аденомиоза преобладает кистозный компонент в области поражения с перифокальным уплотнением, неровностью и зазубренностью контуров в пораженном участке.

Для повышения информативности УЗИ в диагностике начальных форм эндометриоза применяют гидросонографию. При аденомиозе определяются небольшие (1-2 мм) анэхогенные трубчатые структуры, идущие от эндометрия к миометрию. В базальном слое эндометрия наблюдаются небольшие (1-2 мм) гипоэхогенные включения. Толщина базального слоя эндометрия неравномерна, в субэпителиальных слоях миометрия выявляют отдельные участки повышенной эхогенности (4 мм).

Информативность рентгенологической гистеросальпингографии при эндометриозе достигает 85%. На рентгенограммах увеличена площадь полости матки, определяются деформация и зазубренные края контура полости матки. Для повышения точности исследования необходимо выскабливание слизистой матки накануне менструации. После удаления функционального слоя эндометрия при контрастировании происходит заполнение ходов эндометриоидных гетеротопий, что позволяет получить законтурные тени при аденомиозе.

Диагностическая ценность гистероскопии колеблется от 30 до 92%. Гистероскопические признаки аденомиоза зависят от его формы и выраженности. В.Г. Бреусенко и соавт. (1997) предложили гистероскопическую классификацию аденомиоза:стадия: рельеф стенок не изменен, определяются эндометриоидные ходы в виде «глазков» темно-синюшного цвета или открытые кровоточащие. Стенки матки при выскабливании обычной плотности.стадия: рельеф стенок матки неровный, имеет вид продольных или поперечных хребтов или разволокненной мышечной ткани, просматриваются эндометриоидные ходы. Стенки матки ригидны, полость матки плохо растяжима. При выскабливании стенки матки плотнее, чем обычно.стадия: на внутренней поверхности матки определяются выбухания различной величины без четких 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.

Признаки пришеечного аденомиоза: неровный рельеф стенки матки на уровне внутреннего зева и эндометриоидные ходы, из которых струйкой вытекает кровь.

Данная классификация позволяет определить тактику лечения. Отсутствие эндоскопических признаков аденомиоза не исключает очагов и узлов аденомиоза в интерстициальных и субсерозных отделах миометрия.

Диагностическая ценность магнитно-резонансной томографии превышает 90%. Диагностика основывается на увеличении переднезаднего размера матки, выявлении губчатой структуры миометрия при диффузной форме и узловой деформации при очаговой и узловой формах аденомиоза.

Эндометриоз шейки матки. Распространенность эндометриоза данной локализации связана с повреждениями во время гинекологических манипуляций. Травма во время родов, абортов и различные манипуляции могут способствовать имплантации эндометрия в поврежденные ткани шейки матки. Возможен эмбриональный путь возникновения эндометриоза шейки матки - из элементов мюллерова бугорка первичной вагинальной пластинки. Кроме того, не исключается лимфогенное и гематогенное распространение эндометриоза на шейку матки из других очагов.

В зависимости от глубины поражения различают эктоцервикальный и эндоцервикальный эндометриоз влагалищной части шейки матки, реже эндометриоидные гетеротопии поражают цервикальный канал.

Диагностика. В ряде случаев эндометриоз шейки матки клинически никак себя не проявляет и диагностируется при гинекологическом осмотре. При эндометриозе шейки матки могут быть жалобы на появление мажущих коричневых и темных кровяных выделений накануне менструации или при половом контакте. Боли наблюдаются при атрезии цервикального канала или эндометриозе перешейка матки.

При гинекологическом исследовании важен тщательный осмотр шейки матки в зеркалах. Эндометриоз определяется в виде узелковых или мелкокистозных очагов красного или темно-багрового цвета. Эндометриоидные гетеротопии значительно увеличиваются накануне или во время менструации. В этот период отдельные очаги могут вскрываться и опорожняться. По окончании менструации эндометриоидные гетеротопии уменьшаются и бледнеют.

При кольпоскопии проводится дифференциальная диагностика между кистами наботовых желез, псевдоэрозией, эритроплакией, полипами слизистой оболочки цервикального канала, эктропионом и эндометриозом шейки матки.

Данные цитологического исследования отпечатков со слизистой оболочки шейки матки малоинформативны для диагностики эндометриоза, но позволяют судить о состоянии многослойного плоского эпителия шейки матки и выявляют клеточную атипию.

Цервикоскопия используется в комплексном исследовании при эндометриозе шейки матки и позволяет диагностировать парацервикальное распространение эндометриоза при боковых дефектах слизистой оболочки. У пациенток с ациклическими кровяными выделениями и контактными кровотечениями проводят гистероцервикоскопию и раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки.

Эндометриоз влагалища и промежности. Влагалище и промежность чаще поражаются эндометриозом вторично при прорастании из ретроцервикального очага, реже - в результате имплантации частиц эндометрия в поврежденный участок во время родов.

Ведущей жалобой при эндометриозе данной локализации являются боли во влагалище от умеренных до очень сильных и мучительных. Боли появляются циклически, усиливаются при половых контактах, накануне и во время менструации. Сильные боли наблюдаются при вовлечении в процесс промежности и наружного сфинктера прямой кишки. Дефекация сопровождается сильной болью в периоды обострения.

Диагностика основана на жалобах, связанных с менструальным циклом, и данных гинекологического исследования, которое включает осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах, двуручное влагалищно-абдоминальное и ректовагинальное исследования. В толще стенки влагалища или прямокишечно-влагалищном углублении пальпируются плотные болезненные рубцы, узлы или утолщения. Слизистая оболочка влагалища может содержать коричневые или темно-синие очаги. Накануне и во время менструации эндометриоидные гетеротопии увеличиваются и могут кровоточить.

Для выявления распространенности процесса используют дополнительные методы исследования: ректороманоскопию, УЗИ органов малого таза, лапароскопию.

Для уточнения характера поражения влагалища проводится гистологическое исследование биоптата.

Ретроцервикальный эндометриоз. Распространенность ретроцервикального эндометриоза среди всех локализаций эндометриоза колеблется от 0,5 до 6,5%. При ретроцервикальном эндометриозе патологический процесс локализуется в проекции задней поверхности шейки матки и ее перешейка на уровне крестцово-маточных связок. Очаги способны к инфильтративному росту, обычно в направлении прямой кишки, заднего свода влагалища и влагалищно-прямокишечного углубления.

Выделяют 4 степени распространения ретроцервикального эндометриоза:степень - эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки;степень - эндометриоидная ткань прорастает в шейку матки и стенку влагалища;степень - патологический процесс распространяется на крестцово-маточные связки и прямую кишку до ее слизистой оболочки;степень - в патологический процесс вовлекаются слизистая оболочка прямой кишки, брюшина прямокишечно-маточного углубления с образованием спаек в области придатков матки.

Клиническая картина. Жалобы при ретроцервикальном эндометриозе обусловлены близостью прямой кишки и тазового нервного сплетения. Больные жалуются на ноющие боли в глубине таза, внизу живота и пояснично-крестцовой области. Накануне и во время менструации боли усиливаются, могут становиться пульсирующими или дергающими, отдавать в прямую кишку и влагалище. Реже боли иррадируют в боковую стенку таза, в ногу. Больные могут жаловаться на запоры, иногда выделение слизи и крови из прямой кишки во время менструации. При прорастании ретроцервикального эндометриоза в задний свод влагалища появляются синюшные «глазки», которые кровоточат при половых контактах. Тяжелый эндометриоз в 83% наблюдений становится причиной периодической нетрудоспособности и в значительном числе наблюдений имитирует заболевания других органов.

Диагностика. Учитывают жалобы больных и данные гинекологического осмотра. При ретроцервикальном эндометриозе пальпируется плотное образование в ректовагинальной клетчатке позади шейки матки. Достаточно информативны данные УЗИ, при котором определяются неоднородное по эхоплотности образование под шейкой матки, сглаженность перешейка и нечеткий контур прямой кишки. Для уточнения распространенности процесса необходимы ректороманоскопия, колоноскопия, экскреторная урография, цистоскопия, магнитно-резонансная томография.

Эндометриоз яичников. Яичники могут поражаться эндометриозом в результате его распространения гематогенным и лимфогенным путем. Возможен также имплантационный и эмбриональный генез заболевания.

Эндометриоидные гетеротопии представляют собой псевдокисты диаметром до 5-10 мм, заполненные бурой массой. Наиболее часто эндометриоз яичников локализуется в корковом слое яичников, распространенный эндометриоз поражает и мозговой слой. Стенки гетеротопии состоят из слоев соединительной ткани. При слиянии очагов эндометриоза образуются эндометриомы («шоколадные кисты»), стенки которых выстланы цилиндрическим или кубическим эпителием.

Выделяют несколько гистологических разновидностей эндометриоза яичников: железистый, кистозный, железисто-кистозный и стромальный. Железисто-кистозный эндометриоз обладает наибольшей способностью к пролиферативному росту и малигнизации. При слиянии нескольких эндометриоидных гетеротопии на яичнике возникает эндометриома или эндометриоидная псевдокиста. Стенки кисты состоят из слоев соединительной ткани, крупные эндометриоидные кисты выстланы цилиндрическим или кубическим эпителием. В цитогенной строме и ткани пораженного яичника часто обнаруживаются эндометриоидные железы. Содержимое эндометриоидных псевдокист представлено темно-бурой массой, богатой гемосидерином.

Клиническая картина. Эндометриоз яичников до определенного времени может себя никак не проявлять. При микроперфорациях в эндометриоидных гетеротопиях или эндометриомах в патологический процесс вовлекается париетальная и висцеральная брюшина, происходит дальнейшее распространение очагов эндометриоза и формирование спаечного процесса. Появляются жалобы на тупые ноющие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку и промежность. Боли усиливаются во время менструации. Спаечный процесс и распространение очагов эндометриоза по брюшине усиливают боли при физических нагрузках и половых контактах. У 70% больных эндометриозом яичником отмечаются альгодисменорея и диспареуния.

Диагностика. На наружный эндометриоз с вовлечением яичников на ранних этапах заболевания указывает хронический болевой синдром. Мелкокистозные гетеротопии эндометриоза не приводят к заметному увеличению яичников и при гинекологическом осмотре практически не диагностируются. С формированием спаечного процесса может быть ограничена подвижность матки, яичники пальпируются в едином конгломерате с маткой. Данные гинекологического осмотра и дополнительных методов исследования более информативны, когда образуются эндометриомы (эндометриоидные кисты). Эндометриомам свойственны двустороннее поражение, локализация кзади от матки, ограничение ее подвижности и болезненность при пальпации. Эндометриомы имеют тугоэластическую консистенцию, их диаметр варьирует от 4 до 15 см. Объем эндометрием изменяется в зависимости от фазы менструального цикла: до менструации эндометриомы меньше, чем после менструации.

При мелких эндометриоидных гетеротопиях яичников их ультразвуковая визуализация затруднена. Косвенными признаками поражения эндометриозом яичника служат гипоэхогенные включения на поверхности яичника, утолщение белочной оболочки вследствие формирования периовариальных спаек. При формировании эндометриомы информативность УЗИ возрастает до 87-93%. Эхографически эндометриомы имеют округлую форму с выраженной эхопозитивной капсулой, мелкодисперсную эхопозитивную взвесь на фоне жидкостного содержимого, локализацию позади матки. Поражение обычно двустороннее.

Наибольшую диагностическую ценность при эндометриозе яичников представляет лапароскопия. При лапароскопии определяют включения в строме яичника небольших размеров (2-10 мм) синюшного или темно-коричневого цвета, иногда с подтеканием темной крови. Эндометриомы имеют белесоватую капсулу с выраженным сосудистым рисунком и гладкой поверхностью. Капсула эндометриом нередко интимно спаяна с задней поверхностью матки, маточными трубами, париетальной брюшиной, серозным покровом прямой кишки.

Эндометриоз маточной трубы. Эндометриоз маточных труб составляет от 7 до 10%. Эндометриоидные очаги поражают мезосальпинкс, могут располагаться на поверхности маточных труб. Сопутствующий спаечный процесс может способствовать нарушению функциональной полноценности трубы.

Основным методом диагностики эндометриоза маточных труб является лапароскопия.

Эндометриоз брюшины малого таза. В развитии эндометриоза брюшины малого таза большую роль играет взаимодействие мезотелиоцитов брюшины и элементов эндометрия. Возникновению эндометриоза брюшины может способствовать ретроградный заброс менструальной крови при определенных изменениях эндокринной и иммунной систем.

Выделяют два основных варианта перитонеального эндометриоза. При первом эндометриоидные поражения ограничены брюшиной малого таза, при втором варианте, кроме гетеротопий по брюшине, эндометриоз поражает яичники, матку, маточные трубы.

Малые формы эндометриоза долго не проявляют себя клинически. Однако частота бесплодия при изолированных малых формах эндометриоза может достигать 91%. При распространении и инвазии очагов эндометриоза в мышечный слой прямой кишки, параректальную клетчатку появляются тазовые боли, диспареуния, больше выраженные накануне менструации и после нее.

Диагностика. Основным методом диагностики является лапароскопия, которая позволяет выявить патологические изменения.

Эндометриоидные гетеротопий на брюшине имеют различные морфологические проявления:

•атипичные (непигментированные, белесоватые) везикулы;

•гемморагические везикулы;

•пигментированные желто-коричневые бугорки и пятна;

•типичные (синие, фиолетовые, черные) поверхностные и глубокие инфильтрированные гетеротопии.

Лечение

эндометриоз гормональный терапия диагностика

Ставится вопрос: "Следует ли проводить операцию или ограничиться консервативным лечением?"

Имеются показания к хирургическому лечению:

) например аденомиоз матки III степени (I степень - прорастание только эндометрия и начала миометрия, II степень - прорастание миометрия, III степень - прорастание всех слоев); степень определяется по клинике, УЗИ, бимануальному исследованию;

) сочетание аденомиоза с нарушенным эндометриозом;

) прогрессирующая гиперполименоррея, сопровождающаяся хронической анемией;

) нет эффективности от гормонального лечения.

При лапаротомии объем операции - удаление пораженного органа. Удаление эндометриоидной кисты яичника производится в исключительных случаях. Очень молодая женщина, есть шанс удалить консервативно, имеется часть яичника, которую можно оставить, есть надежда на эффективность противорецидивной терапии. Если имеется полное поражение ткани яичника производится овариэктомия.

При аденомиозе матки выполняется либо надвлагалищная ампутация матки, либо экстирпация матки. Если есть необходимость. то проводят самый большой объем операции - экстирпация матки с придатками.

При лапароскопических операциях коагулируют небольшие очаги эндометриоза в яичнике, на брюшине. Можно удалить придатки матки с эндометриоидной кистой.

Основной способ лечения - гормональный. Задачей является подавление гиперэстрогениии, подавить выработку ФСГ, повысить уровень ЛГ. Препараты должны содержать гестогенные компоненты. Это основа лечения эндометриоза. Используется норкалут, нон-овлон во 2-й фазе менструального цикла. Норкалут с 15 по 25 день менструального цикла по 1 таблетки в течении длительного периода для лечения и противорецидивной терапии.

Для гормональной терапии применяют:

• комбинированные синтетические эстроген-гестагенные препараты - фемоден, микрогинон, ановлар, овидон, марвелон, ригевидон, диане-35 и др.;

• прогестины, препараты без эстрогенного компонента - дюфастон, примолют-нор, норколут, оргаметрил, депостат, оксипрогестерона капронат и др.;

• антигестагены - гестринон (неместран);

• антигонадотропины - даназол (дановал, данол, даноген);

• агонисты гонадотропин-рилизинг гормона - золадекс, декапептил-депо, супрефект-депо и др.;

• антиэстрогены - торемифен, лейпрорелин, тамоксифен;

• анаболические стероиды - ретаболил, метиландростендиол и др.;

• андрогены - тестостерон, сустанон-250, метилтестостерон.

Наиболее перспективными в терапии эндометриоидной болезни считаются прогестагены, антигонадотропные препараты и агонисты ГнРГ. Другие препараты (эстроген-гестагенные и гестагены) можно применять с целью профилактики эндометриоза, а также для регуляции менструальной функции.

Наиболее активными являются два препарата:

) Гонозол (доновал) - ингибитор гипофизарных гормонов. Снижает количество ферментов яичников обеспечивающих стероидогенез. снижает синтез половых гормонов в печени, способствует иммунному ответу против очагов эндометриоза. Используется в капсулах по 200-400 мг ежедневно в течении длительного времени (6 месяцев). Имеет место подавление менструальной функции. Особенно хорош гонозол как противорецидивный препарат. Назначается после операции на 4-6 месяцев.

) Золадекс. Выпускается английской фирмой Zeneca. Препарат опробирован был на лечении рака предстательной железы. Является синтетическим аналогом гонадотропного релизинг-гормона, который уменьшает концентрацию эстрогенов и воздействует на гипофиз, вызывает активный выброс ЛГ. Концентрация гормонов падает и менструальный цикл прекращается. Золадекс прекращает функционирование эндометриоидных очагов, а также рекомендуется перед операцией.

Противоваспалительная терапия. Должна включать различные рассасывающие препараты, физиотерапию (электрофорез, микроклизмы с йодистым калием или с тиосульфатом натрия), гиперборическую оксигенацию, антиоксидантную терапию.

Стимуляция иммунитета. Используется тимоген, тимолин, Т-активин, УФО крови, лазер, левомизол.

Ферментные препараты: лидаза, гиалуронидаза. Радоновые воды. Электрофорезы с медью, цинком.

При неэффективности лечения необходимо прибегать к оперативному лечению с последующей противорецидивной терапией.

Прогноз. Эндометриоз - рецидивирующее заболевание, частота рецидивов составляет 5-20% в год, кумулятивный риск в течение 5 лет - 40%. Частота рецидивов через 5 лет после лечения аналогами гонадолиберина при нераспространенных формах эндометриоза составляет 37%, при тяжелых - 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.

Профилактика эндометриоза заключается в диагностике заболевания на ранних стадиях. При хирургическом лечении эндометриоза следует помнить об имплантационном распространении эндометриоидных гетеротопий и избегать контакта эндометрия и тканей, пораженных эндометриозом, с брюшиной и операционной раной.

Список использованной литературы

1. Баскаков В.П. Эндометриозы. «Медицина», Москва 1966.

. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. «Медицина», Москва 1990

. Железное Б.И., Стрижаков А.И. Генитальный эндометриоз. «Медицина», Москва 1985

. http://gi5.ru/32-endometrioz.html