

Западно- Казахстанский Государственный Медицинский Университет имени Марата Оспанова

Самостоятельная работа обучающегося

Дисциплина: Гинекология

Кафедра: Акушерство и Гинекология

Курс:4

Тема: Генитальный эндометриоз

Форма выполнения: презентация

Подготовила: Саркулова А.

Группа :418 «А»

Проверила: Шиканова С.Ю.

Актобе 2016 год

План:

- ▶ Введение
- 1. Определение
- 2. Классификация
- 3. Факторы, влияющие на возникновение и последующее развитие эндометриоза
- 4. Этиология и патогенез
- 5. Клиника
- 6. Диагностика
- 7. Лечение
- 8. Прогноз
- ▶ Список литературы

Введение

На современном этапе проблема генитального эндометриоза приобрела особую значимость в связи с его неуклонным ростом в структуре гинекологической патологии (на 10% за последние годы). Заболевание поражает от 12 до 50% женщин репродуктивного возраста, приводя к бесплодию в 50-80% случаев. При этом на долю аденомиоза приходится от 27 до 53% случаев. Однако точно судить о распространенности этого заболевания трудно, поскольку нет четких эпидемиологических исследований.

Изучению проблемы генитального эндометриоза посвящено огромное число исследований в отечественной и зарубежной литературе. Несмотря на это, последние научные разработки указывают на неоднозначность в определении как этиологии, так и патогенеза данного заболевания.

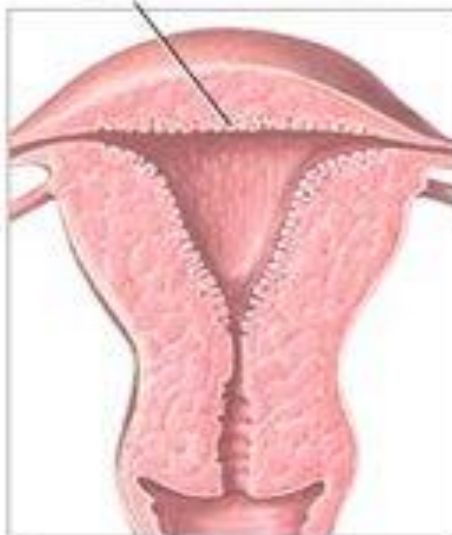
Термин «эндометриоз» впервые был предложен в 1992 году Blair Bell. Некоторые исследователи до настоящего времени определяют эндометриоз, как «эктопическое расположение эндометрия». По мнению других авторов, однако, эндометриоз - это наличие вне матки не эндометрия, а тканей, гистологически «подобных эндометрию» .

В работах Б.И. Железнова и А.Н. Стрижакова (1985) и ряда других исследователей подчеркивается, что **эндометриоз** - это эндометриоидные разрастания за пределами обычной локализации эндометрия, т.е. может быть и в теле самой матки - «внутренний эндометриоз» и вне матки - «наружный эндометриоз»

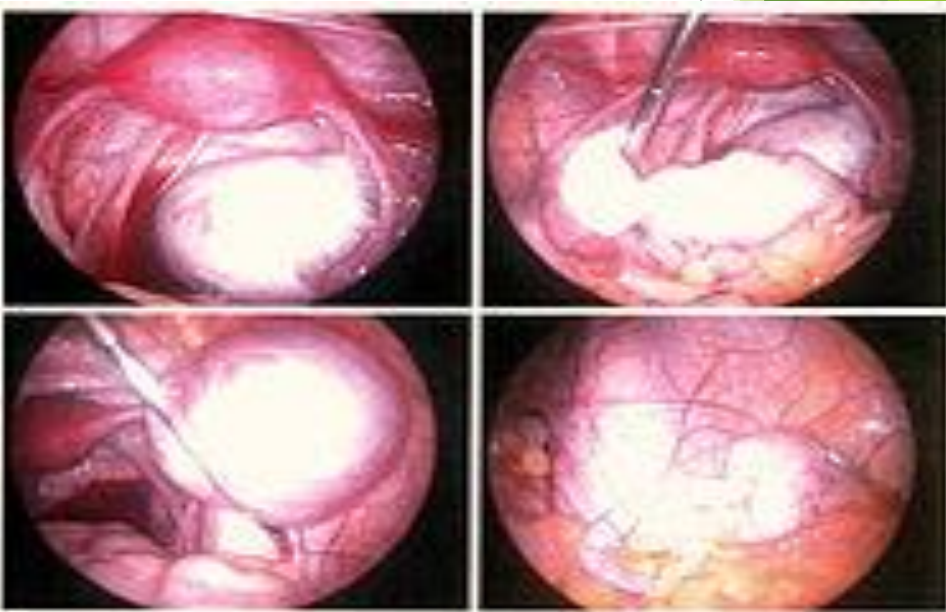
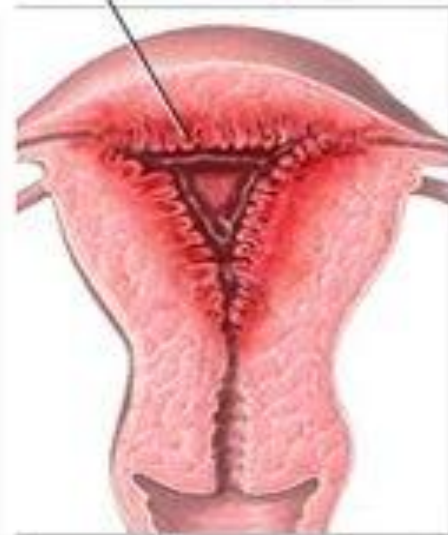
Эндометри́оз -распространённое гинекологическое заболевание, при котором клетки эндометрия (внутреннего слоя стенки матки) разрастаются за пределами этого слоя. Развивается у женщин репродуктивного возраста.

Поскольку эндометриоидная ткань имеет рецепторы к гормонам, в ней возникают те же изменения, что и в нормальном эндометрии, проявляющиеся ежемесячными кровотечениями. Эти небольшие кровотечения приводят к воспалению в окружающих тканях и вызывают основные проявления заболевания: боль, увеличение объёма органа, бесплодие.

Здоровая слизистая

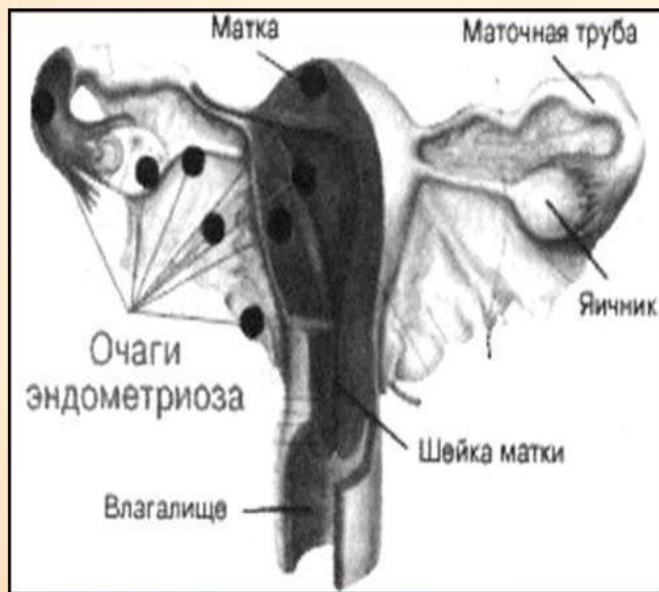


Эндометриоз

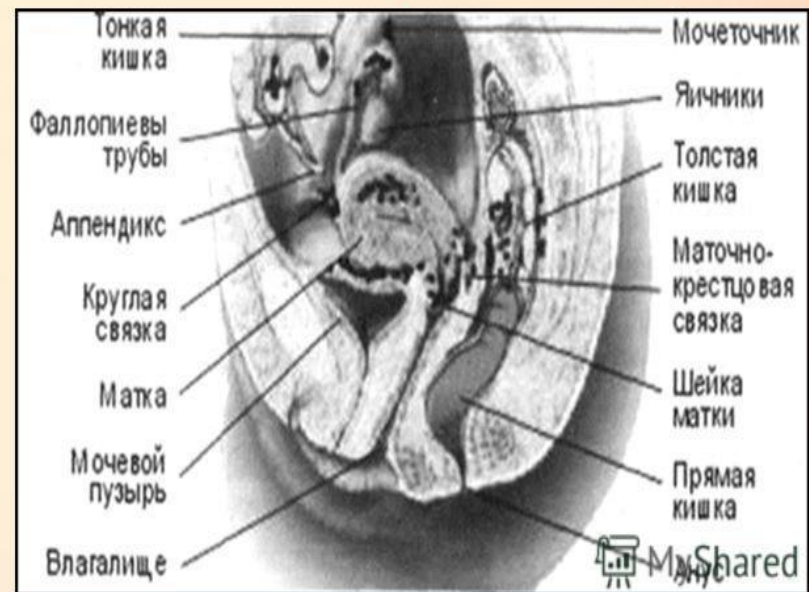


Классификация эндометриоза

Генитальный



Экстрагенитальный



ЭНДОМЕТРИОЗ

генитальный

экстра-генитальный

ВНУТРЕННИЙ

- тела матки
- канала шейки матки

НАРУЖНЫЙ

экстраперитонеальный

перитонеальный

- яичников
- маточных труб
- тазовой брюшины

- влагалищной части шейки матки
- влагалища и вульвы

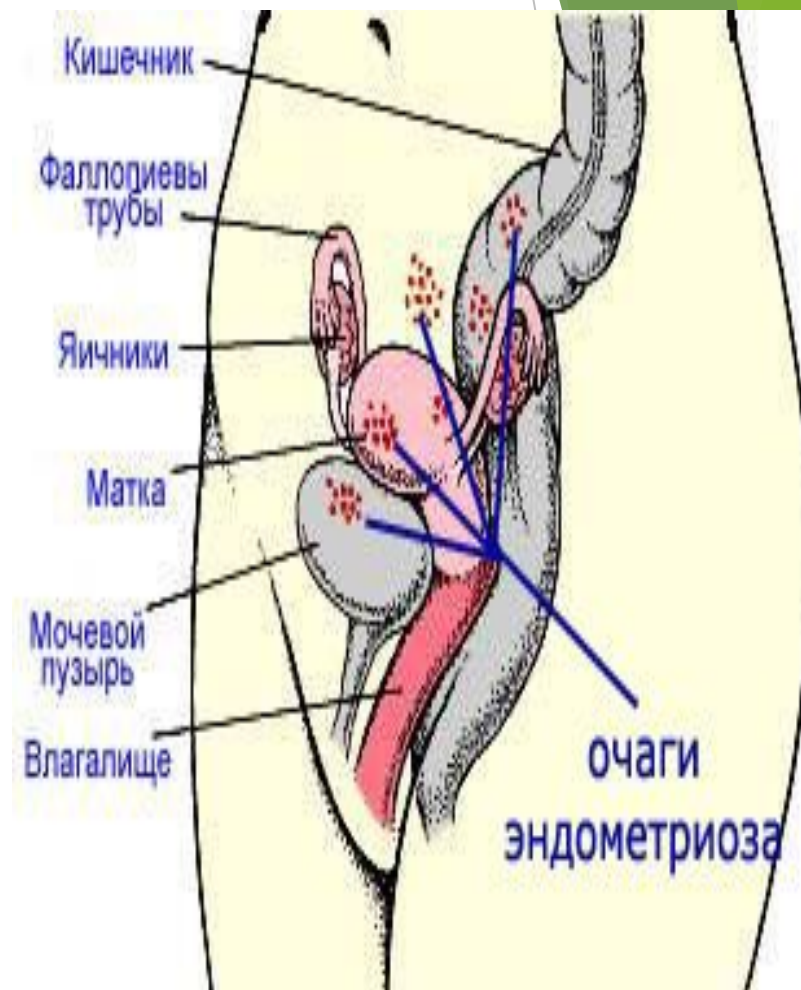
ретроцервикальный

- маточных связок
- клетчатки вокруг матки, мочевого пузыря, прямой кишки

- желудочно-кишечного тракта
- слезных желез
- слюнных желез
- мочевыводящих органов
- кожи
- послеоперационных рубцов
- пупка
- легких
- плевры

По распространению и глубине поражения тканей эндометриозом различают 4 степени заболевания:

- ▶ **I степень** — единичные поверхностные очаги.
- ▶ **II степень** — несколько более глубоких очагов.
- ▶ **III степень** — множество глубоких очагов эндометриоза, небольшие эндометриоидные кисты одного или обоих яичников, тонкие спайки брюшины.
- ▶ **IV степень** — Множество глубоких очагов, большие двусторонние эндометриоидные кисты яичников, плотные сращения органов, прорастание влагалища или прямой кишки.



Факторы, влияющие на возникновение и последующее развитие эндометриоза

Факторы, повышающие риск эндометриоза

- ▶ наследственная предрасположенность,
- ▶ избыточный уровень эстрогенов,
- ▶ возраст старше 35-45 лет,
- ▶ уменьшение длительности менструального цикла,
- ▶ увеличение объема менструальной кровопотери,
- ▶ злоупотребление алкоголем и кофеином,
- ▶ нарушение обмена веществ с висцеральным типом ожирения,
- ▶ влияние химических веществ.

Факторы, снижающие риск эндометриоза

- ▶ прием гормональных контрацептивов,
- ▶ предыдущее использование ВМС,
- ▶ курение

Этиология и патогенез эндометриоза продолжают изучаться до настоящего времени и, при этом существует множество различных теорий, пытающихся объяснить возникновение эндометриоза.

Наиболее распространенными из них являются:

- ▶ **Имплантационная теория**, согласно которой предполагается ретроградный заброс крови в брюшную полость через маточные трубы во время менструации. Предполагают, что эндометриоидная ткань прикрепляется на брюшине или органах малого таза с последующей имплантацией и пролиферацией. Так как экстрагенитальный эндометриоз сложно объяснить этой теорией, не исключается возможность распространения "доброкачественных" метастазов посредством сосудистой и лимфатической систем.
- ▶ **Метапластическая теория** предусматривает возможность перехода одного вида ткани в другой, в частности перерождение целомического эпителия клеток Мюллерового и Вольфового протоков под влиянием гиперсекреции химических веществ или гормонов в клетки эндометрия.
- ▶ **Аутоимунная теория** подтверждением которой является изменение иммунного состояния женщины в сторону повышения уровней иммуноглобулинов и аутоимунных антител. Косвенным подтверждением данной теории являются данные о преимущественном поражении заболеванием женщин, наследственно предрасположенных к эндометриозу и вовлечение в процесс экстрагенитальных органов.
- ▶ **Комбинированная теория** предполагает всевозможное сочетание различных теорий.

Клиника

Клиническими проявлениями эндометриоза являются *дисменорея* (болезненные менструации), *диспареуния* (болезненный половой акт и гинекологическое исследование), *дисхезия* (болезненный акт дефекации), *нарушение менструального цикла и бесплодие*.

Для эндометриоза наиболее характерным симптомом является *болевой синдром* различной степени выраженности, который возникает до и во время менструации. Боли при половом сношении или во время дефекации также усиливаются во время менструации. Практически у каждой 3-ей больной с эндометриозом при тщательном обследовании молочных желез диагностируется *галакторея* - выделение молозива из сосков.



Диагностика

- ▶ Анализ жалоб, клиническое и гинекологическое обследование.
- ▶ **УЗИ** - диагностика эндометриoidных кист и аденомиоза.
- ▶ **Гистеросальпингография** для диагностики аденомиоза.
- ▶ **Лапароскопия** - выявление наружного генитального эндометриоза, спаечного процесса, патологии маточных труб, кист яичников.
- ▶ Лапароскопия является миниинвазивным хирургическим методом при обследовании больных с подозрением на эндометриоз и позволяет не только правильно поставить диагноз, определить степень распространения эндометриоза, спаечного процесса и состояние маточных труб, но и провести микрохирургическое лечение выявленной патологии. Операция должна проводиться в условиях стационара под интубационным наркозом. В настоящее время согласно классификации Американского общества плодовитости различают 4 стадии распространения наружного генитального эндометриоза и 3 стадии распространения аденомиоза, что необходимо учитывать при проведении последующей гормональной терапии. Наиболее типичным местом локализации эндометриoidных гетеротопий, являются передне- и задоматочное пространство, крестцово-маточные связки, широкие связки матки, яичники.
- ▶ **Гистероскопия** также хирургическая процедура, при которой производится осмотр полости матки оптическим прибором, сразу после окончания менструации, когда на фоне тонкой слизистой видны кровоточащие эндометриoidные ходы. Это один из наиболее точных методов диагностики аденомиоза. Операция проводится под внутривенным наркозом.

Лечение боли

Болевой синдром при эндометриозе значительно снижает качество жизни пациентов, поэтому облегчению боли должно уделяться достаточно внимания. Для этого применяются простые анальгетики (парацетамол) и НПВС.

В отношении эффективности КОКов при болевом синдроме остается мало доказательств, но они попрежнему применяются и считаются эффективными.

Эффективность препаратов прогестерона по результатам исследований оказалась такой же, как и у любых других медикаментозных средств при подтвержденном диагнозе эндометриоза. Благодаря их хорошей переносимости и малому числу побочных эффектов они остаются подходящими для использования при этом заболевании.



Так выглядят
очаги эндометриоза
на слизистой
оболочке матки при
проведении
гистероскопии

Гормональная терапия

Медикаментозная терапия эндометриоза была широко распространена до появления лапароскопических методик лечения.

Основными препаратами с доказанным эффектом для лечения подтвержденного эндометриоза являются:

- Препараты прогестерона
- Монофазные комбинированные оральные контрацептивы
- Даназол
- Гестринон (Неместран)
- Агонисты гонадотропин релизинг-гормона (ГнРГ)(например, Декапептил депо микрокапсулированный трипторелин и диферелин — обычный трипторелин)

Хирургическое лечение

- ❖ Подразумевает полное удаление очагов эндометриоза (узлов) любым из хирургических методов. В настоящее время применяются: резекция, электрокоагуляция, лазерная вапоризация.
- ❖ Эндометриоидные кисты яичника лучше всего поддаются иссечению с полным удалением. Симптоматическое облегчение после этой операции доказанно превосходит эффект методов дренирования и абляции, а также позволяет своевременно взять материал для гистологического исследования, чтобы исключить редкие опухоли яичника.
- ❖ Операции при тяжелых стадиях эндометриоза с вовлечением толстого кишечника, мочевого пузыря и заращением Дугласова пространства должны проводиться в крупных центрах, специализирующихся на гинекологической лапароскопии, по возможности под наблюдением уролога и колоректального хирурга. Операция в этих случаях может включать резекцию кишки, мочевого пузыря и реимплантацию мочеточников. Удаление матки и придатков в настоящее время применяется все реже, большинство методик сосредоточено на удалении только очагов эндометриоза и восстановлении нормальной анатомии тазовой области

Прогноз

Рецидивы заболевания после адекватного удаления эндометриоидного очага встречаются крайне редко. Эффективность оперативного лечения возрастает при комплексном реабилитационном лечении в послеоперационном периоде.

Успех оперативного вмешательства с целью восстановления репродуктивной функции зависит от распространённости эндометриоза: эффективность лечения при первой стадии заболевания составляет 60%, при распространенном эндометриозе - 30%. Рецидивы заболевания после в течение 5 лет после хирургического лечения выявляют у 19% больных. При проведении гормональной терапии 70-90% женщин отмечают менструальноподобных кровотечений и исчезновение болевого синдрома и уменьшение интенсивности частота рецидивов эндометриоза через год после курса терапии составляет 15-60%, частота наступления беременности колеблется от 20 до 70% в зависимости от группы препаратов.

В реабилитационное лечение входят:

- Физиотерапия, направленная на улучшение кровотока и метаболизма клеток, усиление фагоцитоза и ферментативной активности иммунных клеток, стимуляция восстановления поврежденных тканей.
- Поддержка нормобиоценоза влагалища (нормального бактериального состава влагалища).
- Иммуномодуляция - повышение защитных свойств организма.
- Восстановление двухфазного менструального цикла после окончания медикаментозного лечения.

Список литературы

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И.,
Эндометриозы. - М.; Мед, 1998
2. Актуальные вопросы акушерства,
гинекологии и репродуктологии. Под
ред. Коханевич Е.В. - М., - 2006
3. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф.
Эндометриоидная болезнь. - С-Пб:
ООО “ Издательство Н-Л “, - 2002



Спасибо за
внимание!