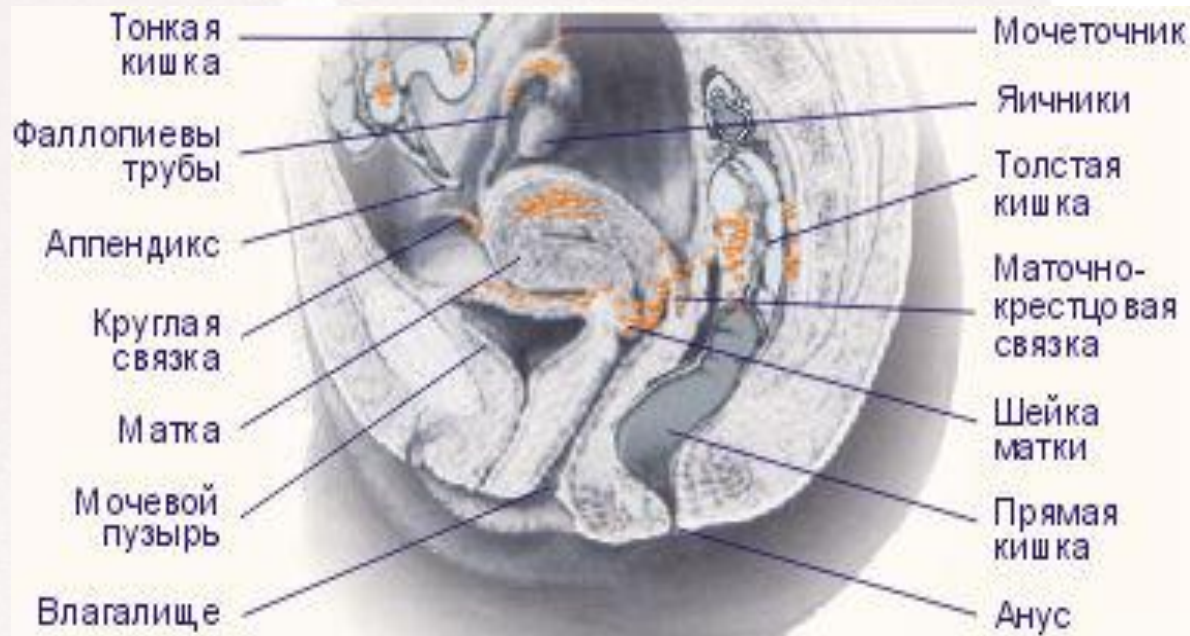


Эндометриоз



Определение.

- Эндометриоз – дисгормональное иммунозависимое и генетически детерминированное заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием.

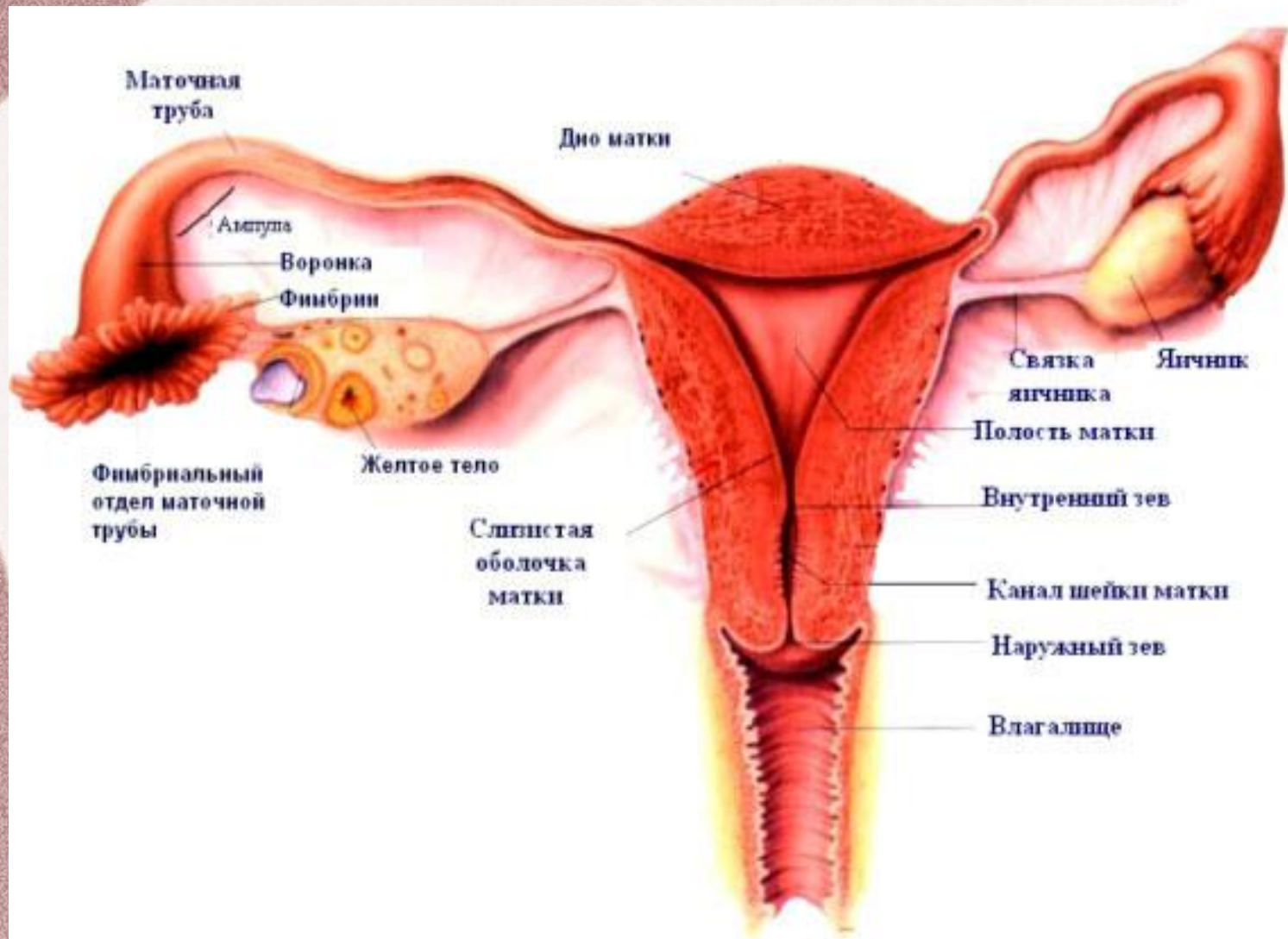
Код по МКБ-10:

- N80 Эндометриоз.
- N80.0 Эндометриоз матки.
- N80.1 Эндометриоз яичников.
- N80.2 Эндометриоз маточных труб.
- N80.3 Эндометриоз тазовой брюшины.
- N80.4 Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища.
- N80.5 Эндометриоз кишечника.
- N80.6 Эндометриоз кожного рубца.
- N80.8 Другой эндометриоз.
- N80.9 Эндометриоз неуточнённый.

Эпидемиология

- Встречается в любом возрасте.
- Страдают до 10% женщин.
- В синдроме стойкого болевого тазового синдрома – 80% пациенток.
- Бесплодие + эндометриоз=30%
- Экстрагенитальный эндометриоз 6-8%.
- Генитальный – чаще.

Строение женской репродуктивной системы.



Классификация:

- I. **Наружный эндометриоз:**
 - Внутривнутрибрюшинный — поражает брюшину, покрывающую матку, трубы, позадматочное пространство, мочевой пузырь, поверхность яичников, и проникает в их ткань, разрушая ее и образуя кистозные полости, наполненные кровью.
 - Внебрюшинный — поражает влагалище, наружные половые органы, влагалищную часть шейки матки и ретроцервикальную область.
- II. **Внутренний эндометриоз (аденомиоз)** — внедрение эндометриоидных элементов в толщу миометрия. При этом выделяют диффузную форму с проникновением на разную глубину — вплоть до брюшины, покрывающей матку, и узловую, с образованием полостей, наполненных кровью, в толще миометрия с гиперплазией и гипертрофией окружающих их мышечных волокон.
- III. **Эндометриоз экстрагенитальной локализации** — поражает мочевой пузырь, кишечник, операционные рубцы на передней брюшной стенке, почки, легкие, конъюнктиву глаза, бронхи, гортань и пр.

В зарубежной литературе нередко выделяют три формы эндометриоза: перитонеальную, яичниковую и эндометриоз ретроагинальной перегородки.

Выделяют инфильтрирующую форму эндометриоза ретроагинальной перегородки, который называют глубоким «активно протекающим» процессом. Глубина проникновения эндометриоза при этом более 5 мм.

Классификация:

- В настоящее время используется следующая классификация аденомиоза (внутреннего эндометриоза) диффузной формы (В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, 1998):
 - стадия I — патологический процесс ограничен слизистой оболочкой тела матки;
 - стадия II – переход патологического процесса на мышечный слой;
 - стадия III – распространение патологического процесса на всю толщу мышечной стенки матки до её серозного слоя.
 - стадия IV — вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов.
- Важно выделять узловую форму аденомиоза, когда эндометриоидная ткань разрастается внутри матки в виде узла, напоминающего миому матки.

Классификация эндометриoidных кист яичников:

- стадия I — мелкие точечные эндометриoidные образования на поверхности яичников, брюшина прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей;
- стадия II — эндометриoidная киста одного из яичников размером не более 5-6 см с мелкими эндометриoidными включениями на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника;
- стадия III — эндометриoidные кисты обоих яичников. Эндометриoidные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника;
- стадия IV — двусторонние эндометриoidные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы: мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространённый спаечный процесс.
- Как правило, эндометриoidные кисты больших размеров не сопровождаются спаечным процессом.

Классификация эндометриоза ретроцервикальной локализации:

- стадия I — расположение эндометриоидных очагов в пределах ректовагинальной клетчатки;
- стадия II — прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист;
- стадия III — распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки;
- стадия IV — вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки, распространение процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

Классификация Американского общества фертильности:

Эндометриоз			< 1см	1-3см	> 3см	
Брюшина	Поверхностный		1	2	4	
	Глубокий		2	4	6	
Яичники	Правый	Поверхностный	1	2	4	*Полностью запаянный отдел трубы следует оценивать «16». Стадия I – (1-5) баллов Стадия II – (6-15) баллов Стадия III – (16-40) баллов Стадия IV – (>40) баллов Всего баллов:
		Глубокий	4	16	20	
	Левый	Поверхностный	1	2	4	
		Глубокий	4	16	20	
Облитерация позадиматочного пространства			частичная		полная	
			4		40	
Спайки			<1/3 запаяно	1/3-2/3 запаяно	>1/3 запаяно	
Яичники	Правый	Нежные	1	2	4	
		Плотные	4	8	16	
	левый	Нежные	1	2	4	
		плотные	4	8	16	
Маточные трубы	Правая	Нежные	1	2	4	
		Плотные	4*	8*	16*	
	левая	Нежные	1	2	4	
		плотные	4*	*8*	16	

Классификации наружного эндометриоза по степени распространенности:

1. «Малые» формы:

- единичные гетеротопии на тазовой брюшине;
- единичные гетеротопии на яичниках без наличия спаечных и рубцовых процессов.

2. Средней тяжести:

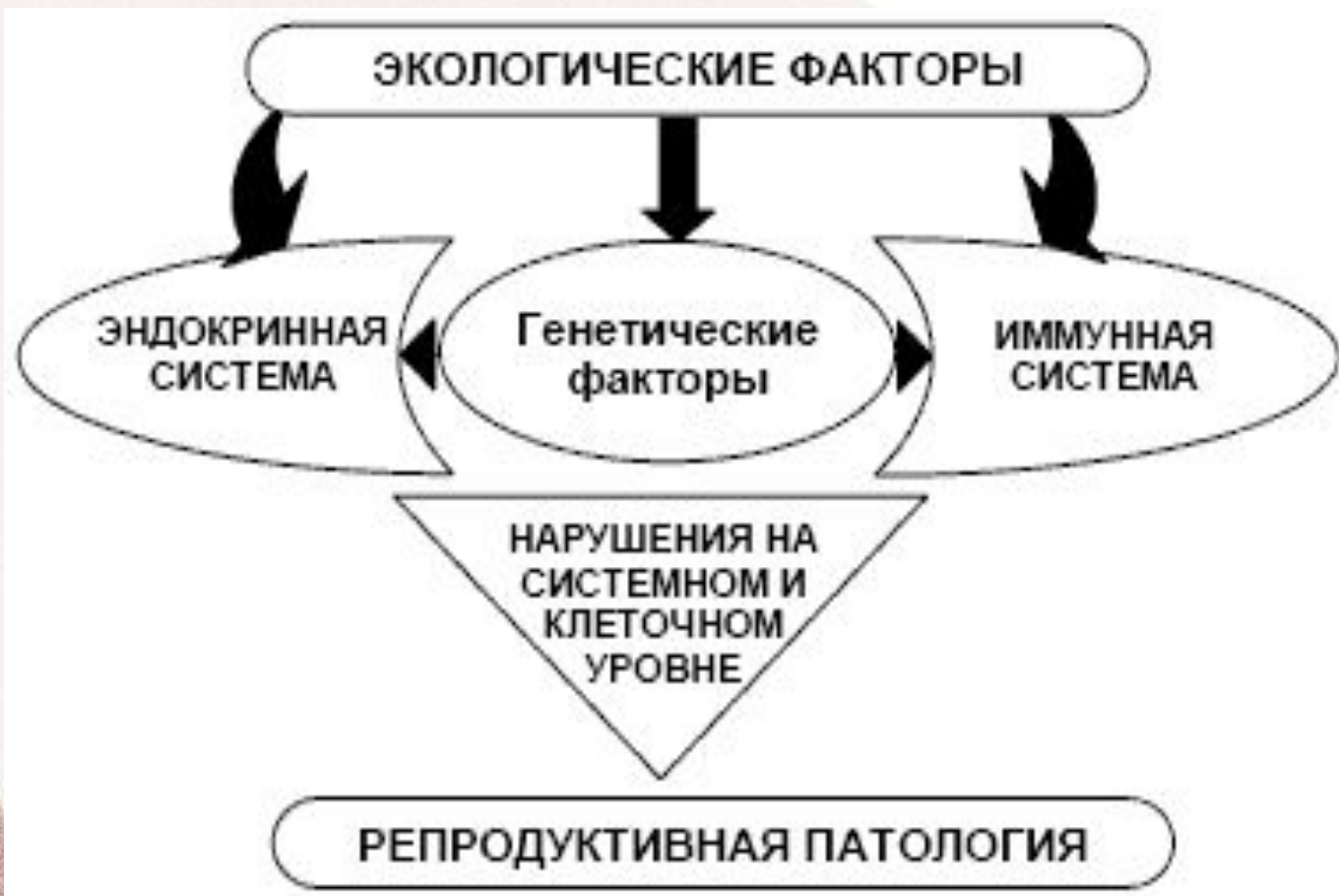
- гетеротопии на поверхности одного или обоих яичников с образованием мелких кист;
- наличие перивариального или перитубарного спаечного процесса нерезко выраженного;

Классификации наружного эндометриоза по степени распространенности:

3. Тяжелая форма:

- эндометриоз одного или обоих яичников с образованием кист диаметром более 2 см;
- поражение яичников с выраженным перивариальным и/или перитубарным процессом;
- поражение маточных труб с деформацией, рубцеванием, нарушениями проходимости;
- поражение тазовой брюшины с облитерацией прямокишечно-маточного пространства;
- поражение крестцово-маточных связок и брюшины прямокишечного пространства с его облитерацией;
- вовлечение в процесс мочевыводящих путей и/или кишечника.

Теории происхождения эндометриоза:



Теории происхождения эндометриоза:

1. *Теория эмбрионального происхождения* - эндометриоидные гетеротопии возникают из остатков парамезонефральных (мюллеровых) протоков или зародышевого материала, из которого образуются половые органы, в том числе и ткань эндометрия. Считается, что аденомиоз развивается из эмбриональных остатков парамезонефральных ходов и является особой формой заболевания. В пользу этой теории свидетельствуют данные о развитии эндометриоза у детей и подростков, а также сочетание данного патологического процесса с пороками развития половых органов.
2. *Метапластическая теория* - в качестве источника эпителиального компонента эндометриоза предполагает мезотелий брюшины, подвергающийся метаплазии. Полагают, что источником эндометриоза являются элементы эмбрионального целомического эпителия, который располагается между зрелыми клетками мезотелия. Указывается, что клетки стромы эндометрия имеют ультраструктурное сходство с миофибробластами; пролиферация и гиперплазия гладкомышечных элементов при аденомиозе предшествуют росту эндометриальных клеток. Это подтверждает метапластическую теорию происхождения эндометриоза

Теории происхождения эндометриоза:

3. *Имплантационная теория* подтверждается многочисленными экспериментами. Согласно этой теории, причиной эндометриоза является имплантация на брюшину и органы таза элементов эндометрия, попадающих через маточные трубы в полость малого таза во время менструации.

Эндометриальные клетки из менструальной крови женщин удалось культивировать и имплантировать на брюшину экспериментальным животным. Гистоструктура этих гетеротопий - неизменный эндометрий, идентичный выстилающему полость матки.

Попадание в полость таза эндометрия во время месячных — факт общепризнанный — само по себе ни патологией, ни причиной эндометриоза не является.

Причина имплантации и пролиферации клеток эндометрия на брюшине и органах малого таза являлась предметом исследований многие годы. Но только развитие методов молекулярной биологии, изучение механизмов ауто- и паракринного влияния на пролиферативные процессы позволили внести ясность в патогенетические механизмы развития

Патогенетические механизмы :

- *Подавление иммунносупрессии*, способствующей отторжению чужеродной ткани. Иммунносупрессией обладают ТФР-р, ПгЕ2 и некоторые интерлейкины (ИЛ-8), уровень которых в перитонеальной жидкости и в ткани эндометриоидных гетеротопии повышен, что свидетельствует о подавлении клеточного иммунитета. Об этом же свидетельствует уменьшение активности клеток-киллеров.
- Прикрепление эндометриальных клеток к поврежденной брюшине и последующее их внедрение (имплантация) возможны при усилении процессов адгезии. Клеточная адгезия — склеивание клеток друг с другом и с клеточным матриксом. Этот процесс регулируется особыми молекулами — кадгеринами, интегринами. В очагах эндометриоза доказана экспрессия молекул клеточной адгезии, что облегчает прикрепление и имплантацию эндометриальных клеток и микроповреждений брюшины.

Патогенетические механизмы :

- Известно, что брюшина не имеет собственных сосудов, а пролиферация без кровоснабжения невозможна. Необходимым условием пролиферации имплантированных клеток эндометрия является неоангиогенез — новообразование сосудов. Важную, даже ведущую роль в этом процессе играет сосудисто-эндотелиальный фактор роста (СЭФР), стимулирующий неоангиогенез и повышенную проницаемость сосудистой стенки. Участвует в процессе неоангиогенеза и ИЛ-8, стимулирующий развитие эндотелиальных клеток сосудов. Установлена прямая зависимость уровня СЭФР и ИЛ-8 в перитонеальной жидкости в зависимости от степени распространенности эндометриоза.
- В последние годы появились данные, свидетельствующие об уменьшении апоптоза в ткани эндометриоидных гетеротопии, т. е. об их большей жизнеспособности, чем ткани эндометрия, выстилающего полость матки.
- Сообщается о наличии у женщин гена предрасположенности к эндометриозу. Возможно, наличие этого гена и определяет включение сложных механизмов жизнеспособности гетеротопического эндометрия и/или метаплазии элементов мезотелия. Исследования в этом направлении продолжаются.

Клиническая картина:

- Характерно длительное, нередко прогрессирующее течение. Самопроизвольный регресс возможен в постменопаузальном периоде.
- Наиболее постоянным симптомом являются боли, появляющиеся или резко усиливающиеся в предменструальные дни и во время менструации; при длительном и тяжелом течении эндометриоза болевые ощущения беспокоят и после окончания менструации.
- Боли не типичны для эндометриоза влагалищной части шейки матки, иногда они не выражены при малых очагах эндометриоза брюшины малого таза.
- Наблюдается некоторое увеличение размеров пораженного органа (матки, яичников) или экстрагенитальных очагов эндометриоза накануне и во время менструации.

Клиническая картина:

- Характерны нарушения менструального цикла, выражающиеся чаще всего в альгоменорее. Наблюдаются и другие расстройства — меноррагии, особенно при аденомиозе, пред- и постменструальные кровяные выделения, нарушение ритма менструаций и др.
- Бесплодие — частый спутник эндометриоза. Причины этой патологии различны, но основная из них — спаечный процесс в малом тазу (периоофорит, нарушение проходимости маточных труб и др.). Бесплодие при эндометриозе объясняют также фагоцитозом сперматозоидов макрофагами.
- Эндометриоз сопровождается асептическим воспалением брюшины. Оно проявляется увеличением объема перитонеальной жидкости, числа макрофагов и продуктов их секреции (простагландинов (Пг), цитокинов и ФР), а также снижением активности клеток-киллеров и функции лимфоцитов. Следствием воспаления является развитие спаечного процесса, чаще всего локализующегося вокруг яичников.

Клиническая картина:

- Определенную роль в бесплодии при эндометриозе играют Пг, секреция которых в тазовой брюшине возрастает, что способствует нарушению функции желтого тела (лютеолиз), увеличивает сократительную функцию маточных труб и матки.
- Эндометриоз нарушает созревание ооцитов, в результате чего снижается их способность к зачатию. При проведении ЭКО у женщин, больных эндометриозом, отмечены нарушения процесса дробления оплодотворенных ооцитов и снижение фертильности.

Эндометриоз влагалищной части шейки матки:

- Наблюдается часто.
- Имеет значение широкое применение диатермокоагуляции псевдоэрозий, произведенной в I фазе менструального цикла, когда струп отпадает и гранулирующая раневая поверхность обнажается ко времени менструации, при этом происходит имплантация в области образовавшейся раневой поверхности частиц эндометрия, отторгающихся во время менструации.
- Эндометриоз шейки матки может возникнуть по причине травм после абортов, патологических родов, диагностического выскабливания.
- Очаги эндометриоза на влагалищной части шейки матки имеют небольшую величину (2-5 мм в диаметре), красноватый цвет, выделяющийся на бледно-розовой слизистой оболочке шейки матки.

Эндометриоз влагалищной части шейки матки:

- В лютеиновой фазе цикла, особенно в дни, предшествующие менструации, очаги эндометриоза приобретают сине-багровую окраску, размер их немного увеличивается.
- Эндометриоидные гетеротопии располагаются не только на влагалищной части шейки матки, но нередко и в дистальном отделе слизистой оболочки цервикального канала, что поддерживает наличие пред- и постменструальных кровянистых выделений, являющихся одним из важных симптомов эндометриоза шейки матки.
- При локализации в области слизистой оболочки канала шейки матки очаги эндометриоза иногда имеют вид полипа.
- Может иметь вид псевдоэрозий с наличием желез, заполненных геморрагическим содержимым, и хронического эндоцервицита. Болевые ощущения для данной локализации эндометриоза не характерны.

Эндометриоз влагалищной части шейки матки.



Эндометриоз маточных труб.

- Наблюдается в сочетании с аналогичным заболеванием матки и яичников;
- Изолированное поражение маточных труб — явление редкое.
- Эндометриоидные гетеротопии локализуются преимущественно в серозном или субсерозном слое трубы, размер их обычно невелик;
- Относятся к «малым» формам эндометриоза.
- Эндометриоидные гетеротопии имеют вид узелков, располагающихся чаще в истмической части маточной трубы.
- Наблюдаются случаи поражения эндометриозом интрамуральной части трубы, возникающие обычно при эндометриозе матки.
- Клиническая картина эндометриоза маточных труб соответствует клинике эндометриоза матки или яичника, при сочетании с которыми наблюдается поражение маточной трубы.

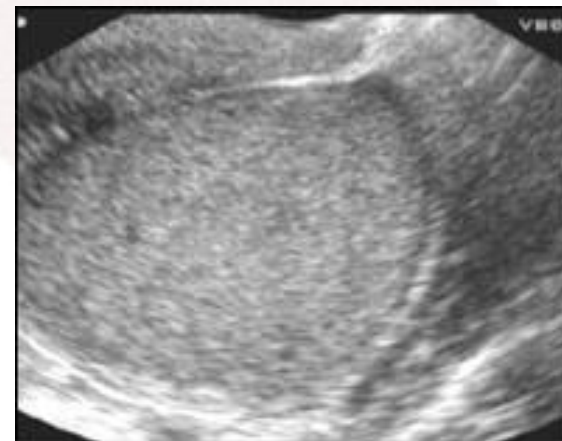
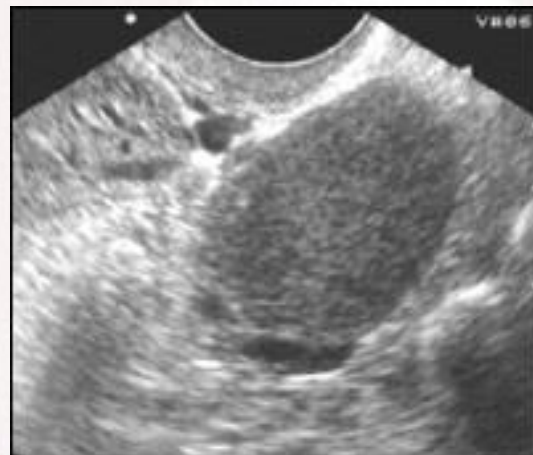
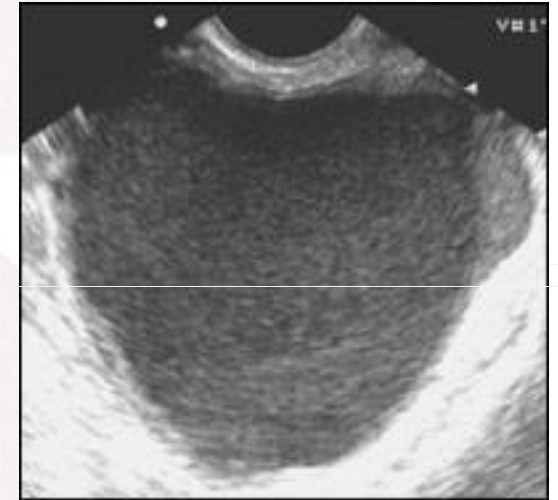
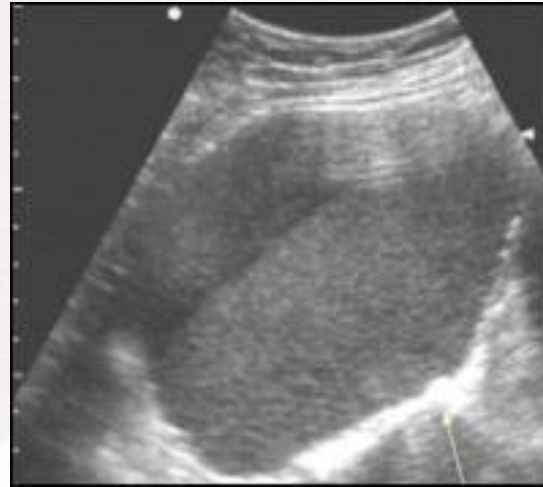
Эндометриоз яичников.

- Бывает в виде очагов эндометриоидной ткани в корковом слое или на поверхности яичников и эндометриоидных кист.
- Очаговые эндометриодные гетеротопии имеют типичное строение: среди цитогенной стромы располагаются железы типа эндометрия, выстланные цилиндрическим эпителием. В этих очагах встречаются кровоизлияния, могут возникнуть микроскопические кисты.
- Мелкие эндометриоидные очаги относятся к «малым» формам эндометриоза яичников, распознавание которых затруднительно в связи с недостаточностью характерных признаков.
- К числу основных проявлений относится бесплодие.
- Из небольших очагов эндометриоза, вследствие их роста, скопления крови, истончения и разрушения перегородок между отдельными очагами, содержащими разложившуюся кровь, образуются кисты.

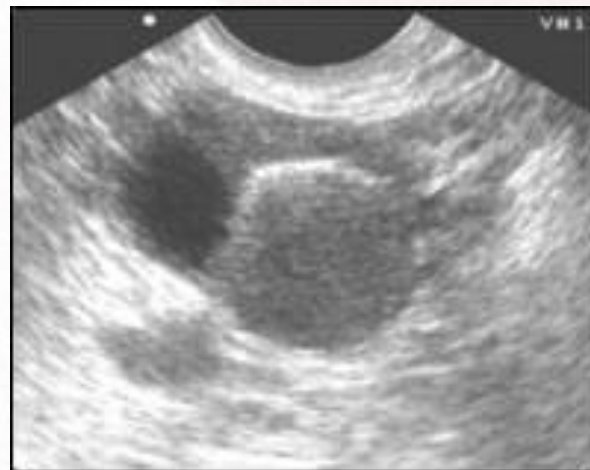
Эндометриоз яичников.

- Боль различной интенсивности - постоянная, усиливается накануне и во время менструации, иррадирует в области поясницы, крестца, прямой кишки. Резкое усиление боли, нередко сопровождающееся рвотой, резкой болезненностью и напряжением мышц живота, наблюдается при микроперфорации стенки кисты и излитии части содержимого в брюшную полость.
- Образующийся спаечный процесс в малом тазу способствует появлению дизурических и гастроинтестинальных (запоры, вздутие живота и др.) расстройств.
- При гинекологическом исследовании в области придатков матки определяется болезненное, малоподвижное или неподвижное, спаянное с маткой образование, имеющее тугоэластическую консистенцию. При сращении с окружающими органами размеры и консистенция кисты становятся недостаточно отчетливыми.
- По данным литературы, эндометриоидные гетеротопии яичников могут быть источником развития аденокантом и аденокарцином.
- Частота возникновения аденокарцином остается спорной, однако полагают, что это явление редкое и истинный источник рака при этом заболевании выяснить затруднительно.

Эндометриоз яичников.



Эндометриоз яичников. «Малая форма».



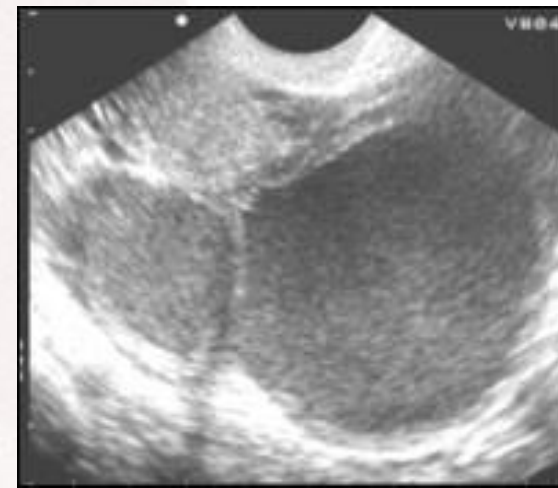
Эндометриоидные кисты яичников.

- Эндометриоидные кисты яичников, так же как и мелкие гетеротопии, могут быть процессом односторонним или двусторонним. Кисты имеют различную величину (от 0,5 до 10 см в диаметре). Более крупные кисты наблюдаются редко.
- Для эндометриоидных кист характерны спайки с окружающими тканями, плотная капсула, геморрагическое содержимое, имеющее цвет дегтя или шоколада («шоколадные» и «дегтярные» кисты). В процессе накопления содержимого возможно образование микроперфораций стенки кисты, что влечет за собой резкое обострение болевого синдрома и последующее образование плотных сращений с окружающими органами.

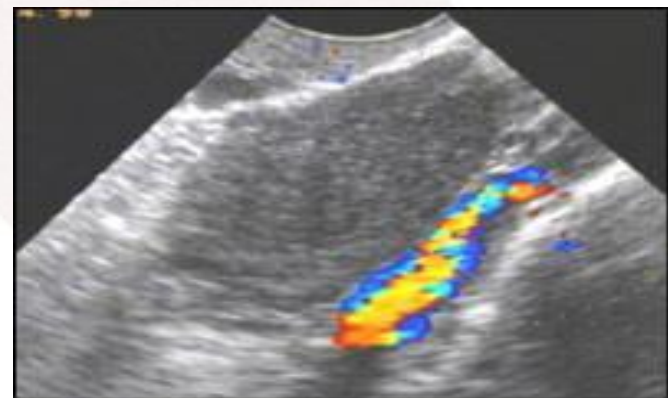
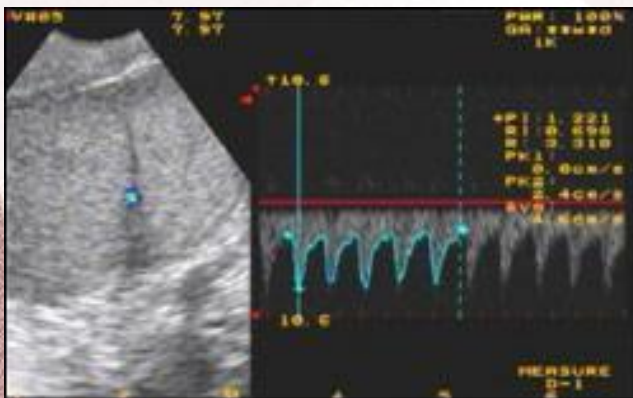
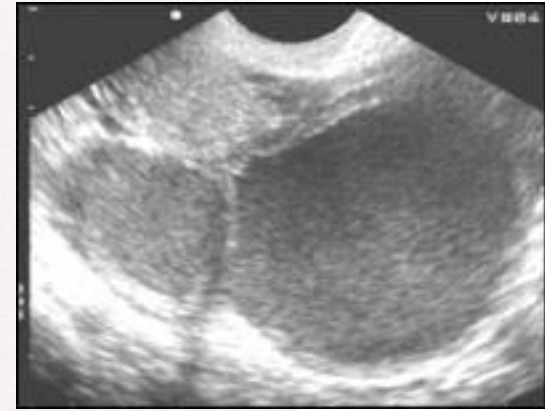
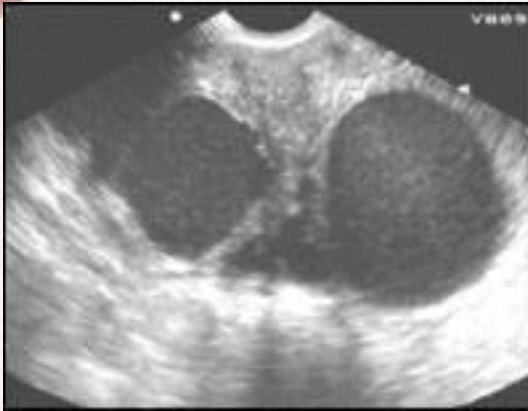
Эндометриодные кисты яичников.



Так выглядит
эндометриодная
киста яичника при
приведении
ультразвукового
исследования



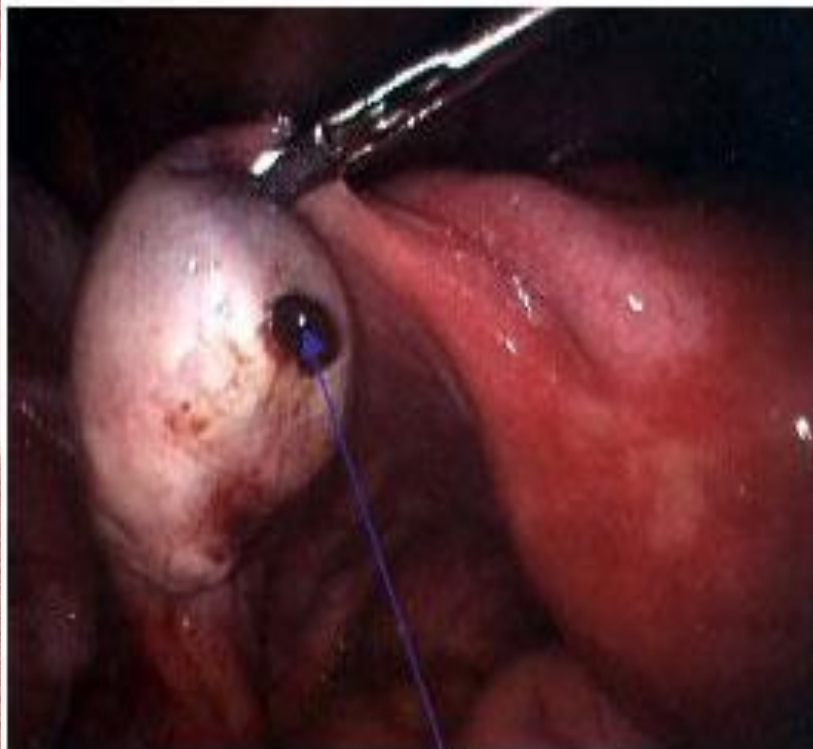
Эндомиоидные кисты яичников (доплер – нижние снимки).



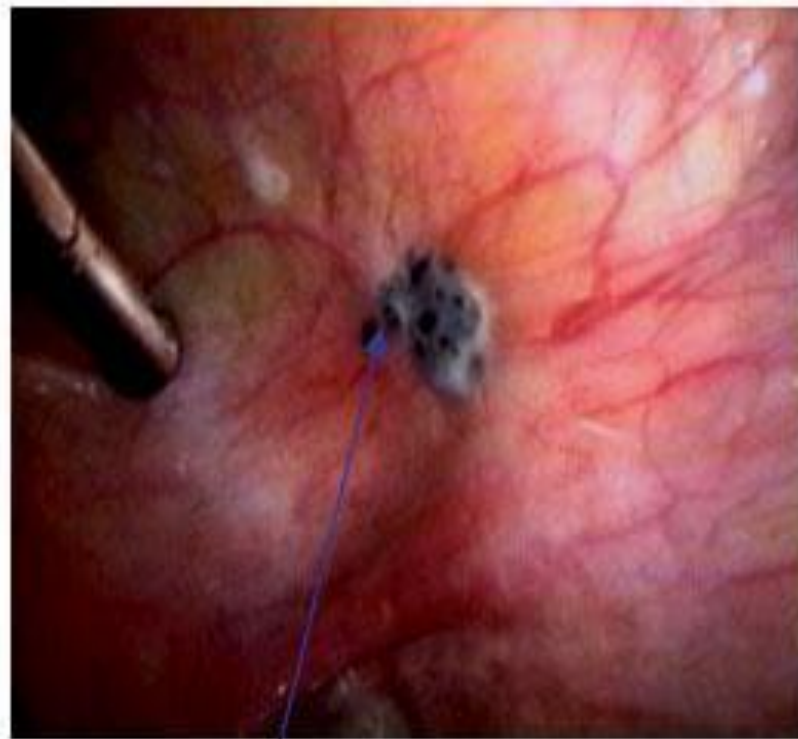
Степени распространения эндометриоза яичников:

- I — мелкие, точечные очаги эндометриоза на поверхности яичников и на брюшине маточно-прямокишечного углубления;
- II — односторонняя эндометриоидная киста диаметром не более 5—6 см, мелкие очаги эндометриоза на брюшине малого таза, спаечный процесс в области придатков;
- III — эндометриоидные кисты обоих яичников (диаметр более 5-6 см), очаги эндометриоза на серозном покрове матки, маточных труб, брюшине малого таза, выраженный спаечный процесс;
- IV — двусторонние кисты больших размеров с переходом процесса на соседние органы.

Эндометриоз яичника и брюшины.



Очаг эндометриоза на
поверхности яичника



Очаг эндометриоза на
поверхности брюшины

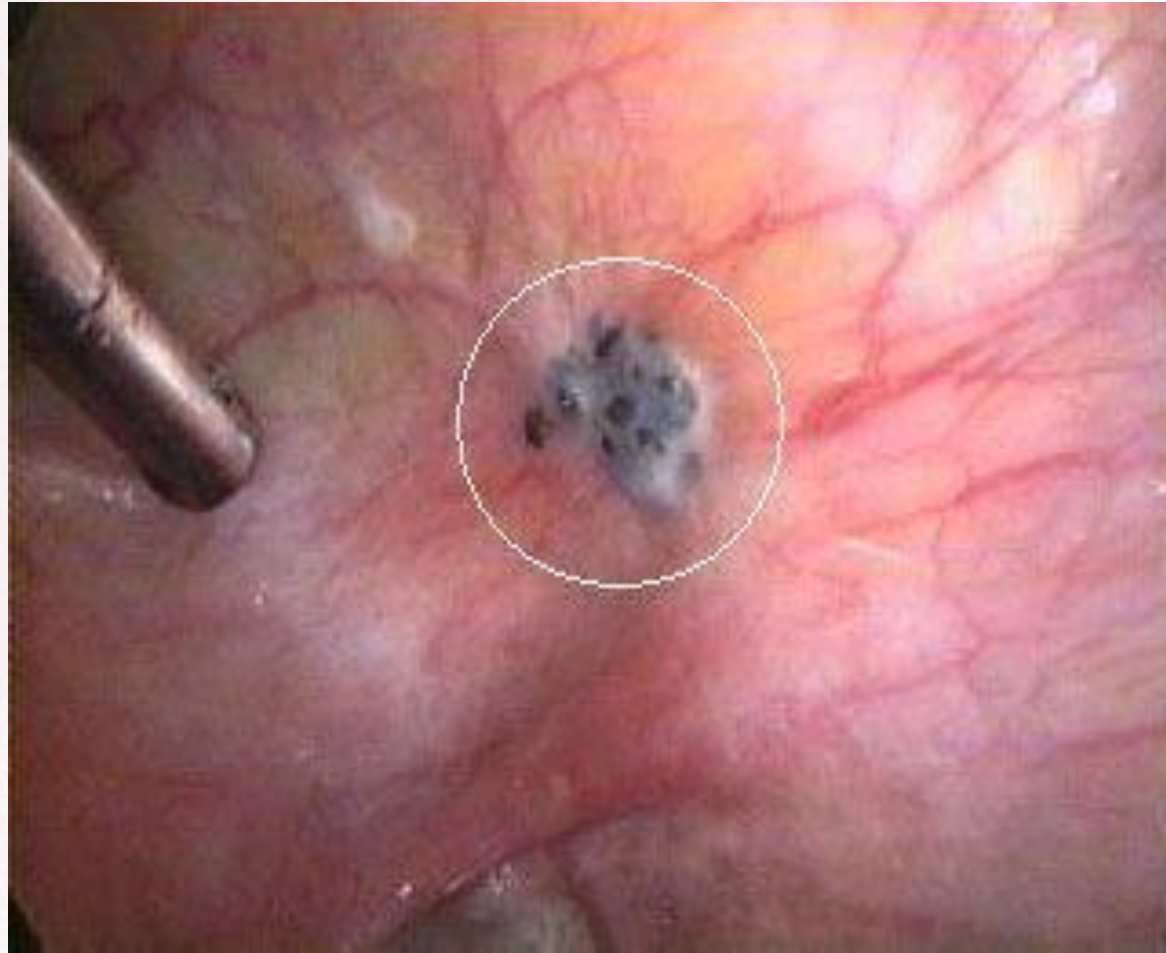
Эндометриоз брюшины маточно-прямокишечного углубления, крестцово-маточных связок и ректовагинальной перегородки.

- Эндометриоз ректовагинальной перегородки отличается наличием мышечных элементов и глубиной проникновения — так называемая инфильтративная форма, распространяющаяся на прямую кишку.
- При такой локализации болевой синдром резко выражен и усиливается даже при простом физическом усилии.
- Трудности встречаются при хирургическом лечении.
- Изолированное поражение брюшины маточно-прямокишечного углубления и крестцово-маточных связок наблюдается у женщин, страдающих бесплодием.
- Распознаванию способствует лапароскопия, при которой видны синюшные очаги («глазки») на брюшине указанных областей малого таза.

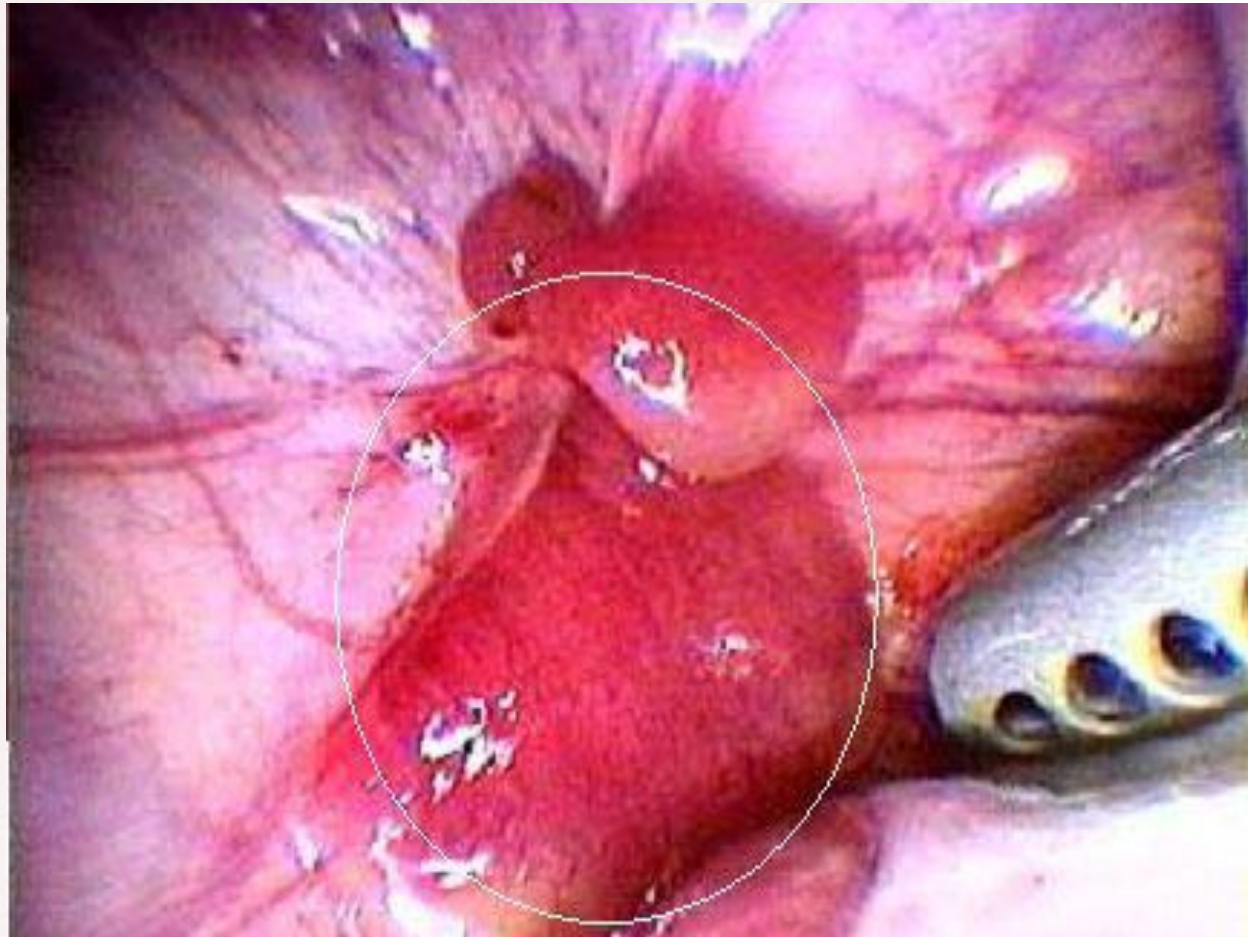
Степени распространённости процесса:

- I — эндометриоидные очаги в пределах ректовагинальной клетчатки;
- II — эндометриоидная ткань захватывает шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист;
- III — процесс распространяется на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки;
- IV — процесс распространяется на слизистую оболочку прямой кишки, облитерирует прямокишечно-маточное пространство с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

***Черный очаг эндометриоза
тазовой брюшины.***



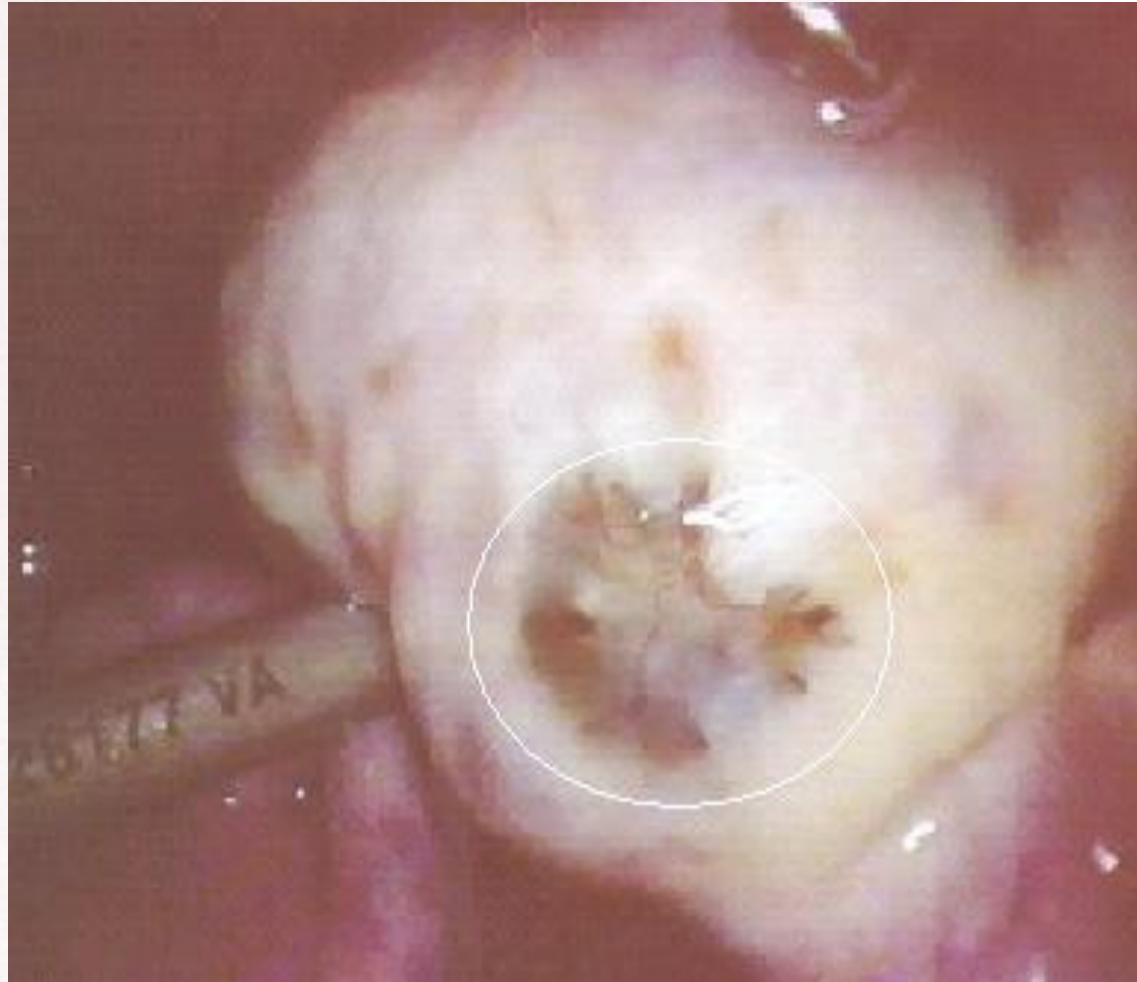
***Красный очаг эндометриоза
тазовой брюшины.***



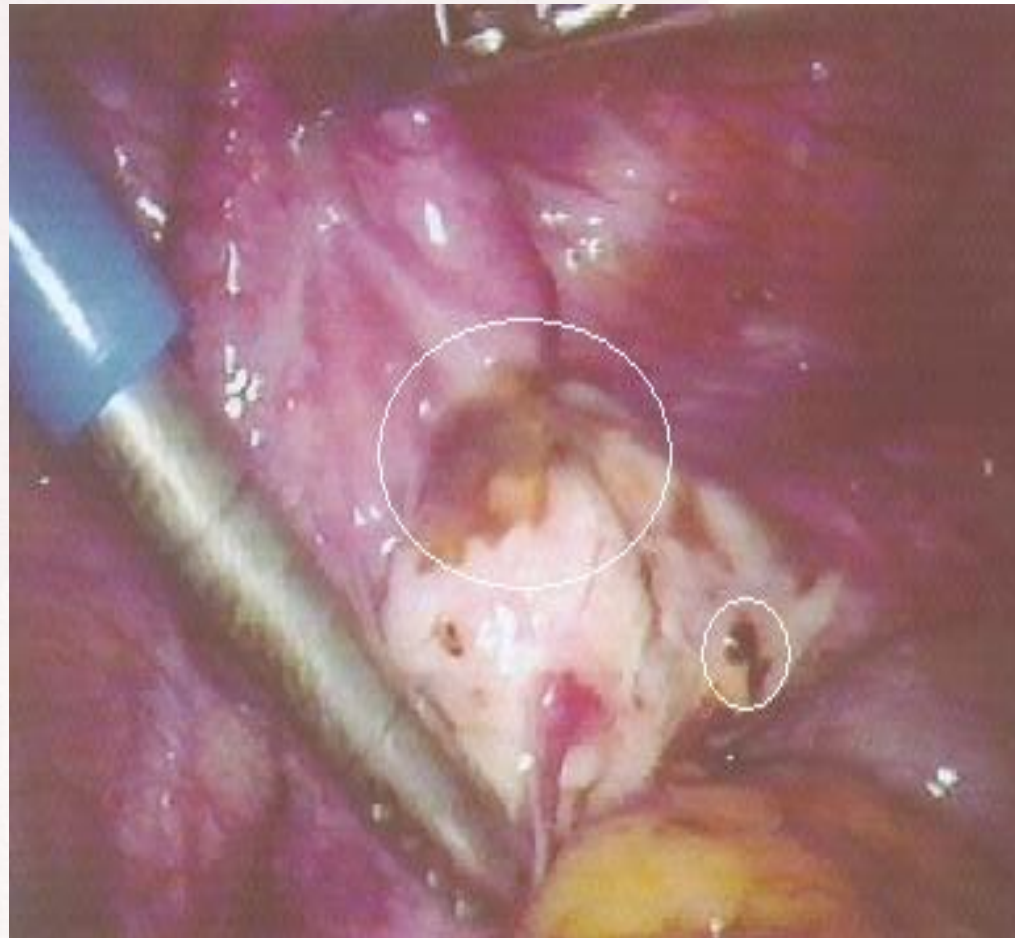
Эндометриоз аппендикса.



Эндометриоз яичника.



**Эндометриоз яичника и спайки
яичника с маточной трубой и
сигмовидной кишкой.**



«Малые» формы генитального эндометриоза.

- Относятся мелкие единичные эндометриоидные гетеротопии в области брюшины маточно-прямокишечного углубления, брюшины крестцово-маточных связок, на поверхности яичников.
- «Малым» формам эндометриоза сопутствует бесплодие, редко — болевые ощущения;
- Нарушений менструального цикла, как правило, не отмечается.
- «Малые» формы эндометриоза были описаны после внедрения в практику лапароскопии.
- Следует отметить, что «малые» формы были самой частой находкой у женщин с так называемым бесплодием неясного генеза.

Аденомиоз

(эндометриоз тела матки).

- Встречается у женщин в позднем репродуктивном возрасте.
- Возникновению его способствуют (наряду с другими причинами) аборты, диагностические выскабливания матки и другие внутриматочные вмешательства.
- При выскабливании нарушаются соединительнотканная основа базального слоя эндометрия и прилегающие мышечные элементы (защитная зона). Жизнеспособные клетки эндометрия проникают в миометрий и приживаются в нем.
- Внутренний эндометриоз тела матки чаще имеет характер диффузного процесса, реже наблюдаются очаговая и узловатая формы.
- Узловатая форма характеризуется локальным разрастанием эндометриоидной ткани, которое при пальпации напоминает узел миомы.

Степени распространения диффузной формы эндометриоза матки:

- I — прорастание эндометриоза на небольшую глубину;
- II - распространение процесса до середины толщи миометрия;
- III - вовлечение в патологический процесс всей стенки матки;
- IV — вовлечение в процесс париетальной брюшины и соседних органов.

Аденомиоз.

- При II-IV степенях распространения эндометриоза наблюдается гиперплазия мышечных волокон, что способствует увеличению матки (ее величина зависит от числа и размера кистозных полостей эндометриоидной ткани и выраженности гиперплазии мышечных элементов). Наблюдается гиперплазия эндометрия, а также сочетание эндометриоза с миомой.
- Интенсивность боли при данной локализации эндометриоза обусловлена распространением процесса; болевые ощущения особенно сильно выражены при вовлечении в процесс всей стенки матки вплоть до серозного покрова.
- Матка резко болезненна при пальпации, особенно при III—IV степенях распространения и поражения эндометриозом истмической части тела матки.
- Для внутреннего эндометриоза характерны расстройства менструального цикла: гиперполименорея, метроррагия, кровянистые выделения в пред- и постменструальном периоде;
- В связи с указанными нарушениями нередко развивается анемия. Многие больные предъявляют жалобы на боль, ощущение тяжести внизу живота и дизурические явления перед наступлением менструации.
- Отметим, что диффузный аденомиоз I степени распространения очень редко имеет клинические проявления.

Аденомиоз при гистероскопии.



Так выглядят
очаги эндометриоза
на слизистой
оболочке матки при
проведении
гистероскопии

Диагностика.

1. Опрос:

- возникновение заболевания после патологических (оперативных) родов, искусственных и самопроизвольных абортов (закончившихся выскабливанием матки), консервативной миомэктомии, диагностических выскабливаний эндометрия, других внутриматочных вмешательств или диатермокоагуляции шейки матки;
- характер болевого синдрома, усиление его перед и во время менструации;
- безуспешное длительное лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов;
- возникновение усиливающегося циклического болевого синдрома у девочек-подростков и девушек, возникшего после начала менструаций;
- нарушения менструального цикла типа метроррагии, пред- и постменструальных кровяных выделений;
- бесплодие в сочетании с болевым синдромом, имеющим циклический характер.

Диагностика.

2. Объективное исследование:

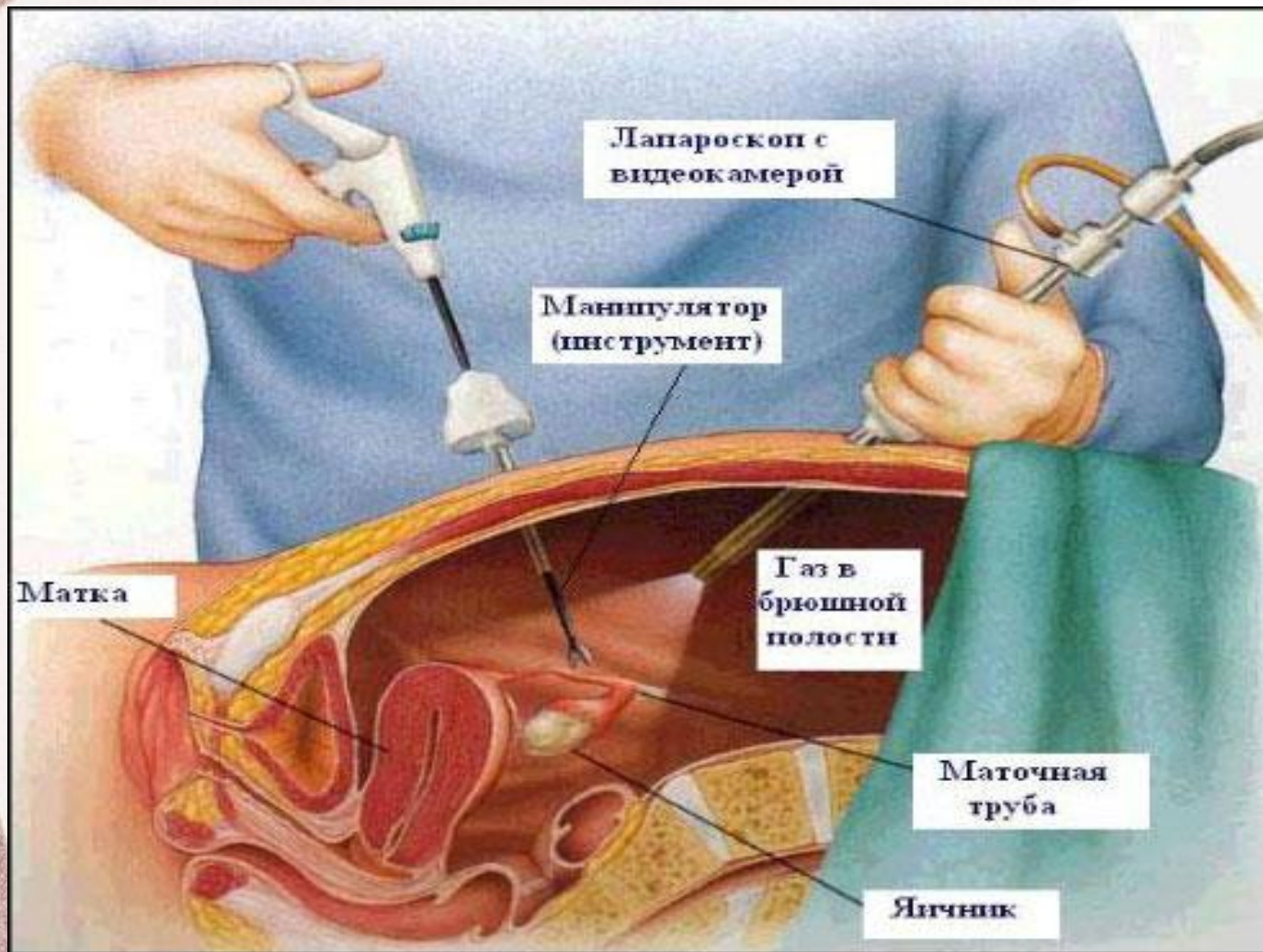
- увеличение матки и ее придатков, пораженных эндометриозом, перед и во время менструации.
- Однако этот признак не является постоянным (например, при I степени распространения внутреннего эндометриоза тела матки заметного увеличения последней не происходит), и оценка его нередко носит субъективный характер.
- Заметное увеличение матки и яичника наблюдается при выраженном поражении этих органов эндометриозом. Распознавание эндометриоза влагалищной части шейки матки и стенок влагалища облегчается при исследовании с использованием кольпоскопа.

Диагностика.

3. Специальные методы:

- УЗ-диагностика с применением влагалищных датчиков;
- Кольпоскопия;
- Прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием биоптата;
- Гистеросальпингография - выполняют не позднее 5—7-го дня менструального цикла, чтобы тонкая слизистая оболочка начала стадии пролиферации не мешала проникновению контрастного вещества в эндометриодные очаги, сообщающиеся с полостью матки;
- Рентгенограммы при распространенном процессе - видно увеличение размеров матки;
- Гистероскопия производится на 5-6-й день менструального цикла, а при его нарушениях — после диагностического выскабливания.
- Эхоскопия;
- Ректороманоскопия при расположении очагов эндометриоза в непосредственной близости к прямой или толстой кишке;
- Лапароскопия – «золотой стандарт», является и лечебной процедурой, и конкурировать с ней не может ни КТ ни МРТ. Показания: альгодисменорея, бесплодие (необъяснимое), опухолевидное образования и неподдающиеся лечению воспалительные процессы в области придатков.

Лапароскопия – «золотой стандарт».



По лапароскопической картине выделяют типы эндометриоидных гетеротопий:

- 1-й тип — очаги белесоватой окраски, по структуре сходные с эпителием и стромой эутопического эндометрия. Характерны отсутствие гиперплазии, низкий митотический индекс, малая васкуляризация; течение латентное, клиническая симптоматика, как правило, отсутствует.
- 2-й тип — красные очаги. Характерно наличие участков эндометрия с выраженной васкуляризацией, морфологически ткань гетеротопии сходна с пролиферативным эндометрием; число митозов увеличено.
- 3-й тип — гетеротопии черничной окраски. Характерно наличие воспалительной реакции, которая нарушает васкуляризацию и приводит к повреждению эндометриальных структур; пролиферативная активность не отмечается, митозы не встречаются. Черничный цвет обусловлен распадом кровяных элементов.

Диагностическое значение определения СА-125 в плазме крови.

- СА-125 карциноэмбриональный антиген — маркер эпителиальных опухолей яичников;
- Было установлено значительное повышение уровня СА-125 в плазме крови при эпителиальных раках.
- В диагностике эндометриоза значение этого онкомаркера не столь велико, хотя и доказано его повышение при распространенной тяжелой форме заболевания.
- Определенную диагностическую ценность имеет определение СА-125 как показателя эффективности лечения.
- После терапии аГнРГ — гестригноном, даназолом — уровень этого онкомаркера снижался.
- Повышение уровня СА-125 после его снижения в результате эффективного (клинически) лечения указывает на рецидив эндометриоза.

Лечение.

Цели:

- восстановление фертильности (терапия бесплодия);
- ограничение прогрессирования заболевания и облегчение симптомов (боли, нарушения цикла).

Лечение.

- Бесплодие волнует женщин в возрасте до 40 лет гораздо больше, чем остальные клинические проявления эндометриоза.
- Основной причиной бесплодия при эндометриозе является трубно-перитонеальный фактор.
- Ановуляция или НЛФ при эндометриозе наблюдается не чаще, чем при отсутствии этого заболевания. Однако качество ооцитов снижается при длительно существующем распространенном эндометриозе (III—IV степени).
- Существует большое количество литературы по вопросу лечения бесплодия, причем мнения авторов значительно расходятся, и в основном по вопросу, какой метод следует предпочесть: хирургический или консервативный с применением препаратов аГнРГ?
- В последние годы все чаще проводится ЭКО при бесплодии эндометриоидного генеза.

Современные представления о терапии бесплодия:

- При «малой» форме в отсутствие спаек можно ограничиться лазерной вапоризацией очагов эндометриоза (второй этап — медикаментозная терапия — не обязательна).

- Хирургическое лечение обязательно при наличии эндометриоидных кист яичников.

- При наличии распространенного эндометриоза (средняя III или тяжелая IV степень) первым этапом является хирургическое лечение, вторым — медикаментозное с использованием препаратов аГнРГ в течение 3-6 мес.

- Предоперационное консервативное лечение в течение 3-6 мес. препаратами аГнРГ облегчает хирургическое вмешательство, но, по мнению некоторых авторов, на результаты лечения не влияет.

- У женщин в возрасте старше 35 лет после названных процедур ждать самостоятельного наступления беременности (при проходимых маточных трубах) следует не более 6 мес, после чего рекомендуется ЭКО.

ЭКО рекомендуется также в более молодом возрасте

Ограничение прогрессирования заболевания.

- Современные методы лечения эндометриоза не дают гарантии его излечения.
- Рецидив в репродуктивном возрасте почти всегда наступает.
- Правда, после интенсивной терапии процесс менее агрессивен. Это касается и болевого симптома, и интенсивности распространения процесса.
- В репродуктивном возрасте очень эффективным лечением заболевания является беременность, включающая на 9 месяцев и еще на срок не менее 3 месяцев лактации циклическую функцию яичников и менструальные кровотечения с реальной возможностью заброса крови в полость таза и имплантации на брюшину эндометриальной ткани.

Наружный эндометриоз III-IV степени

I. Комбинированная терапия :

1. этап- назначение аГНРГ от 3-6 мес.

2. этап – удаление лапароскопическим путем (вапоризация) эндометриоидных гетеротопий.

II. Консервативная терапия – в случае отказа от операции, продолжит. 6-8 мес.

Консервативная терапия эндометриоза

Препарат	Механизм действия	Доза и режим	Побочное действие
КОК (однофазные)	Торможение пролиферации эндометрия и овуляторного пика гонадотропинов	6–9 мес. непрерывно	Прибавка веса, гиперкоагуляция, задержка жидкости
Производные норстероидов	Торможение пролиферации, децидуализация и атрофия эндометрия, торможение выделения гонадотропинов	8 мес. непрерывно; 3 мес. во II фазу цикла	Гиперлипидемия, прибавка веса, нагрубание молочных желез, мажущие кровянистые выделения из влагалища
Пролонгированные МПА (Депо-провера)		150 мг 1 раз в 2–3 мес., 6–9 мес.	
Производные андрогенов:			
даназол	Блокада гонадотропинов, атрофические изменения эндометрия	600–800 мг/сут 3–6 мес.	Гирсутизм, сальная кожа, прибавка веса, гиперлипидемия, гипертензия
гестринон		по 2,5 мг 2 раза в неделю в течение 6 мес.	
аГнРГ пролонгированные: золадекс, декапептил, диферелин, люкрин депо и т. д.	Блокада гонадотропной секреции гипофиза, «медикаментозная гонадэктомия»	Иньекции 1 раз в 28 дней, всего 6 раз	«Приливы», потливость, атрофический кольпит, климактерические симптомы, снижение минеральной плотности костей
аГнРГ короткого действия: трипторелин,		Ежедневно 0,1 мг 6 мес. п/к интраназально 3 раза в день в течение 4–6 мес.	Те же
бусерелина ацетат (спрей)			

Консервативная терапия:

- Сообщения о применении мифепристона — антагониста П — в течение 3 мес. по 50 мг в день. Препарат вызывает атрофию в эндометриоидных гетеротопиях через секреторные и децидуальные изменения.
- Сообщения о применении анастрозола — препарата, блокирующего превращение Тст в Е2 , т. е. последний этап синтеза эстрогенов. Снижение образования Е2 будет способствовать торможению пролиферации и препятствовать распространению эндометриоидных гетеротопий.
- Длительное применение наиболее эффективных препаратов аГнРГ вызывает нежелательные и тягостные побочные эффекты — развитие климактерической симптоматики.
- Для их профилактики и терапии предложена так называемая «возвратная» терапия (add-back-терапия).
- Используется ЗГТ — в непрерывном режиме. Это позволяет проводить профилактику остеопении и остеопороза. Существуют различные сроки начала «возвратной» терапии — от 2 недель до 2-3 мес. после первой инъекции аГнРГ. Продолжительность соответствует периоду лечения аГнРГ.

Консервативная терапия:

1. Добавление монофазной комбинированной ЗГТ способствует:

- снижению потерь МПКТ;
- улучшению вазомоторных симптомов;
- сохранению эффективности терапии аГнРГ.

2. Используются следующие препараты:

- клиогест (2 мг E2 + 1 мг НЭТА (норэтистерона ацетат));
- ливиал (2,5 мг/день);
- премелла (0,3 или 0,625 мг E2 + 5 мг МПА/день);
- индивина (1-2 мг E2 + 2,5-5 мг МПА);
- E2-гель или пластырь + 5 мг дюфастона

Алгоритм лечения эндометриоза:

Эндометриоз, заподозренный после изучения анамнеза и физикального обследования

Отсутствие желания иметь детей	Бесплодие (другие причины исключены)
↓	↓
КПК или прогестагены (с приемом или без приема анальгетиков)	Лапароскопия
↓	↓
Нет улучшения	Иссечение эндометриоидных очагов
↓	
Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (с или без низких доз гормона)	
↓	
Нет улучшения	
↓	
Лапароскопия	
Хирургическое лечение	
↓	
Нет улучшения	
↓	
Гистерэктомия и оофорэктомия	

Лечение аденомиоза (внутреннего эндометриоза):

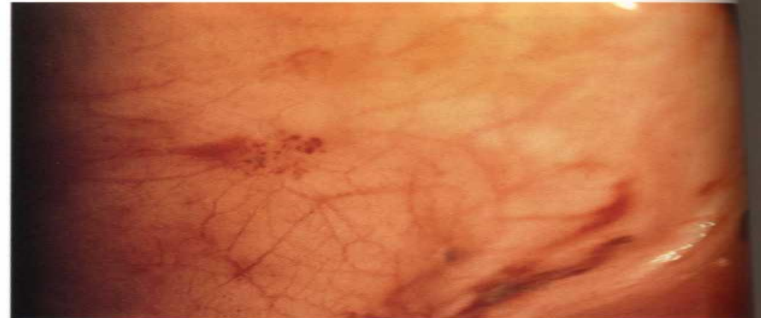
- аденомиоз I—II степени распространения лечения, особенно в перименопаузальном возрасте не требует.
- При III—IV степени распространения консервативная терапия проводится так же, как и при наружном эндометриозе. Самыми эффективными являются препараты аГнРГ.
- Хирургическое лечение показано в следующих случаях:
 - при аденомиозе узловой формы;
 - при сочетании аденомиоза, миомы и маточных кровотечений;
 - при сочетании аденомиоза и миомы размерами более 8 нед. беременности;
 - при сочетании аденомиоза и опухоли яичников.



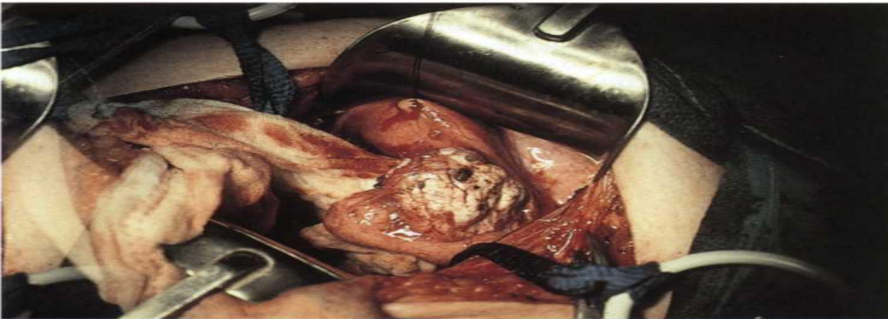
Рисунок 20-1 Очаги эндометриоза глубоко в яичниковой области. Обратите внимание на выраженную воспалительную реакцию в области очагов.



А



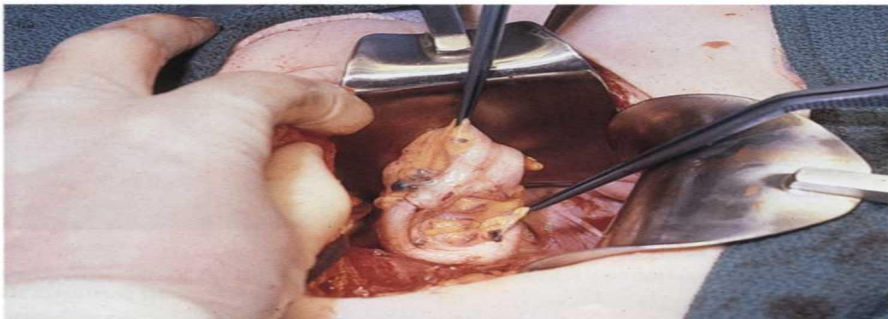
Б



В

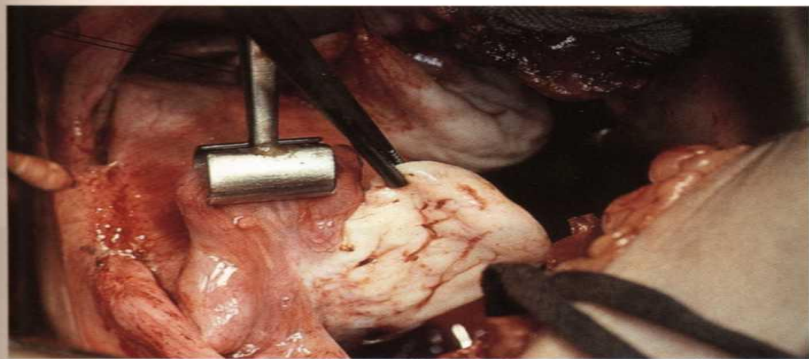


Г

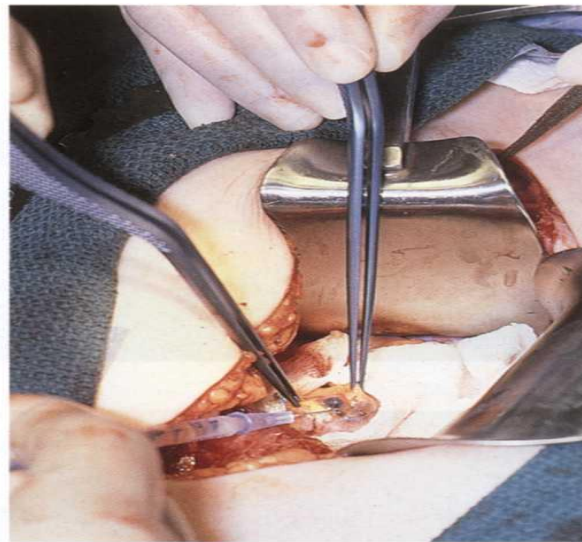


Д

Рисунок 20-2 **А.** Несколько везикулоподобных очагов эндометриоза (подтвержденного гистологически) на фимбриальном отделе фаллопиевой трубы, которая спаяна с яичником. **Б.** Эндометриоз брюшины в точном пространстве: красное пятно с синюшно-черными пятнами в центре. **В.** Характерные черно-коричневые эндометриотические узелки на яичнике. **Г.** Эндометриоз яичника. По мере коагуляции очагов из них поступает коричневая жидкость (гемосидерин). **Д.** Несколько эндометриотических очагов на сигмовидной кишке вызывают дисхезию.

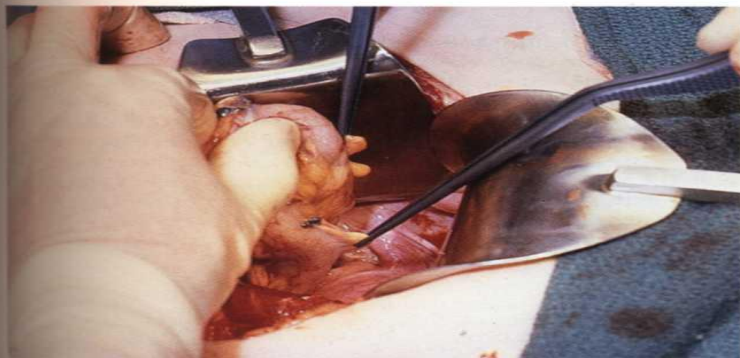


А

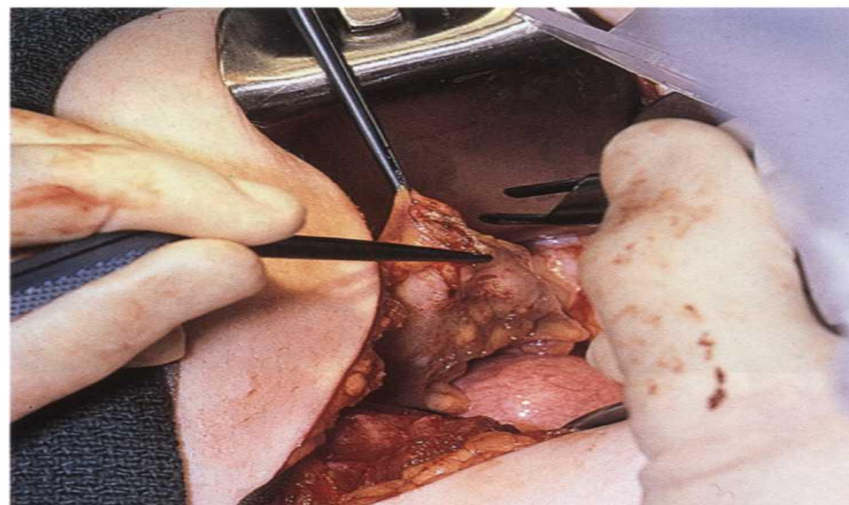


Б

Рисунок 20-3 А. Левые придатки выведены на передний план. Слева виден мочевой пузырь, пораженный эндометриозом. В рубцово-спаечный процесс, вызванный эндометриозом, вовлечены матка и круглые связки. **Б.** Стерильную воду вводят шприцем под эндометриозные очаги на стенке сигмовидной кишки. Вода создает термоизолирующую прослойку, защищающую мышечный и слизистый слой кишки. Аналогичную технику применяют при эндометриозе мочевого пузыря (см. рис. 20-3А).

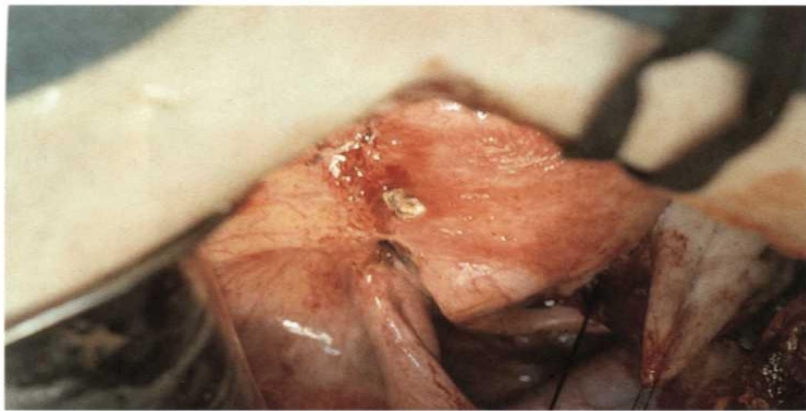


А

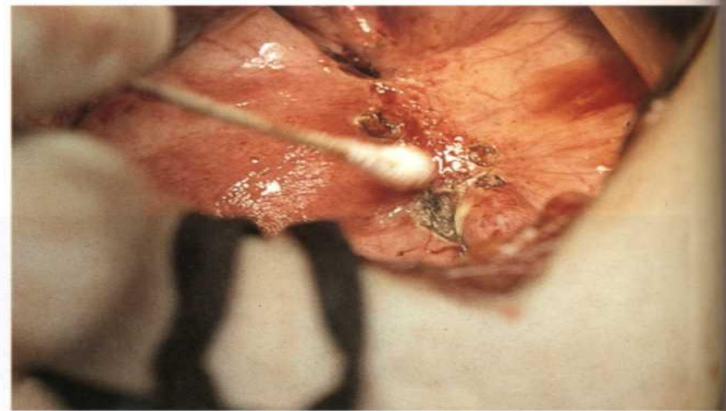


Б

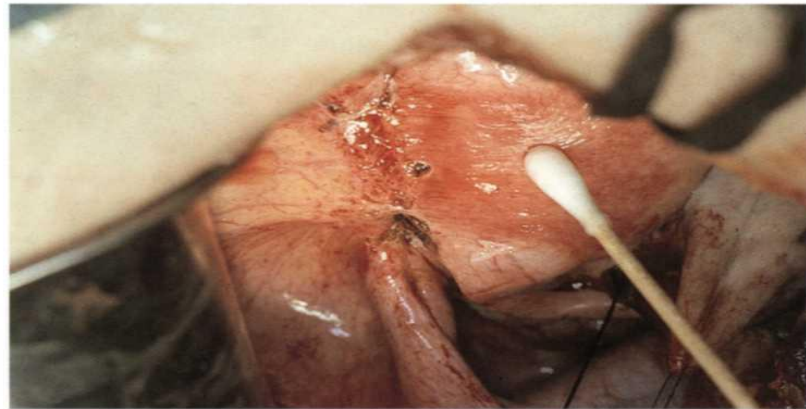
Рисунок 20-4 А. Кишка выведена в рану и подготовлена к выпариванию (в данном случае) или иссечению эндометриоза. **Б.** Эндометриоз на кишке уничтожен лазером (см. рис. 20-2Д, 20-3Б, 20-4А).



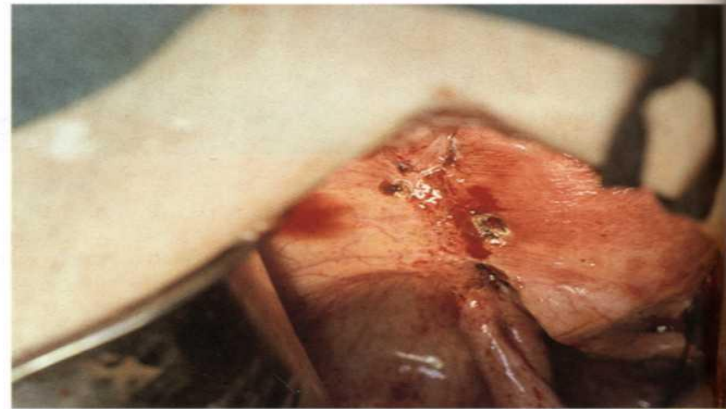
В



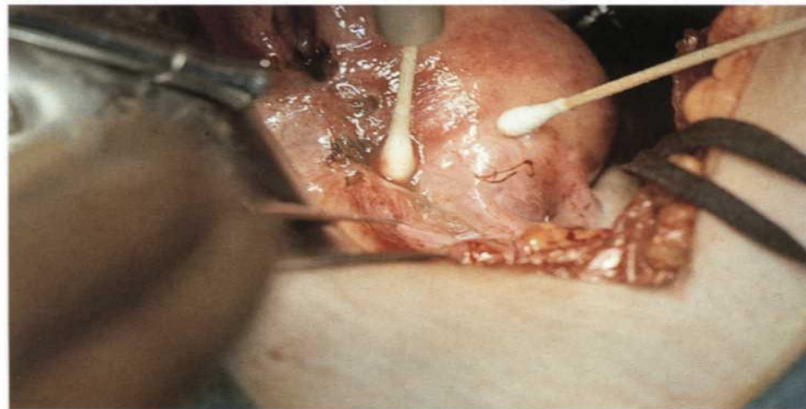
Г



Д

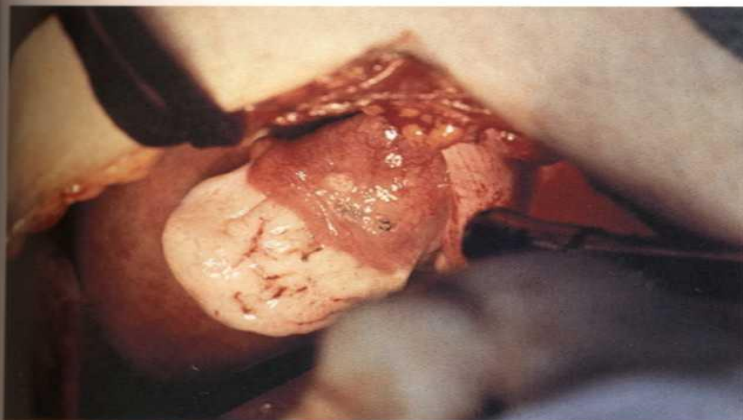


Е



Ж

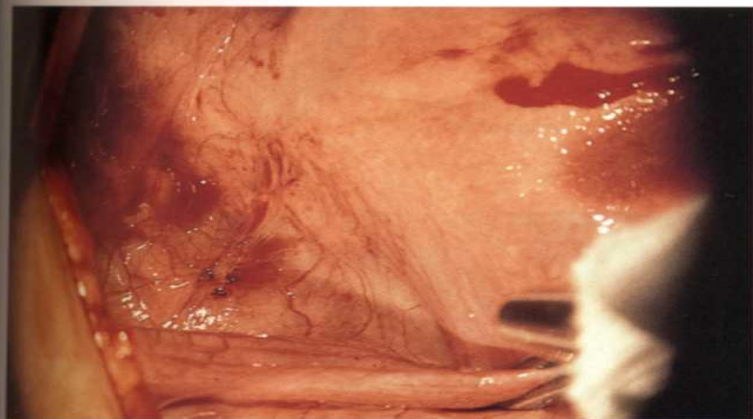
Рисунок 20–4 (продолжение) В. Эндометриоз на мочевом пузыре уничтожен лазером. Наблюдается некоторое обугливание тканей в месте воздействия лазера. Обратите внимание на интимные связи между маткой, правой круглой связкой и мочевым пузырем (см. рис. 20–3А). **Г.** Множественные очаги эндометриоза на пузыре уничтожены лазером. **Д.** Уничтожены очаги на матке. **Е.** Обратите внимание на гемосидерин-содержащую жидкость, поступающую из очагов круглой связки. **Ж.** Пузырь и матку после уничтожения всех эндометриозных очагов обильно промывают. Продукты деструкции удаляют ватным туффером.



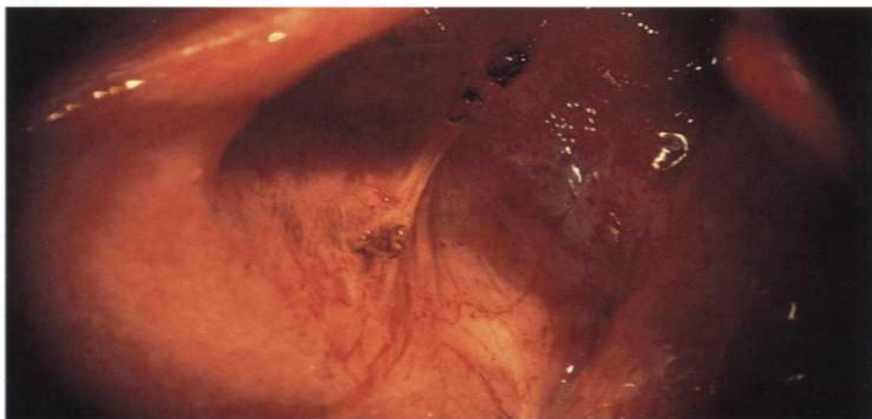
А



Б



В



Г

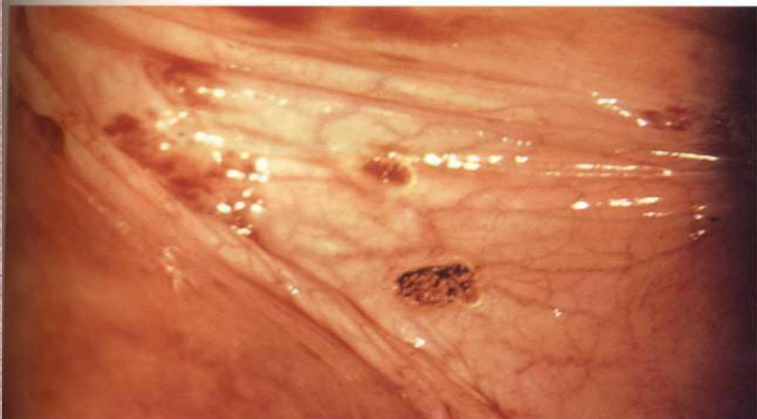
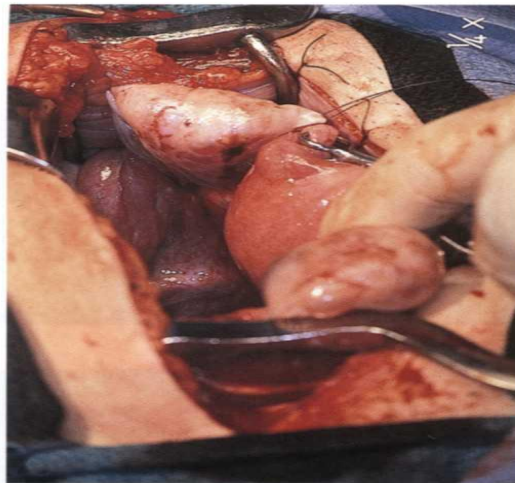
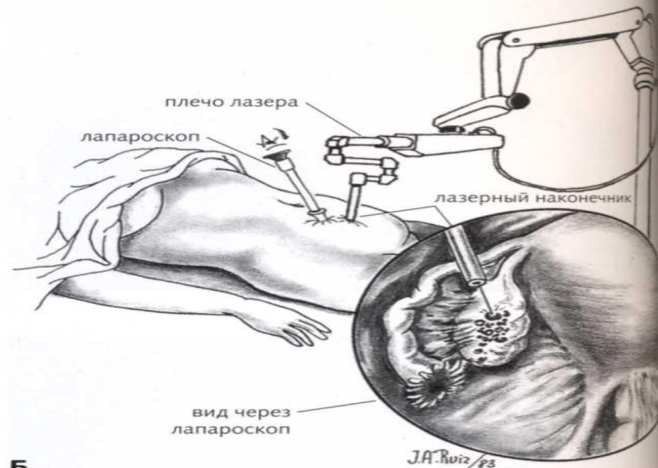


Рисунок 20-5 **А.** Везикулоподобные импланты на фимбриальном отделе трубы аккуратно уничтожены лазером (см. рис. 20-2А). **Б.** После завершения деструкции трубу тщательно промывают физиологическим раствором или гепаринизированным раствором Рингера. **В.** Очаги эндометриоза на брюшине позади маточного пространства расположены очень близко к мочеточнику. Инъекция воды под очаги создает пространство для диссекции и термоизолирующую прослойку. **Г.** Очаги эндометриоза выпарены лазером (см. рис. 20-5В). **Д.** Вид процесса выпаривания имплантов при увеличении. Угольные частички смывают с операционного поля.



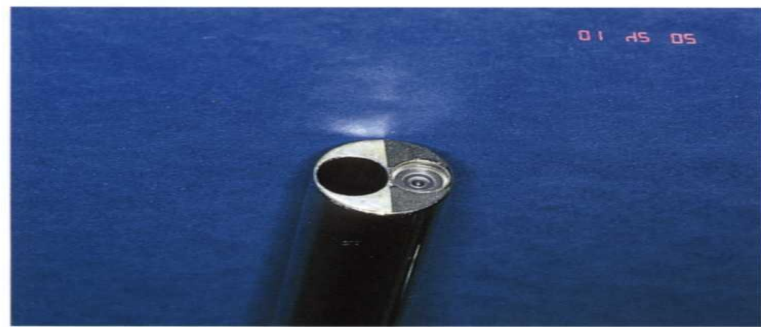
А



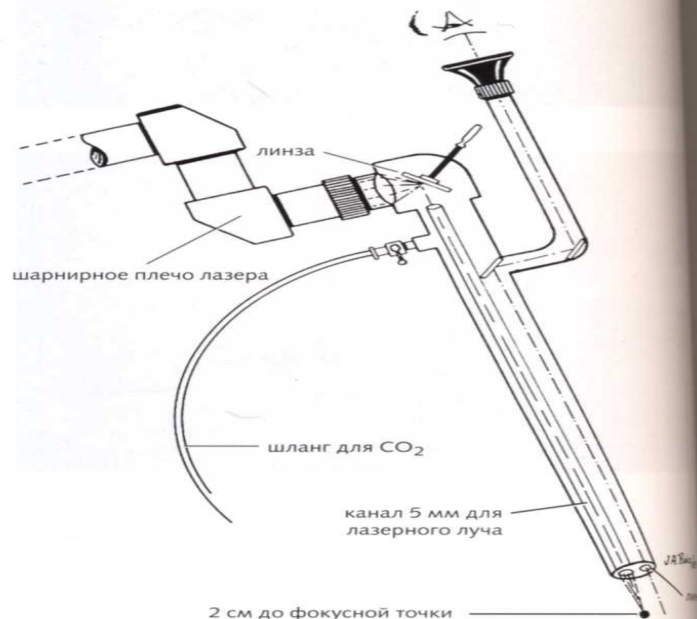
Б



В

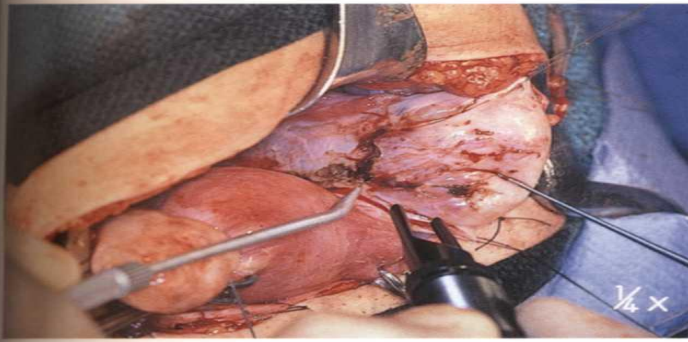


Д



Г

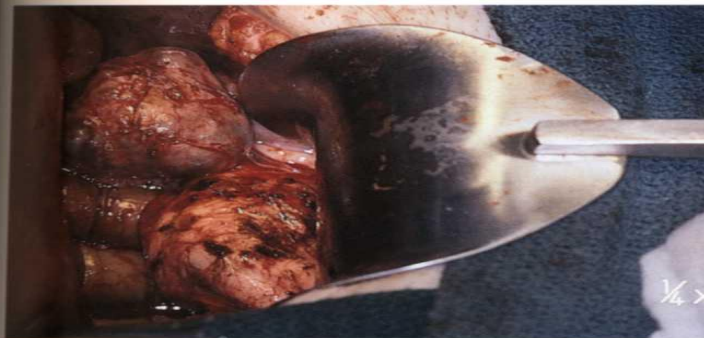
Рисунок 20-6 А. Левый яичник не только поражен поверхностными очагами, но и увеличен, что позволяет предположить наличие эндометриозной кисты. **Б.** Схематичное изображение лазерного наконечника, вводимого через вторичный прокол, и лапароскопической техники удаления эндометриоза. Лазерное излучение можно провести и через широкий канал, встроенный в операционный лапароскоп (см. рис. 20-42). **В.** Лапароскопическая картина доставки лазерного волокна через вторичный прокол. Лазерное волокно проведено через ирригационный наконечник. Таким образом, орошение и выпаривание осуществляют одним инструментом, т.е. в этой процедуре хирург использует только одну руку. **Г.** Схема доставки лазерного излучения через операционный канал лапароскопа. В этом случае в одном инструменте соединены собственно хирургический инструмент, источник света и оптическая система. **Д.** Конечная часть лапароскопа для доставки лазерного излучения. Обратите внимание на соотношение размеров лазерного канала (слева) и оптики (справа).



Е

Ж

Рисунок 20-6 (продолжение) **Е.** Эндометриоз яичника удаляют с помощью ручного лазерного манипулятора. Зонд указывает на жидкость, поступающую из выпариваемого импланта. **Ж.** Вид яичника после уничтожения эндометриоза лазером.



А

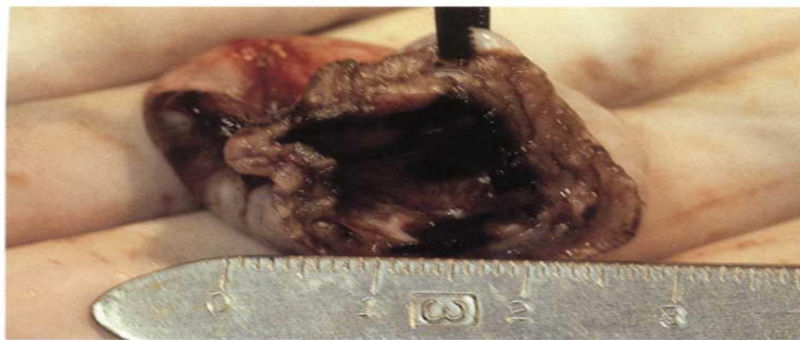
Б



В

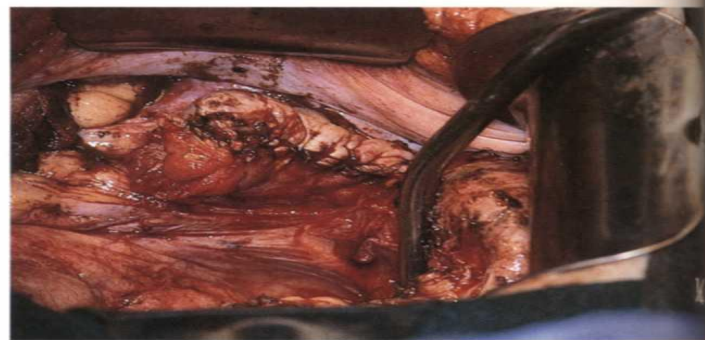
Г

Рисунок 20-7 **А.** Эндометриоз IV степени распространения: на матке множественные импланты, в яичниках — двусторонние эндометриоидные кисты, матка и сигмовидная кишка были интимно подпаяны к брюшине позадииматочного пространства (спайки уже разделены). **Б.** Эндометриоидные очаги на матке уничтожены лазером. **В.** Глубокие очаги эндометриоза выпарены лазером. **Г.** Эндометриоидная киста вскрыта и дренирована. Стенки кисты будут резецированы.

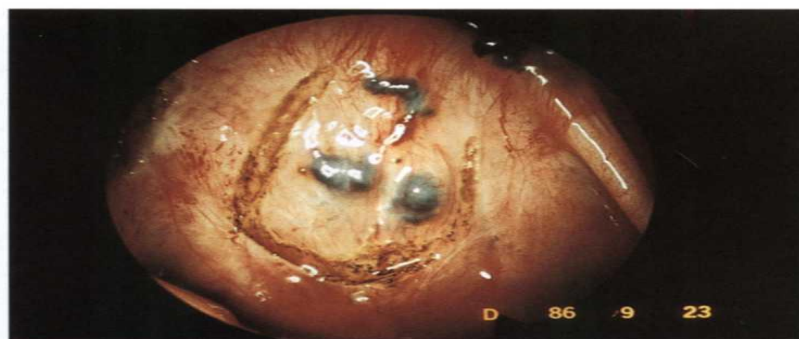


Д

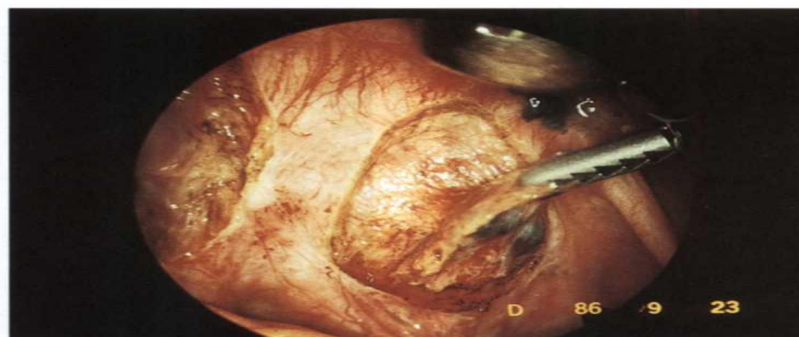
Рисунок 20-7 (продолжение) Д. Хирург держит удаленную кисту в руке. **Е.** Примерно половина яичника сохранена. Рана зашита в два слоя нитью PDS 3-0 и 4-0.



Е



А



Б

Рисунок 20-8 А. Глубокий инфильтративный эндометриоз. Зона эндометриоза очерчена CO₂-лазером (предоставлено Dan Martin). **Б.** Эндометриоз иссечен из позадиматочного пространства (предоставлено Dan Martin).



***Спасибо за
внимание!***