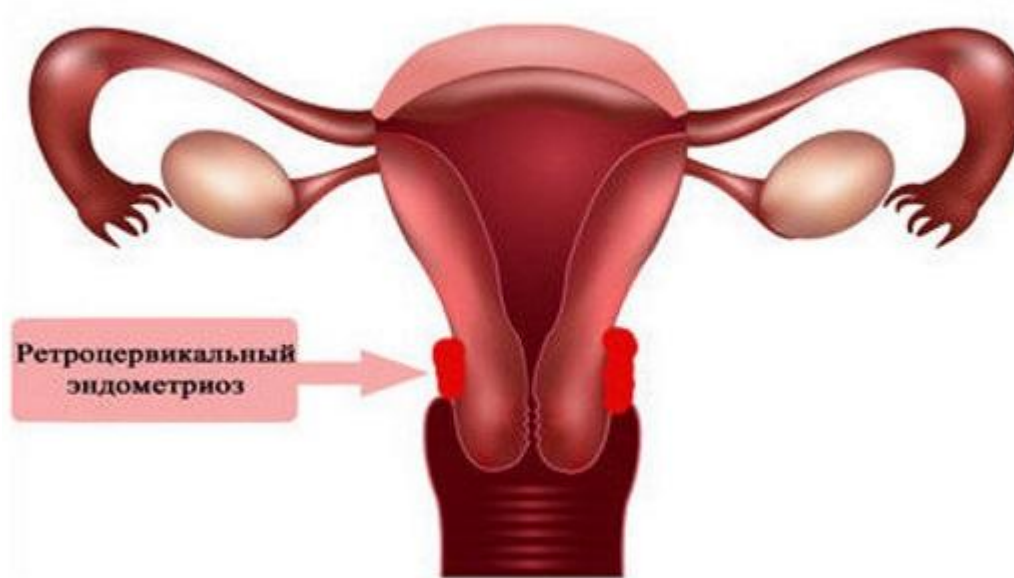


Ретроцервикальный эндометриоз



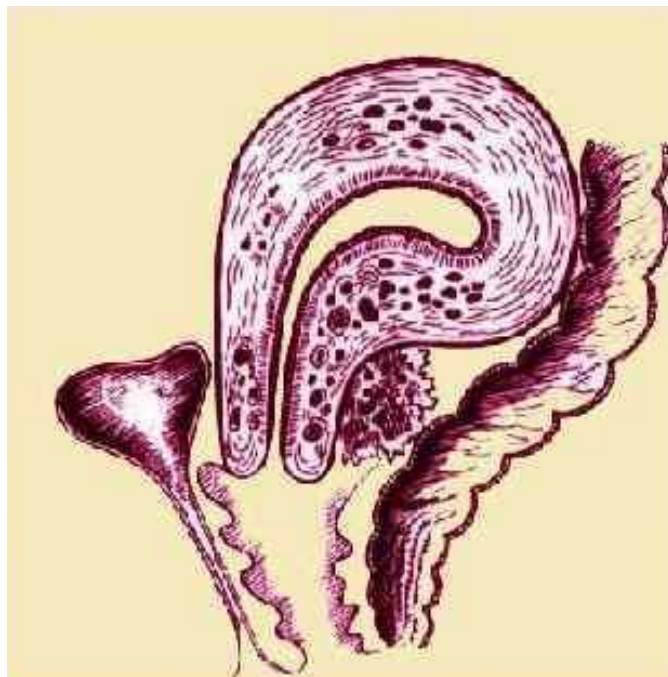
Доклад подготовила: студентка IV курса
Джамутдинова Ситора Баходуровна

План:

1. Понятие эндометриоз
2. Классификация эндометриоза ретроцервикальной локализации
3. Клиническая картина (симптомы, факторы)
4. Физикальное обследование + диагностика
5. Тактика лечения пациенток с ретроцервикальным эндометриозом

Эндометриоз – патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки.

Ретроцервикальный эндометриоз – эктопия эндометрия в область проекции задней поверхности шейки матки, т.е. область крестоцово-маточных связок, жировой клетчатки.



Клинические классификации эндометриоза:

- по происхождению; [D.Redwine, 1987]
- по глубине поражения; [D.Martin, 1989]
- по локализациям экстрагенитального эндометриоза. [J. Rock и соавт. 1989]
- по локализации и площади поражения, сопутствующему спаечному процессу [rASRM,1996]

Классификация РЭ, определяющая объем вмешательств и тактику лечения

- ❑ Стадия 1 – эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки
- ❑ Стадия 2 – прорастание эндометриоидной ткани в ш.м. и стенку влагалища, с образованием кист и в серозный покров ректосигмоидного отдела прямой кишки
- ❑ Стадия 3 – распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки, серозный и мышечный покров прямой кишки
- ❑ Стадия 4 – вовлечение в патологический процесс слизистой прямой кишки, с распространением на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки.



Стадия I



Стадия II



Стадия III



Стадия VI

Стадия 1: 1-5 баллов

Стадия 2: 6-15 баллов

Стадия 3: 16-40 баллов

Стадия 4: более 40 баллов

Таблица 1. Оценка стадий эндометриоза по классификации AFS/ASRM^a, баллы

Эндометриоз			Размер очага		
			Менее 1 см	1–3 см	Более 3 см
Брюшина		Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	2	4	6
Яичник	Правый	Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	4	16	20
	Левый	Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	4	16	20
Облитерация прямокишечно-маточного углубления					
Частичная					4
Полная					40
Спайки			Запаяно менее 1/3	Запаяно 1/3–2/3	Запаяно более 2/3
Яичник	Правый	Рыхлые	1	2	4
		Плотные	4	8	16
	Левый	Рыхлые	1	2	4
		Плотные	4	8	16
Фаллопиева труба	Правая	Рыхлые	1	2	4
		Плотные	4 ⁶	8 ⁶	16
	Левая	Рыхлые	1	2	4
		Плотные	4 ⁶	8 ⁶	16

ОЦЕНКА ИНДЕКСА ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ (EFI)

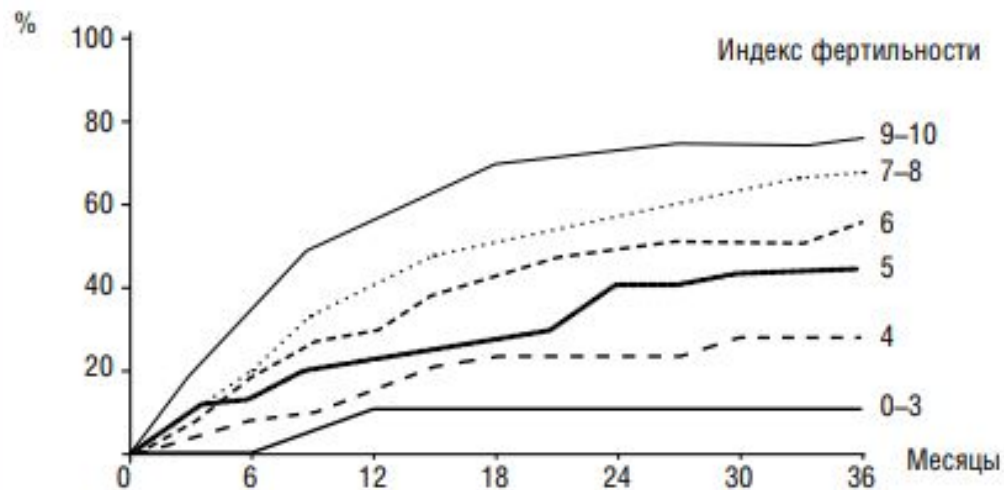
РАСЧЁТ МИНИМАЛЬНОЙ СОХРАНЁННОЙ ФУНКЦИИ (LF) ПО ДАННЫМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Оценка	Описание	Орган или структура	Баллы		Сумма баллов
			Слева	Справа	
4	Нормальная	Фаллопиева труба			
3	Лёгкая степень дисфункции				
2	Умеренная дисфункция	Фимбрии			
1	Тяжёлая дисфункция	Яичник			
0	Отсутствие/потеря органа	Оценка LF			

РАСЧЁТ ИНДЕКСА ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ (EFI)

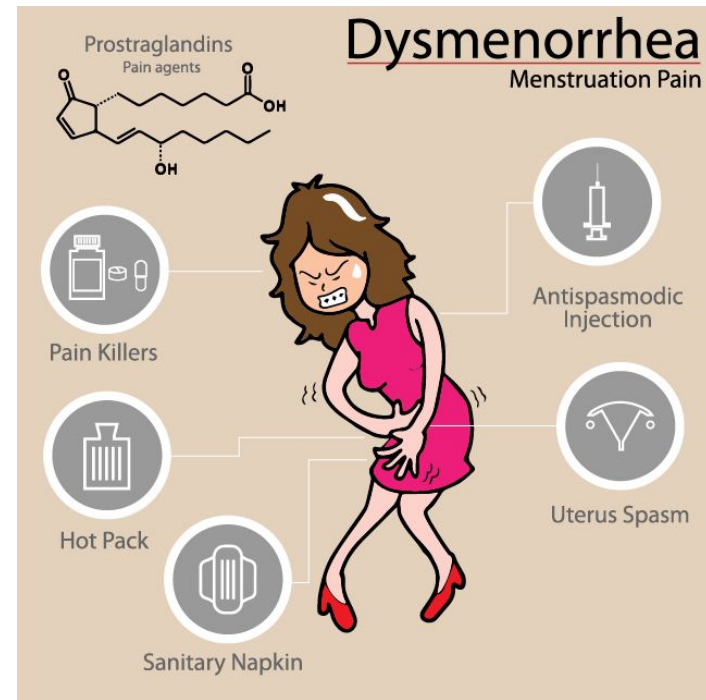
Данные анамнеза (ДА)	Баллы	Данные вмешательства (ДВ)	Баллы
Возраст		Оценка LF	
35 лет и менее	2	7–8	2
36–39 лет	1	4–6	3
40 лет и более	0	1–3	0
Срок infertilityности		Оценка AFS (эндометриоз)	
3 года и менее	2	Менее 16	1
Более 3 лет	0	16 и более	0
Наличие беременностей		Оценка AFS (общая)	
Есть	1	Менее 71	1
Нет	0	71 и более	0
Оценка ДА		Оценка ДВ	
EFI (оценка ДА + оценка ДВ)			

EFI даёт максимально чёткий прогноз относительно вероятности наступления беременности в естественном цикле у пациенток с хирургически подтверждённым заболеванием.



Клиника:

- Тазовая боль
- Дисменорея
- Диспареуния
- Нарушения стула
- АМК
- Бесплодие
- Нарушения менструального цикла



Факторы:

- Обильные менструальные кровотечения, в т.ч. посткоитальные
- Дисменорея и/или диспареуния, симптомы которых не исчезают или слабо купируются при приеме КОКов и НПВС
- Наличие эндометриоза у мамы/сестры пациентки
- Наличие предменструальных и постменопаузальных *скудных кровянистых выделений* в виде мазни в течение 2 дней и т.д.

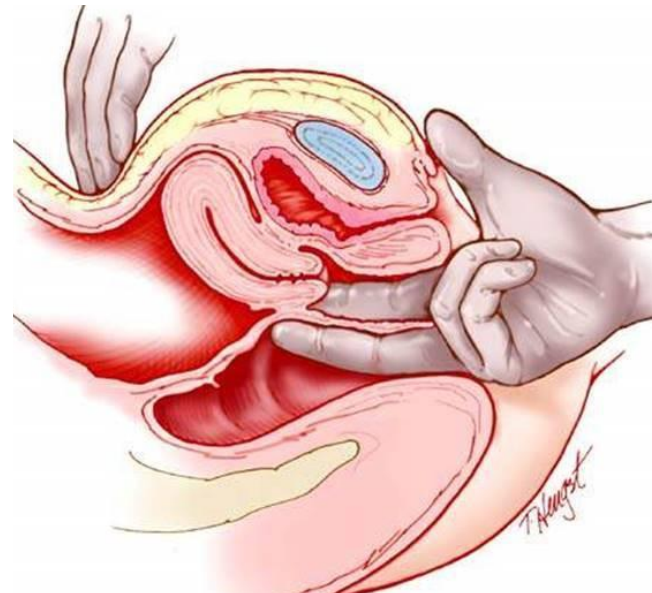
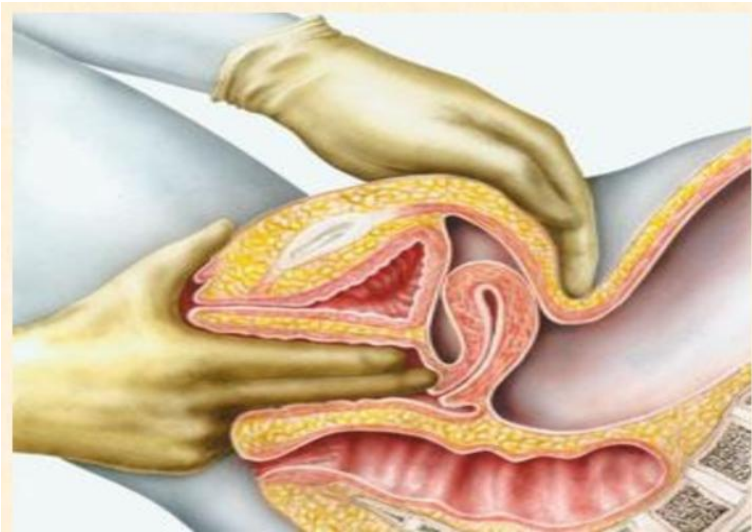


Физикальное обследование:

Рекомендовано проведение:

- визуального осмотра наружных половых органов
- осмотра ш.м.
- бимануального влагалищного и ректовагинального исследования

ВСЕМ пациенткам с подозрением на эндометриоз!



Изменения при влагалищном исследовании:

- Латеральное смещение матки
- Фиксированная и резко смещенная матка
- Объемные образования придатков
- Наличие узлов в маточно-крестцовой области, утолщение, напряжение и/или образование в связке
- Укорочение и напряжение сводов влагалища
- Выраженный стеноз шейки матки

При ректовагинальном исследовании: болезненность и ограничение подвижности слизистой кишечника

Инструментальное обследование:

Специфическая лабораторная диагностика эндометриоза не разработана.

1. УЗИ органов малого таза
2. МРТ (при возможности) при сочетанных заболеваниях у пациенток репродуктивного возраста
3. Лапароскопия

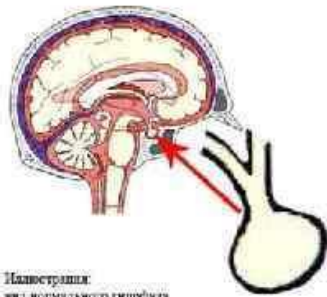
Медикаментозное лечение:

Лечение комплексное.

1. **НПВС** – для купирования болевого синдрома
2. **Прогестагены/гестагены** – терапия первой линии:
 - Диеногест
 - Дидрогестерон
3. **КОК** – эмпирическая терапия, профилактика рецидивов заболевания после хирургического лечения
4. **аГн-РГ** – при установленном эндометриозе или после хирургического лечения
5. Левоноргестрел в виде внутриматочной спирали

Левоноргестрел

Оказывает влияние на гонадотропную функцию гипофиза, снижая пик ФСГ и ЛГ



Вызывает временные атрофические изменения в эндометрии, которые приводят к нарушению процесса имплантации яйцеклетки



Увеличивает вязкость цервикальной слизи, что препятствует продвижению сперматозоидов



Применяется в перименопаузе или при обильных кровотечениях во время менструального цикла (для пациенток не планирующих беременность и с АМК)

Хирургическое лечение:

Преимущественно использование лапароскопического доступа.



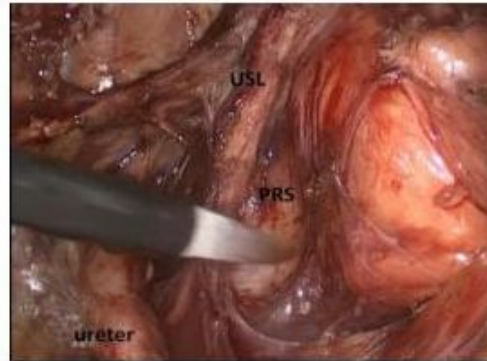
Рисунок 27 – На данном рисунке визуализируется так называемый «freeze» pelvis или «замороженный» малый таз, за счет эндометриoidного инфильтрата (указан стрелкой), вовлекающего в спаечный процесс матку, придатки, ректосигмоидный отдел толстой кишки.



Рисунок 29 – Адгезиолизис. Для последующих этапов операции использовалось следующее расположение лапароскопических инструментов: биполярный зажим – центральный порт, ножницы (ирригатор) – левый боковой порт



Рисунок 34 – Анатомическое расположение левого параректального пространства, левого мочеточника и левой крестцово-маточной связки



https://youtu.be/_5368VmFZ3E

Список использованной литературы:

1. Адамян, Л.В. Генитальный эндометриоз: дискуссионные вопросы и альтернативные подходы к диагностике и лечению / Л.В. Адамян, Е.Л. Яроцкая // Журн. акушерства и женских болезней. – 2002. – No 3. – С. 103-111.2.
2. Адамян, Л.В. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему / Л.В. Адамян, С.А. Гаспарян. – Ставрополь, 2004. – 228 с.3.
3. Адамян, Л.В. Эндометриозы : рук. для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2006. – 416 с.
4. Adamson, G.D. Endometriosis Fertility Index: is it better than the present staging systems? / G.D. Adamson // Curr. Opin Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 25, No 3. – P. 186-192.
5. The American Fertility Society. Revised American Fertility Society classification of endometriosis: 1985 // Fertil Steril. – 1985. – Vol. 43, No 3. – P. 351-352.

Спасибо за внимание!