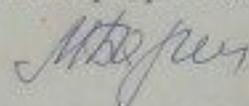


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

## РЕФЕРАТ

### ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА

Выполнила:

клинический ординатор

Ткачева Н.В.

Красноярск, 2017.

## Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

клинического ординатора Ткачевой Н.В. на тему: «ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА»

Работа Ткачевой Н. В. посвящена проблемам эндометриоза в современной практике акушера-гинеколога.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной– логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое– знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

Считаю, что реферат Ткачевой Н.В. полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».

*А.В.Усман*

## **Содержание**

1. Введение, определение.....	2
2. Классификация.....	3
3. Клиническое течение.....	4
4. Объективные методы исследования.....	5
5. Лечение .....	6
6. Список литературы.....	8

**Эндометриоз** - это эндометриоподобные разрастания, которые вышли за пределы нормального расположения, то есть внутренней выстилки матки. Эти разрастания проявляют себя так же, как и в месте нормального расположения. Они состоят всегда из эпителиального компонента и стромального компонента. *Макроскопически* эндометриоз представляет собой мелкие кистовидные фокусы. Выполнены они слизью или измененной кровью. Иногда сравнивают с шоколадным содержимым. Эти полости могут быть одиночными или множественными, имеют ячеистое строение. *Микроскопически* это всегда скопление ячеистых образований, трубчатых, ветвящихся или кистознорасширенных образований, которые изнутри выстланы цилиндрическим эпителием, иногда даже имеют ресничатость. Эпителий располагается на строме, которая представляет собой капсулу этой ячейки. Вокруг ячейки происходит гиперплазия мышечных волокон, образуются опухолевые узлы. Развитие эндометриодных образований непосредственно связано с гормональной функцией яичников и функцией гонадотропных гормонов. То есть это абсолютно гормонозависимое опухолевидное образование. Иногда его называют дисгормональным пролифератом.

В эндометриодных очагах можно различить эпителий, находящийся в фазе пролиферации, фазе секреции. Можно обнаружить перестроенные кровоизлияния, децидоидные превращения слизистой. Это происходит параллельно с теми превращениями, которые происходят в матке, но четкой циклической зависимости не существует. Все трансформации, которые происходят в нормальной эндометрии, происходят и в этих очагах. Эндометриоз всегда связан с репродуктивным периодом, то есть периодом активности менструальной, гормональной функции, и эндометриоз может регрессировать в менопаузе. Эндометриоз может сочетаться с развитием миомы матки. Что первично, а что вторично не всегда можно определить, даже по морфологическому строению. Иногда миома матки развивается вначале, а потом внедряется эндометриоз, а иногда и наоборот. Эндометриоз очень сходен с опухолью по способности к инфильтрирующему росту, метастазированию. Но есть и различия - это отсутствие клеточной атипии.

Какой-то единой теории развития эндометриоза нет. Главенствует теория *интрафетонная*, теория дисфункции иммунной системы и теория эмбрионального происхождения. Теория интрафетонного происхождения связана с четкой зависимостью развития этих имплантантов из матки. Распространяются имплантанты гематогенным или лимфогенным путем.

Встречается эндометриоз врожденный (теория *эмбрионального* происхождения). Он связан с дисэмбриопластическим происхождением - из остатков протоков первичной почки. Нередко обнаруживается у пациентов с пороками развития.

Теория *дисфункции иммунной системы* четко связана с тем, что появляется Т-клеточный иммунодефицит у этих больных. Имеется угнетение функции Т-супрессоров, активация эффекторов ГЗТ, В-лимфоцитов.

Существует *миграционная* теория. Она связывает развитие эндометриоза с попаданием в кровяное русло и другие органы клеток эндометрия непосредственно. Способствует пролиферации клеток в других органах усиленная продукция эстрогенов. С одной стороны повышенная продукция эстрогенов приводит к повышенному выделению кортикостероидов. Они относятся к иммунодепрессантам, и таким образом, обуславливают благоприятное развитие клеток эндометрия в несвойственных им местах.

Таким образом, в этиологии и патогенезе эндометриоза имеют значение гормональные факторы (нарушение содержания и соотношения стероидных и гонадотропных гормонов), нарушение тех закономерностей, которые лежат в основе регуляции овариально-менструального цикла, функциональная недостаточность гипоталамической области, а именно тех структур, которые регулируют половое созревание, и как следствие повышение продукции ФСГ, ЛГ и гиперэстрогения.

В патогенезе играет огромную роль воспалительный фактор. Еще не доказано первичным или вторичным является воспалительный фактор в развитии эндометриоза. Всегда имеется воспалительная реакция вокруг очагов эндометриоза. Довольно часто имеется сочетание любых воспалительных процессов в гениталиях с эндометриозом.

Имеют значение наследственные факторы. Атрезия матки также играет большую роль. При атрезии может быть заброс крови в брюшную полость и миграция клеток эндометрия. При ретрофлексии матки (большой перегиб матки кзади) смыкаются цервикальный канал и внутренний зев, и первые крови при менструации и клетки эндометрия попадают через маточные трубы в брюшную полость.

Наиболее часто эндометриоз встречается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет.

### **Классификация:**

- 1) половой,
- 2) неполовой.

Половой (генитальный): 1) внутренний (матка и трубы),  
2) наружный (влагалище, наружные половые органы, промежность, шейка матки, круглые связки матки, позадишеечная клетчатка).

Неполовой (экстрагенитальный) эндометриоз обнаруживается в разных органах: аппендикс, пупок, сальник, мочевого пузыря, мочеточники, кишечник, брюшина и т.д.

Внутренний эндометриоз называется *аденомиозом матки*.

Имеется ретроцервикальный эндометриоз. Аденомиоз находится в самой толще эндометрия. Ретроцервикальный эндометриоз располагается в клетчатке параметрия.

Довольно часто сейчас встречается эндометриоидные "шоколадные" кисты яичника. Размеры от мелких очаговых образований до крупных кист (10-15 см). Встречается эндометриоз угла матки. Виден узел угла матки, обычно темно-синего цвета. Часто развивается после внематочной беременности.

Эндометриоз часто развивается после операций на матки, когда прошивают нитками эндометрий. Клетки эндометрия тянутся вместе с нитью и иглой. Особенно излюбленные места эндометриоза - это область крестцово-маточных связок и место перехода брюшины матки в брюшину прямой кишки (Дугласов карман). На брюшину имплантируются мелкие очаги эндометриоза. Также часто поражается брюшина в области пузырьно-маточной складки, особенно место впадения мочеточник в мочевой пузырь.

### **КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ**

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:*

1) 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.

2) 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.

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

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

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

6) 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 развиваться гидронефроз, пиелонефрит.

Малые формы эндометриоза иногда протекают бессимптомно. 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 с маткой, а находится в клетчатке 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 лацерируются, 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 *лапароскопия*.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

Имеются показания к хирургическому лечению: 1) 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; 2) сочетание аденомиоза с нарушенным эндометриозом; 3) прогрессирующая гиперполименорея, сопровождающаяся хронической анемией; 4) 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 гиперэстрогении, 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 таблетке в течение длительного периода для лечения и противорецидивной терапии.

Можно использовать такие препараты как тризистон, минизистон. Также используются для длительного лечения, но уже в контрацептивном режиме.

Наиболее активными являются два препарата:

- 1) Гозол (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 течение длительного времени (6 месяцев). Имеет место подавление менструальной функции. Особенно хорош гонозол как противорецидивный препарат. Назначается после операции на 4-6 месяцев.

- 2) 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 эндометриoidных очагов, а также рекомендуется перед операцией.

*Противовоспалительная терапия.* Должна включать различные рассасывающие препараты, физиотерапию (электрофорез, микроклизмы с йодистым калием или с тиосульфатом натрия), гипербарическую 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.

### **Список литературы**

1. Гинекология. Учебник под ред. Василевской Л.Н. Ростов-на-Дону. "Фени] 2004г.- с.573
2. Дуда В л.И. и соавт. Гинекология. Минск. "Интерпрессервис". 2002г.-с.
3. Татарчук Т.Ф. и соавт. Эндокринная гинекология. Киев. 2003г.-с.694