

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

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ:

Аденомиоз.

Выполнила:

клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
лечебного факультета

Проверил:

Потапчук А.А.
Ассистент Коновалов В.Н.

Оглавление

Оглавление	2
Актуальность.....	3
Классификация.....	3
Патогенез.....	4
Симптоматика и диагностика аденомиоза.	5
Диагностика аденомиоза.....	6
Лечение аденомиоза.....	7
Профилактика аденомиоза.....	8
Заключение.	9
Литература.....	9

Актуальность.

Аденомиоз -- это доброкачественное заболевание, характеризующееся распространением ткани эндометрия (желез и стромы) в миометрий на глубину более 1 мм. Ранее аденомиоз относили к внутреннему эндометриозу. Эта терминология в современной гинекологической практике не применяется, так как эндометриоз и аденомиоз -- это разные заболевания с разным патогенезом, различными симптомами и подходами к лечению.

На данный момент заболеваемость аденомиозом значительно увеличилась в популяции и по распространённости находится на одной ступени с аднекситом (воспаление яичников, маточных труб) и фибромой матки.

Классификация

Классификация аденомиоза основывается на морфологических признаках, а также на степени глубины поражения миометрия. Исходя из этого можно выделить четыре формы аденомиоза:

- очаговая – локальные аденомиозные очаги образованы в подлежащих тканях клетками эндометрия;
- узловая – клетки эндометрия, находящиеся в миометрии, которые по своей форме напоминают узелки (аденомиомы). Образующаяся из-за воспаления соединительная ткань окружает многочисленные узлы, заполненные кровью;
- диффузная – клетками эндометрия не образуются явные узлы или очаги;
- смешанная – сочетание узлового и диффузного аденомиоза.

По глубине проникновения эндометрия подразделяется на:

- 1 степень – вовлечён только подслизистый слой;
- 2 степень – мышечный слой поражается не более, чем на половину;
- 3 степень – поражение более половины мышечного слоя;
- 4 степень – тотальное поражение мышечного слоя, в процесс могут вовлекаться смежные органы и ткани.

Патогенез.

Как и при многих других гинекологических заболеваниях, хирургические внутриматочные вмешательства (аборты, диагностические выскабливания, резекции полипов без контроля гистероскопии) могут стать пусковыми механизмами для развития аденомиоза. В момент проведения этих процедур может возникнуть повреждение базальной пластинки, отделяющей эндометрий от миометрия, вследствие чего происходит инвазия (заражение) клеток эндометрия в толщу стенки матки. Осложнённые роды, длительное использование внутриматочных средств контрацепции (спиралей), дисфункциональные маточные кровотечения также следует отнести к возможным причинам аденомиоза.

Стоит отметить ряд причин, негативно сказывающихся на состоянии репродуктивной системы: возраст менархе (слишком раннее или слишком позднее наступление первого менструального кровотечения), поздняя дефлорация (разрыв девственной плевы), длительный прием КОК и других гормональных препаратов, возраст (наличие гормональной активности), ожирение.

Факторы, сопряжённые с высокими рисками развития аденомиоза:

- общее состояние женщины (снижение иммунных сил организма, отягощенный аллергологический анамнез (переносимость аллергенов); рецидивирующие инфекционные заболевания, хронические процессы, артериальная гипертензия (повышение давления), гиподинамия — малоподвижный образ жизни)
- неблагоприятная социальная обстановка, при которой женщина подвергается воздействию сильных стрессов;
- плохая экологическая ситуация.

У пациенток, близкие родственницы которых страдали аденомиозом, эндометриозом и опухолевидными образованиями органов репродуктивной системы, вероятность возникновения аденомиоза значительно выше. Не исключён врождённый аденомиоз в связи с нарушениями на этапе внутриутробного развития.

Причина развития аденомиоза остается неизвестной. Согласно современной теории, высокий уровень эстрогенов вызывает гиперплазию базального слоя эндометрия. При неизвестных обстоятельствах физиологический барьер между эндометрием и миометрием разрушается и происходит инвазия клеток эндометрия в миометрий. Учитывая, что эта патология развивается более часто у женщин, которые рожали, высказывается гипотеза, что триггерным механизмом нарушения эндометрия-миометриального барьера и развития эндометриальной инвазии в миометрий может быть эндометрит.

Аденомиоз приводит к диффузному увеличению матки, вступлению шарообразной формы вследствие гипертрофии и гиперплазии клеток миометрия, прилегающих к эктопической эндометрия ткани. Заболевание обычно является более выраженным в задней стенке матки. Учитывая, что эндометрическая ткань при аденомиозе происходит из базального слоя слизистой оболочки матки, она не подлежит циклическим пролиферативным и секреторным изменениям под действием яичниковых гормонов и не отвечает на экзогенные гормональные стимулы (медикаментозное лечение). Подобно миоме матки, зоны аденомиоза не имеют капсулы.

Аденомиоз может также быть представлен изолированной четко очерченной округлой зоной в миометрии, получившей название аденомиомы. Аденомиома содержит гладкомышечные клетки, а также железы и строму эндометрия. Этот узловый рост аденомиоза может иметь место в миометрии или распространяться в полость матки с образованием полипа.

Симптоматика и диагностика аденомиоза.

У 30% пациенток с аденомиозом заболевание имеет бессимптомное или малосимптомное течение и не требует вмешательства. Симптоматический аденомиоз более частый у женщин в возрасте 35-50 лет. Наиболее частыми проявлениями симптомного аденомиоза является вторичная дисменорея (30% случаев), меноррагия и менометрорагия (у 50% больных) и их сочетания (у 20% пациенток).

Наиболее частой жалобой больных с аденомиозом являются чрезмерные и длительные менструальные кровотечения (меноррагии). Дисменорея характеризуется началом болевого синдрома за 1 нед до начала менструации и продолжается до прекращения кровотечения. Некоторые пациентки могут жаловаться на ощущение давления на мочевой пузырь и прямую кишку вследствие увеличения матки.

Объективное обследование.

При бимануальном гинекологическом исследовании у пациенток с аденомиозом нередко обнаруживают диффузно увеличенную шарообразную матку, которая в тяжелых случаях может быть в 2-3 раза больше нормы, но обычно не превышает 14 см. Консистенция матки обычно является мягкой, в отличие от твердой, узловой матки с миомами.

Аденомиоматозная матка может быть болезненной накануне или во время менструации, но обычно является мобильной в полости таза и не имеет сращений с придатками матки и не сопровождается их патологическими изменениями, как при эндометриозе.

Бугристость матки и опухолевидные образования могут свидетельствовать о наличии аденомиоза в узловой форме; увеличенная, шаровидная форма матки — о распространенности процесса диффузного характера. Иногда аденомиоз является сочетанной с миомой патологией, в подобных ситуациях симптоматика аденомиоза остается классической. Исключением является размер матки по окончании менструального цикла: она не становится меньше и соразмерна миоме. Сочетание вышеперечисленных признаков с наличием у пациентки интенсивных болезненных и продолжительных менструаций позволяет предварительно поставить диагноз — «аденомиоз».

Диагностика аденомиоза

УЗИ при аденомиозе

УЗ-сканирование трансвагинальным датчиком дает наиболее информативные данные о патологии. Для более точной диагностики исследование также стоит проводить незадолго до начала менструации. Однако достоверность ультразвукового исследования значительно снижается при диффузной форме аденомиоза.

Гистероскопия и лапароскопия

При диффузной форме аденомиоза целесообразно использовать современный эндоскопический метод диагностики внутриматочных патологий — гистероскопию. Нередко во время проведения процедуры при подозрении на аденомиоз выявляются и

устраняются иные отклонения, которые не удалось визуализировать при проведении УЗИ – полипы в матке, гиперпластические изменения эндометрия, маточную миому.

При лапароскопии видны очаги эндометриоза на внутренней поверхности брюшной стенки, спайки в трубах и эндометриоз яичников. Во время процедуры можно удалить эти очаги и разделить спайки.

МРТ и КТ при аденомиозе

При возникновении трудностей дифференциальной диагностики прибегают к выполнению МРТ. Плюсами этого метода является неинвазивность (проникновение в организм, не повреждающее кожные покровы) и точность полученных данных, а также получение чёткого трехмерного изображения, что исключает возможность диагностических ошибок.

КТ может быть дополнительным методом диагностики при аденомиозе. При обследовании будут видны очаги эндометриоза в миометрии матки.

Лабораторная диагностика

Для своевременного выявления и предупреждения анемии и воспалительных процессов необходимо выполнить:

- общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, общий анализ мочи;
- гормональные исследования – СА125 (позволяет оценить тяжесть заболевания и эффективность проводимой терапии).

Лечение аденомиоза.

Подходы к лечению аденомиоза зависят от тяжести дисменореи и меноррагии. Пациентки с минимальными симптомами в возрасте, близком к менопаузе, могут получать симптоматическое лечение с применением нестероидных противовоспалительных средств, анальгетиков, оральных контрацептивов в циклическом или непрерывном режиме, прогестинов. При симптоматической аденомиозе могут быть применены агонисты ГнРГ.

Но тяжелый симптоматический аденомиоз обычно не отвечает на гормональную терапию (базальный слой эндометрия является устойчивым к гормональным стимулам)

Консервативное лечение

На I стадии аденомиоза целесообразно использовать медикаментозный метод лечения для коррекции гормонального фона и предотвращения разрастания патологической ткани.

Назначаются следующие препараты:

- Прогестагены – стимулируют образование нормального эндометрия, препятствуют его гиперплазии и нейтрализуют разрастания.
- Андрогены – подавляют выработку женских половых гормонов, истончают эндометрий и уменьшают очаги аденомиоза.
- КОК – подавляют синтез эстрадиола яичниками и предотвращают распространение патологических очагов.
- Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона – снижают уровень эстрогена, подавляют овуляцию.

- Иммуномодуляторы – укрепляют иммунитет, минимизируют побочные эффекты гормональных препаратов.
- Обезболивающие, противовоспалительные препараты.

Хирургическое лечение

Оперативные вмешательства показаны при III-IV стадиях заболевания, если планируется беременность и присутствуют другие гинекологические недуги (чаще всего миома).

Специалисты клиники Репромед в Челябинске проводят органосохраняющие лапароскопические операции на современном оборудовании:

- Коагуляция – процедура разрушения участков аденомиоза электрическим током или лазером, которая проводится при очаговой форме заболевания, если отмечается его нечувствительность к гормональному лечению.
- Абляция – удаление эндометрия с помощью лазера, электроскальпеля, радиочастотных волн, жидкого азота.
- ФУЗ-абляция – разрушение очагов дистанционно с помощью фиксированного ультразвука.
- Эмболизация – закупорка маточных артерий специальным веществом для прекращения кровоснабжения пораженного участка и его последующей гибели.

Физиотерапия

Радоновые ванны при аденомиозе уменьшают кровотечение, бишофитовые и хвойные — действуют успокаивающе. Также могут быть назначены синусо-моделированные токи, магнитотерапия и климатолечение.

При эндометриозе не рекомендуются согревающие процедуры песком, парафином и грязями, массаж пояснично-крестцовой зоны, сероводородные и скипидарные ванны, токи высокой частоты.

Профилактика аденомиоза

Своевременность выявления заболевания играет значительную роль, поэтому важно обращать внимание на состояние своего здоровья, регулярно посещать врача-гинеколога, выполнять ультразвуковое исследование органов малого таза.

В комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития аденомиоза, можно включить:

- ограничение чрезмерных физических нагрузок, приводящих к переутомлению;
- снижение времени пребывания в солярии и на открытом солнце;
- уменьшение воздействия стрессовых факторов.

Заключение

Наиболее часто аденомиоз сочетается с миомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия. Основные жалобы пациенток с аденомиозом – обильные и болезненные менструации, которые появляются в достаточно молодом возрасте. Женщины с аденомиозом имеют определенные анамнестические особенности и высокую частоту гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, внутриматочных вмешательств, отягощенную наследственность по онкологическим заболеваниям. Установлено, что наиболее значимый фактор риска – наличие в анамнезе выскабливаний полости матки и искусственных аборт. Существуют значительные проблемы диагностики заболевания, поскольку, несмотря на наличие соответствующих жалоб, ставится диагноз «аденомиоз» и назначается лечение только 10% женщин. Все это определяет необходимость создания программы, позволяющей на основании клинико-анамнестических данных прогнозировать риск развития заболевания для дифференцированного подхода к формированию групп повышенного.

Список литературы

1. Магало И. Ш. Сочетание аденомиоза и эндометриоза среди пациенток гинекологического стационара // СМБ. 2011. №4
2. Цвелев Ю. В., Беженарь В. Ф., Повзун С. А., Фридман Д. Б. Clinical diagnosis of adenomyosis // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2005. №3
3. А.В. Сорокина, Л.Д. Оразмурадова, Ф.А. Паенди Генетические детерминанты аденомиоза с позиций доказательной медицины // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2009. №5
4. Унанян А.Л., Сидорова И.С., Соснова Е.А., Чушков Ю.В., Гуриев Т.Д., Никонец А.Д., Бабурин Д.В. Дисменорея, аденомиоз, эндометриоз, опухолевый процесс: причинно-следственные связи // МС. 2017. №1
5. Коган Елена Александровна, Парамонова Н.Б., Шкляр А.А., Файзуллина Н.М., Адамян Л.В. Клинико-морфологические особенности очаговой, узловой и диффузной форм аденомиоза // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2016. №1
6. Арутюнян Арутюн Феликсович, Гайдуков Сергей Николаевич, Кустаров Виталий Николаевич Современные аспекты патогенетически обоснованной терапии аденомиоза // Педиатр. 2016. №3
7. Жигаленко А.Р., Карахалис Людмила Юрьевна, Папова Н.С. Клинико-диагностические параллели при аденомиоз-ассоциированном бесплодии // Кубанский научный медицинский вестник. 2017. №4
8. Кемельбекова М.Т. Особенности сочетания лейомиомы матки и аденомиоза // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2015. №2
9. А.В. Сорокина, Г.Ф. Тотчиев, Л.Р. Токтар Современные подходы к диагностике аденомиоза // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2010. №5.
10. Усова Наталья Юрьевна, Балабина Наталья Михайловна Факторы риска развития железодефицитной анемии // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2011. №4.
11. Поздняков С. А., Абдуллаев Р. Я., Грищенко О. В., Бобрицкая В. В. Трансвагинальная эхография в диагностике аденомиоза и цервикального эндометриоза // Вестник ХНУ им. В.Н. Каразина. Серия Медицина. 2006. №12 (720)
12. Поморцев А.В., Лобанов К.А., Зубахин А.Г., Макухина Т.Б. Ультразвуковая диагностика аденомиоза // Кубанский научный медицинский вестник. 2015. №2
13. Тухбатуллин М. Г., Ахунова Г. Р., Ахунова Р. Р. Эхография в диагностике аденомиоза // ПМ. 2015. №1 (86)
14. Orazov Mekan, Radzinskiy Victor, Nosenko Elena Nikolaievna The role of hysteroscopy in diagnosis the pelvic pain syndrome caused by adenomyosis // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. №2 (eng)
15. Доброхотова Ю. Э., Чернышенко Т. А., Горбунова Е. А. Клиническая эффективность гистерорезектоскопической деструкции эндометрия при лечении аденомиоза в перименопаузе // Лечебное дело. 2008. №4
16. Ищенко А. И., Жуманова Е. Н., Ищенко А. А., Горбенко О. Ю., Чунаева Е. А., Агаджанян Э. С., Савельева Я. С. Современные подходы в диагностике и органосохраняющем лечении аденомиоза // Акушерство, гинекология и репродукция. 2013. №3

17. Цхай В.Б. Современные методы оперативного лечения тяжелых форм аденомиоза // Сибирское медицинское обозрение. 2016. №2 (98)
18. Савельева Я.С., Сеницын В.Е., Ищенко А.И., Жуманова Е.Н., Чунаева Е.А. Органосохраняющее лечение аденомиоза: миф или реальность? // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2016. №4
19. Макаренко Татьяна Александровна, Цхай Виталий Борисович Опыт органосохраняющего хирургического лечения больных с тяжелыми формами аденомиоза // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2016. №5
20. Сидорова И. С., Унанян А. Л. Дифференцированный подход к лечению аденомиоза // Акушерство, гинекология и репродукция. 2011. №2