

**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

Реферат на тему:

«Аденомиоз».

Выполнила: Дардаева Н.О. ординатор 2 года

Кафедры Акушерство и гинекологии ИПО

Красноярск 2021

Оглавление:

1. Введение.....	3 стр.
2. Этиология и патогенез.....	3 стр.
3. Эпидемиология.....	4 стр.
4. Классификация.....	4 стр.
5. Клиника.....	5 стр.
6. Диагностика.....	5 стр.
7. Лечение.....	6стр.
8.Реабилитация.....	8 стр.
9.Профилактика.....	8 стр.
10. Прогноз.....	8 стр.
11. Список использованной литературы.....	9стр.

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

Аденомиоз – это форма генитального эндометриоза, при которой гетеротипии эндометриоидной ткани обнаруживаются в миометрии.

1. Этиология и патогенез заболевания

Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагенитальный.

Генитальный эндометриоз :

1. Внутренний - аденомиоз (эндометриоз тела матки)
2. Наружный - (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления и др.).

Эндометриоз является многофакторным заболеванием, и, несмотря на длительное его изучение, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна. Предложено множество теорий патогенеза эндометриоза:

- 1.имплантационная (теория ретроградной менструации J. A. Sampson, 1921),
- 2.метапластическая,
- Зэмбриональная,
- 4.дисгормональная и теория нарушения иммунного баланса и др.

Наряду с гиперэстрогенией, резистентностью к прогестерону, воспалительными изменениями, индукцией неоангиогенеза, лежащих в основе инфильтративного роста, инвазии в окружающие ткани с последующей их деструкцией, распространения заболевания , в последнее десятилетие обсуждается роль в развитии эндометриоза

стволовых клеток, генетических мутаций и эпигенетических факторов, к которым можно отнести факторы внешней среды и др. Несмотря на способность к инфильтративному росту, склонность к рецидивированию, тенденцию к инвазии, эндометриоз относится к доброкачественным пролиферативным заболеваниям

2. Эпидемиология заболевания

Эндометриозом во всем мире страдает примерно 10% женщин, в основном, репродуктивного возраста. В связи с тем, что эндометриоз может протекать бессимптомно, его истинную распространенность оценить затруднительно. Учитывая многоликость клинических симптомов: циклические и хронические боли, бесплодие, аномальные маточные кровотечения, нарушение функции соседних органов и другие жалобы, снижающие качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин преимущественно репродуктивного возраста, эндометриоз остается одной из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода.

3. Классификация

Классификация внутреннего эндометриоза:

- Стадия I – патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки;
- Стадия II – патологический процесс переходит на мышечные слои;
- Стадия III – распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова
- Стадия IV – вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов

Макроскопически эндометриоз тела матки проявляется увеличением матки, гиперплазией миометрия. В зоне эндометриоза возможно появление кистозных полостей с геморрагическим содержимым или формирование узловых элементов с преобладанием стромальной эндометриоидной ткани.

Аденомиоз может быть диффузным, очаговым или узловым и кистозным. Характерное отличие от миомы матки – отсутствие капсулы и четких границ.

4. Клиника

- Ведущим симптомом является альгодисменорея.

Болевой синдром развивается постепенно, наиболее выраженные боли в первые дни менструации, когда происходит отторжение слизистой оболочки матки (десквамация эндометрия). Сильными болями бывают при поражении перешейка матки, крестцово-маточных связок и при эндометриозе добавочного рога матки. При поражении углов матки боли могут отдавать в паховую область. При поражении перешейка – в прямую кишку или влагалище. Как правило, с окончанием менструации болевые ощущения прекращаются.

- Нарушение менструаций

Менструальная функция нарушается по типу менометроррагии. Менструации бывают обильными и продолжительными (гиперполименорея). Характерно появление мажущих, темных кровянистых выделений за 2-5 дней до менструации и в течение 2-5 дней после нее. К меноррагиям может присоединиться маточные кровотечения в межменструальный период (метроррагии).

5. Диагностика

1. Сбор жалоб и анамнеза

2. Гинекологический осмотр

- В зависимости от выраженности аденомиоза величина матки может быть в пределах нормы или соответствовать 5-8 неделям беременности. При пальпации консистенция матки плотная, при узловой форме ее поверхность может быть неровной. Накануне и во время менструации пальпация матки болезненна. При поражении перешейка отмечается его расширение, повышенная плотность и болезненность при пальпации, особенно в области прикрепления крестцово-маточных связок. Нередко при поражении перешейка наблюдается ограничение подвижности матки и усиление болезненности при смещении матки вперед.

3. Ультразвуковое исследование

- Наиболее информативно УЗИ на 23-25й день менструального цикла. Общими эхографическими признаками аденомиоза являются увеличение переднезаднего размера матки, участки повышенной эхогенности в миометрии, небольшие (до 0.2-0.6 см) округлые анэхогенные включения. Узловая форма аденомиоза отражается зоной повышенной эхогенности круглой или овальной формы с ровными и нечеткими

контурами, с небольшими анэхогенными включениями. При очаговой форме аденомиоза преобладает кистозный компонент в области поражения с перифокальным уплотнением, неровностью и зазубренностью контуров в пораженном участке.

4. Гистероскопия

- Гистероскопическая классификация аденомиоза

I. Стадия – рельеф стенок не изменен, определяются эндометриоидные ходы в виде «глазков» темно-синюшного цвета или открытые кровотокающие. Стенки матки при выскабливании обычной плотности.

II. Стадия – рельеф стенок матки неровный, имеет вид продольных или поперечных хребтов или разволокненной мышечной ткани, просматриваются эндометриоидные ходы. Стенки матки ригидны, полость матки плохо растяжима. При выскабливании стенки матки плотнее, чем обычно.

III. Стадия – на внутренней поверхности матки определяются выбухания различной величины без четких контуров. На поверхности этих выбуханий могут быть видны открытые или закрытые эндометриоидные ходы. При выскабливании ощущается неровная поверхность стенки, ребристость. Стенки матки плотные, слышен характерный скрип.

5. МРТ – (не является рутинным обследованием для всех женщин)

- Увеличение переднезаднего размера матки, выявление губчатой структуры миометрия при диффузной форме и узловой деформации при очаговой и узловой формах аденомиоза

МРТ необходимо назначать для оценки степени глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеочника.

6. Лапароскопия «Золотой стандарт»

Рекомендуется для расширения возможности диагностического поиска при наличии симптомов заболевания - в случаях отсутствия патологии по данным осмотра УЗИ, МРТ .

6. Лечение

1. НПВС

- Купирование болевого синдрома

2. Монотерапия прогестагенами

Подавляет рост ткани эндометрия, вызывая начальную децидуализацию и затем атрофию эндометрия.

Лечение может быть рекомендовано женщинам у которых не наблюдается облегчения боли при приеме КОК или которые не могут принимать КОК.

3. Комбинированные оральные контрацептивы

Подавляют функцию яичников, снижая активность эндометриоидных очагов, устраняют боль до 90% за счет децидуализации и последующей атрофии ткани эндометрия.

4. Агонисты гонадотропи-релизинг гормон

Назначаются женщинам при наличии тяжелых симптомов, которым не помогает лечение КОК и прогестинами.

Данные препараты вызывают медикаментозный климакс, блокирует функцию яичников – перестают вырабатывать эстроген, что приводит к уменьшению активности эндометриоидных очагов.

При приеме могут возникать приливы, сухость во влагалище, снижение либидо, при длительном приеме этих препаратов может снижаться минеральная плотность костей и увеличиваться риски остеопороза.

5. Оперативное лечение

Рекомендовано хирургическое лечение преимущественно с использованием лапароскопического доступа у пациенток с генитальным эндометриозом (при наличии условий и отсутствии противопоказаний) с целью определения степени распространения заболевания и удаления очагов.

Рекомендовано оперативное лечение узловой формы аденомиоза у пациенток с аномальными маточными кровотечениями (АМК). Частота наступления беременности у пациенток с аденомиозом 3–4-й стадии не превышает 10–15%, так как ни один из видов лечения не позволяет создать благоприятных условий для имплантации эмбрионов. Единственным эффективным методом лечения аденомиоза является тотальная гистерэктомия. При наличии бесплодия у пациенток с узловой формой аденомиоза, сопровождающегося АМК – возможно выполнение реконструктивно-пластической операции с максимальным удалением пораженной ткани, для уменьшения маточных кровотечений и повышения возможности реализации репродуктивной функции.

7. Реабилитация

Рекомендовано направлять пациенток при наличии жалоб на изменения психоэмоционального фона на консультацию к соответствующим специалистам (медицинский психолог) для оценки психоэмоционального состояния у женщин с эндометриозом для повышения качества жизни, а при наличии сексуальных нарушений – на консультацию к врачу- сексопатологу, медицинскому психологу. Для реабилитации при наличии соответствующих жалоб возможно применение психотерапии, техники релаксации, арт-терапии, упражнений на мышцы тазового дна (имбилдинга), гимнастики в воде, бальнеотерапии, медицинского массажа, электротерапии, поведенческой терапии, социального и сексуального консультирования.

8. Профилактика

При установлении диагноза необходимо определение групп здоровья и диспансерного учета согласно Приказу 572 н. Рекомендуется динамическое амбулаторное наблюдение пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом с вовлечением в процесс кишечника, мочевого пузыря, мочеточников совместно со смежными специалистами по профилю, а также с наличием одной или более эндометриом диаметром более 3 см, при отказе от операции и наличии противопоказаний к оперативному лечению.

9. Прогноз

Частота рецидивов составляет до 20% в год. Частота рецидивов через 5 лет достигает до 74 %. Более благоприятен прогноз после гормонального лечения эндометриоза у женщин в перименопаузе, так как наступление физиологической постменопаузы предотвращает рецидив заболевания. У пациенток перенесших радикальные операции по поводу эндометриоза, процесс не возобновляется.

10. Список используемой литературы

1. Ласкевич А. В. и др. Комплексное лечение хронической тазовой боли при наружном генитальном эндометриозе // Problemy Reproduktsii. – 2017. – Т. 23. – №. 6.
2. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство // Акушерство—М.: Гэотар-Медиа. – 2015.
3. Адамян Л. В. и др. Диагностика эндометриоза // В кн.: «Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии». // Москва: ГЕОТАР-Медиа. – 2012.