

ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз (эндометриоидная гетеротопия, аденомиоз, эндометриома) — патологический процесс, при котором в мышечном слое матки или в других органах половой системы и вне ее происходит разрастание ткани, морфологически и функционально похожей на эндометрий. По частоте возникновения эндометриоз занимает третье место среди гинекологических заболеваний (после воспалительных процессов и миомы матки).

Причины появления заболевания окончательно не установлены. Существует ряд теорий его возникновения и развития. Сторонники эмбриональной (дезонттогенетической) теории считают, что гетеротопия клеток эндометрия происходит на стадии эмбриогенеза во время дифференциации эндометрия, миометрия, периметрия матки и ее придатков. В период половой зрелости под влиянием экзогенных (воспалительный процесс) или эндогенных (эстрогенные гормоны) факторов «заблудившиеся» клеточные элементы эндометрия начинают размножаться, приобретают чувствительность к половым гормонам, циклически изменяются, как и слизистая оболочка матки. В фазу десквамации происходит кровоизлияние в толщу тканей или органов, вокруг очагов эндометриоза образуется соединительнотканый барьер. С каждым менструальным циклом число кровоизлияний увеличивается, образуются кистозные полости различной величины. Метастатическая теория объясняет возникновение эндометриоза трансформацией (метаплазией) под влиянием половых гормонов отдельных клеток эпителия брюшины в клетки, морфологически и функционально напоминающие эндометрий. Согласно имплантационной теории, при неправильном положении матки или спазме шейки ее, заращении цервикального канала после электрокоагуляции, повышении внутриматочного давления (влагалищное исследование, езда на велосипеде) менструальные выделения через маточные трубы попадают в брюшную полость, клетки эндометрия имплантируются на поверхности матки, ее придатков, брюшине прямокишечно-маточного углубления, кишечнике, сальнике, печени, почках и селезенке. Существует теория метастазирования клеток эндометрия по лимфатическим и кровеносным сосудам, контактными и ретроградными путями. Развитию эндометриоза способствуют искусственный аборт и выскабливание матки, операции на матке и ее придатках, неправильные положения матки, атрезия шейечного канала, электрокоагуляция, электроэксцизия и пластические операции на шейке матки, травмы матки в родах, тяжелый физический труд или поднятие тяжести во время менструации и др.

Макроскопически эндометриоз представляет собой различной величины и формы железистые разрастания или кистозные образования, наполненные кровью, слизью и слущенным эпителием. При микроскопическом исследовании отмечаются одиночные или множественные разрастания желез, напоминающие эндометрий, в которых определяются изменения, аналогичные циклической трансформации слизистой оболочки матки и синхронные с ней. Во время наступления беременности в стромах очагов эндометриоза происходит децидуальная реакция. Эндометриоидные разрастания окружены цитогенной стромой с примесью гладкомышечных волокон, которая способна к прорастанию в окружающие ткани. Иногда они состоят из одной только цитогенной стромы, без желез (стромальный эндометриоз).

Наиболее часто (95 % случаев) эндометриоз развивается в половой системе, однако может поражать любые органы и ткани. Генитальный эндометриоз делится на внутренний (70 %) — при поражении мышечного слоя матки и наружный (25 %) — при локализации процесса в других (исключая матку) отделах половой системы. Нередко наблюдается сочетание внутреннего и наружного эндометриоза. Последний может локализоваться внутрибрюшинно (брюшина матки и придатков) и внебрюшинно (ретроцервикальный и влагалищный эндометриоз). Экстрагенитальный эндометриоз чаще развивается в области пупка, послеоперационных рубцов, промежности, в прямой кишке и других отделах кишечника, в мочевом пузыре, сальнике, червеобразном отростке, печени, легких, почках, мозге и в других органах и тканях.

К л и н и к а эндометриоза обуславливается местом и степенью распространения патологического процесса и характеризуется следующими особенностями: 1) длительным течением заболевания (иногда воспалительный процесс матки и ее придатков, сопровождающийся альгодисменореей или гиперполименореей, лечится годами); эндометриоз часто сопутствует миоме матки (до 65 %); 2) прогрессированием клинических проявлений заболевания; 3) циклически протекающим, прогрессирующим болевым синдромом, который появляется перед менструацией, особенно выражен во время ее и прекращается в первые дни после менструации; боль возникает вследствие набухания железистых элементов в эндометриоидных разрастаниях, скопления секрета желез и крови в замкнутых полостях в фазу десквамации; 4) нарушением менструальной, детородной функции и деятельности соседних органов при генитальном эндометриозе. В случае поражения матки и ее придатков часто за 3—5 дней до менструации и в течение нескольких дней после нее, иногда в середине менструального цикла, появляются мажущие, шоколадного или темного цвета кровянистые выделения, обусловленные выдавливанием набух-

шим миометрием старой менструальной крови из эндометриоидных очагов. Эндометриоз придатков матки и брюшины всегда сопровождается хроническим воспалительным процессом, в результате которого наступает бесплодие, нарушение функции кишечника и мочевого пузыря. Причиной бесплодия могут быть также локализация очагов эндометриоза в трубных углах, нарушение имплантации при кровотечениях, функциональные изменения в системе гипоталамус — яичник — гипофиз. Эндометриоидные очаги в матке циклически увеличиваются перед менструацией и уменьшаются после нее. Малигнизация происходит редко. Эндометриоз развивается только в половозрелом и детородном возрасте, самопроизвольно исчезает в период менопаузы или после кастрации. Беременность и роды задерживают его рост, иногда он полностью исчезает.

Эндометриоз матки бывает диффузным и узловатым. Преимущественно поражаются углы и задняя стенка матки у дна. Клинически проявляется обильными, длительными и болезненными менструациями. Отмечаются увеличение и размягчение матки перед менструацией. После окончания ее матки уменьшается в размерах и становится более плотной. Случаи узловой формы внутреннего эндометриоза, при которой матка неравномерной консистенции, асимметрична, необходимо дифференцировать с миомой матки. В предменструальном периоде и во время менструации появляется субфебрильная температура тела, что объясняется всасыванием крови, излившейся в эндометриоидные очаги. Могут наблюдаться снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, повышение числа лейкоцитов и СОЭ (до 25—30 мм/ч) во время менструации.

Диагноз внутреннего эндометриоза устанавливается на основании характерных данных анамнеза, бимануального и дополнительных методов исследования (гистеросальпингография, коагулограмма, тромбоэластограмма, гистероскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи; функция печени и другие исследования — по показаниям). Гистерография производится водными контрастными растворами (диодон, диотраст, кардиотраст и др.) на 8—10-й день менструального цикла или после диагностического выскабливания. При этом отторгнутый функциональный слой слизистой оболочки матки не мешает проникновению контрастного вещества в эндометриозные ходы и полости, что определяется на рентгенограмме в виде «законтурных теней». При гистероскопии на 8—10-й день менструального цикла видны темно-красного цвета отверстия свищевых ходов, сообщающиеся с очагами аденомиоза. Узловая форма эндометриоза напоминает подслизистую миому матки.

Эндометриоз шейки матки. При осмотре определяются синеватого цвета участки (кисты) в виде «глазков», увеличивающиеся во время менструации. Больные жалуются на мажущие кровянистые выделения за несколько дней до менструации и после нее. Боли не наблюдаются.

Д и а г н о з подтверждается кольпоскопически и гистологическим исследованием биопсийного материала из шейки матки.

Эндометриоз яичника проявляется выраженными болями, особенно накануне и во время менструации, нередко с дизурическими явлениями, запорами и болью во время дефекации. В яичнике образуются различной величины кистозные полости овальной или круглой формы, внутренняя поверхность которых выстлана цилиндрическим эпителием. Содержимое кист имеет шоколадный цвет. Небольшие эндометрионидные кисты могут располагаться на поверхности яичников в виде образований синюшного цвета. Повторные кровоизлияния в стенку кисты и микроперфорации обуславливают распространение патологического процесса в яичниках и за их пределами. Это сопровождается сильными болями, реактивным воспалительным процессом и образованием обширных сращений с окружающими тканями и органами. Может произойти разрыв «шоколадных кист», что сопровождается внезапным появлением более разлитого характера, тошноты, рвоты, обморочного состояния, повышением температуры тела. В области придатков матки пальпируется бугристое образование неравномерной консистенции, малоподвижное, болезненное, особенно перед менструацией. При двустороннем эндометриозе яичников матка и придатки ее могут представлять единый конгломерат, резко ограниченный в подвижности, величина и чувствительность которого нарастает перед менструацией. Эндометриоз яичника нужно дифференцировать с воспалительными образованиями, туберкулезом придатков матки, доброкачественными и злокачественными опухолями яичников.

П о с т а н о в к а диагноза облегчается при наличии эндометриоза другой локализации. Уточнить его помогают данные эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых исследований. Обязательным является рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта.

Эндометриоз маточных труб характеризуется непостоянными болями внизу живота, усиливающимися в период менструаций. Заболевание может привести к трубной беременности, бесплодию. При двуручном исследовании определяются четкообразно утолщенные, уплотненные маточные трубы.

Эндометриоз влагалища встречается сравнительно редко, локализуется преимущественно в заднем своде. Поражаются стенка влагалища и прилежащие ткани. Клинически проявляется болями внизу живота, в промежности, пояснице, кровянистыми выделениями перед менструацией и после нее. При осмотре с помощью зеркал в заднем своде через слизистую оболочку влагалища просвечиваются мелкие кисты багрового и темно-синего цвета («синюшные глазки»). Эндометрионидные разрастания во влагалище пальпируются в виде плотного, резко болезненного инфильтрата, без четких границ. Дифференциаль-

ная диагностика эндометриоза влагалища и рака, метастазов хорионэпителиомы проводится с помощью биопсии.

Ретроцервикальный эндометриоз встречается относительно часто, протекает с выраженным болевым синдромом и нарушением акта дефекации. Патологический процесс поражает прямую кишку, заднюю стенку шейки матки и свод влагалища. При осмотре с помощью зеркал на месте прорастания ретроцервикального эндометриоза во влагалище могут определяться «синюшные глазки». При пальпации отмечается бугристое, плотной консистенции, резко болезненное, малоподвижное образование, часто связанное с задней стенкой шейки матки и прямой кишки. Заболевание отличается медленным развитием, отсутствием склонности к распаду и кровотечениям. Необходимо дифференцировать его с раком прямой кишки, влагалища, яичников III—IV стадии (распространение в ретроцервикальную клетчатку) и метастазами хорионэпителиомы во влагалище. Из дополнительных методов применяют цитологическое исследование, кольпоскопию, ректоскопию и др.

Эндометриоз брюшины прямокишечно-маточного углубления вызывает сильные боли, причиняющие тяжелые страдания, особенно во время менструации. При влагалищном исследовании пальпируются резко болезненные, четкообразной формы, неподвижные очаги эндометриоза размерами от горошины до крупной сливы с мелкобугристой поверхностью. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза и бимануального исследования. Необходимо дифференцировать с раком яичников и прямой кишки. Обязательным является обследование прямой кишки (ректороманоскопия, ирригография и др.).

Лечение больных эндометриозом проводится консервативными, оперативными и комбинированными методами в зависимости от возраста больной, локализации, характера и тяжести проявления заболевания.

Из консервативных методов наиболее эффективна гормональная терапия. Под воздействием синтетических прогестинов в очагах эндометриоза прекращаются циклические изменения, что приводит к остановке дальнейшего распространения патологического процесса, уменьшению болевого синдрома и кровотечения. Эстрогено-гестагенные препараты (инфекундин, бисекурин, ановлар, стедерил, эновид и др.) применяются с 5-го по 25-й день менструального цикла по 1 таблетке (перед сном) или непрерывно по 1 таблетке в день в течение 6—12 мес. Перед назначением их необходимо исследовать состояние свертывающей и антисвертывающей систем крови и функцию печени, так как эти препараты способствуют возникновению тромбозов. Противопоказаны синтетические прогестины при гипертонической болезни, тромбофлебите, заболеваниях печени и почек, диабете, нервно-психических расстройствах и раке молочной железы. Комбинированные эстрогено-гестагенные препараты могут вызывать нагрубание молочных желез, тошноту,

головокружение, прибавку массы тела, боли в области желудка, печени и др., которые постепенно исчезают спустя 2—3 мес. При непереносимости синтетических прогестинов применяются прогестерон по 5—10 мг внутримышечно в течение 6—8 дней за 8—10 дней до менструации, прегнин по 10 мг 3 раза в день под язык в течение 6—8 дней во второй половине менструального цикла. Больным внутренним эндометриозом старше 45 лет, страдающим кровотечениями, целесообразно назначать андрогены в больших дозах: 2,5—5 % раствор тестостерона пропионата по 1 мл внутримышечно через день, 8—10 инъекций на курс лечения, проводится 2—3 курса с интервалами в 1—1,5 мес; метилтестостерон по 10 мг 3—4 раза в день под язык в течение 20 дней, проводится 2—3 курса с перерывом в 10—20 дней. Терапию андрогенами начинают сразу после окончания менструации. При ухудшении самочувствия, появлении отечности, огрубении голоса, акме, росте волос на лице по мужскому типу следует уменьшить дозу или прервать лечение на 1—2 мес. Андрогенные препараты противопоказаны при выраженном вирильном синдроме, декомпенсированных заболеваниях сердца с отеками, выраженном содержании кальция в крови и аллергии. При эндометриозе брюшины прямокишечно-маточного пространства, влагалища и ретроцервикальной локализации проводится терапия синтетическими прогестинами после гистологического подтверждения диагноза. Под влиянием непрерывного лечения не менее года очаги эндометриоза уменьшаются и атрофируются, исчезают боли, кровотечения.

Хирургическое лечение проводится при эндометриoidных кистах яичников диаметром более 7—8 см; при внутреннем эндометриозе, если отсутствует эффект от лечения синтетическими прогестинами и прогрессирует анемия; при сочетании эндометриоза с миомой матки. В случаях обширного распространения эндометриоза в предоперационном периоде применяют синтетические прогестины, что облегчает технику операции.

Для предупреждения эндометриоза необходимо соблюдать правильную технику операций на матке и других органах малого таза, не допускать попадания частиц эндометрия и содержимого «шоколадных кист» в брюшную полость, не разминать матку во время двуручного исследования и выведения в операционную рану, своевременно диагностировать и лечить патологию, затрудняющую выделение из матки менструальной крови, избегать чрезмерной физической нагрузки и влагалищных исследований во время менструации.