Автор: Administrator
07.07.2008 13:37 - Обновлено 07.07.2008 13:42



Слово «эндометриоз» имеет в своем корне название слизистой оболочки полости матки – эндометрий. Патологическое распространение этой ткани и приводит к развитию заболевания.

Подчиняясь гормонам яичников, эндометрий, выстилает внутреннюю поверхность стенок полости матки и имеет определенный цикл развития. Длительность этого цикла, называемого менструальным, составляет примерно 28 дней. Если в середине менструального цикла не произошла имплантация, то есть в полость матки не попала оплодотворенная яйцеклетка, то через определённое время (вторая половина цикла, примерно 14 дней) происходит отторжение эндометрия, сопровождающееся умеренным кровотечением. Матка опорожняется через канал шейки, появляются кровяные выделения из половых путей, начинается менструация.

Однако, фрагменты эндометрия, этой весьма жизнеспособной ткани, с током крови путем обратного заброса по маточным трубам могут попадать в брюшную полость и, приживаясь, распространяться по тазовой брюшине, давая начало развитию эндометриоза. Судя по всему, поначалу организм не может адекватно среагировать на процесс такой колонизации, так как эндометрий не является для него чужеродной тканью. Распространяясь в виде очаговых разрастаний – эндометриоидных эктопий, эта ткань, в силу своей гистологической специфики, не ведет себя пассивно. Несмотря на произошедшее перемещение, она начинает функционировать, подчиняясь в своей функции женским половым гормонам, уровень которых в крови молодой женщины достаточно велик. В результате в брюшной полости параллельно разворачиваются события, напоминающие менструацию. Реально это выглядит как множество подслизистых кровоизлияний различной степени тяжести.

(Здесь изложена лишь одна, но наиболее вероятная на сегодняшний день, имплантационная теория развития эндометриоза. В современной науке обсуждается ещё десяток конкурирующих теорий, может быть описывающих параллельно

существующие процессы).

Эндометриоз чрезвычайно разнороден по морфологии (строению и внешнему виду). Данные последних исследований несколько упрощают эту ситуацию, показывая, что описанное многообразие морфологических форм изображает различные стадии одного и того патологического процесса.

Уместно говорить о степени остроты процесса, различающейся от случая к случаю и проявляющейся выраженностью болевого синдрома, скоростью распространения и формирования рецидива, стойкостью бесплодия.

У разных пациенток при одной и той же форме заболевания и стадии его развития, мы наблюдаем различную клиническую картину течения заболевания, от выраженнейшего болевого синдрома с первых дней заболевания, до полного отсутствия болей. (Неизвестно что хуже, так как во втором случае мнимое благополучие маскирует истинное состояние дел и позволяет эндометриозу зайти слишком далеко). Ещё один пример по поводу бесплодия: для одной пациентки достаточно удалить два небольших поверхностных очага эндометриоза (мимнимальная форма) и долгожданная беременность наступает, а другая пациентка каким то чудом самопроизвольно беременеет при наличие двух огромных эндометриоидных кист яичников и выраженном поражении прилежащих тканей.

Также показано, что примерно в половине случаев, перемещённый эндометрий (в сущности очаги эндометриоза), не подчиняются циклической гормональной активности пациентки, а, напротив, ведут себя совершенно независимо. Именно этим фактом и объясняется неэффективность гормональной терапии эндометриоза в ряде случаев.

Окончательной единой (совершенной) классификации эндометриоза не существует до сих пор.

Особенность патологического процесса заключается ещё и в том, что эндометриоидная ткань способна синтезировать биологически-активные вещества, влияющие на глобальные процессы в организме пациентки. Некоторые исследователи склонны рассматривать эндометриоз как источник локальной «нестабильности», влияющий на нормально течение биологических процессов в репродуктивной системе и вызывать тем самым бесплодие.

Эндометриоз характеризуется разнообразием клинических проявлений, что определяется основным направлением поражения: яичники, матка, маточные трубы, тазовая брюшина.

Развитие и симптоматика заболевания будет зависеть от того, какой орган станет основной мишенью для эндометриоза.

Если это яичник, то через определенное время сформируется эндометриоидная киста яичника или эндометриома. Обычно она обнаруживается во время УЗ-исследование, которое заставляют сделать пациентку периодические тянущие боли внизу живота. Именно с кисты у многих молодых пациенток, еще не заинтересованных в беременности, начинается первое знакомство с эндометриозом. Необходимо иметь в виду, что, удаляя это объемное образование, мы одновременно устраняем мощнейший фактор бесплодия. Поэтому в плане дальнейших перспектив пациентки операция должна быть произведена своевременно и предельно скурпулёзно. В противном случае в патологический процесс может быть вовлечён противоположный яичник и периферические ткани и органы. Это ещё более усложнит операцию и в будущем снизит шанс на благоприятный исход.

Преимущественно поверхностное распространение эндометриоза по тазовой брюшине также выдаст себя болевым синдромом и бесплодием. Именно эта категория пациенток безуспешно наблюдается и лечится по поводу якобы существующего инфекционно-воспалительного процесса, пытаясь безуспешно установить причину отсутствия наступления беременности. Именно поверхностный эндометриоз всё чаще и чаще становится «находкой» во время лапароскопий, выполняемых по поводу бесплодия неясного происхождения. А ведь причина на «поверхности» - на поверхности брюшины, ткани, выстилающей брюшную полость. Обычно эта форма эндометриоза легко устранима во время оперативной лапароскопии – очаги патологической ткани хорошо видны на брюшине и легко поддаются коагуляции. Гораздо важнее вовремя заподозрить и отличить поверхностный эндометриоз от хронического воспалительного процесса. Длительно существующий синдром тазовых болей, неустраняемый антибиотиками должен насторожить пациентку и её врача, тем более что заболевание

это весьма распространено. Лучшим консультантом в этом вопросе является гинеколог-лапароскопист.

Самая тяжелая форма эндометриоза – инфильтративная, характеризуется образованием плотной фиброзной ткани, постепенно заполняющей пространство между шейкой матки и прямой кишкой. Она проявляется выраженным болевым синдромом, часто во время полового акта, с иррадиацией в поясницу и прямую кишку. Эндометриоидный инфильтрат легко диагностируется при осмотре гинекологом в виде характерного болезненного уплотнения. Некоторые специалисты определяют границы опухоли при УЗИ. Если необходимо уточнить степень распространения патологического процесса на соседние органы – мочевой пузырь, мочеточники и прямую кишку – имеет смысл прибегнуть к КТ (компьютерной томографии) или ЯМРТ (ядерно-магнитно резонансное исследование). При наличие клинических проявлений со стороны этих органов подобные исследования надо проводить систематически.

Стоит упомянуть еще об одной форме этого заболевания – о внутреннем эндометриозе матки или аденомиозе.Этот диагноз сейчас достаточно часто устанавливается во время УЗИ, однако требует подтверждения клиническими проявлениями и заключением гистероскопии. Патологический процесс в этом случае характеризуется прорастанием эндометрия в толщу мышечного слоя стенки матки. Распространение носит диффузный характер и становится возможным из-за недостаточности барьерной функции базальной мембраны, на которой, как на своеобразной подложке, покоится эндометрий. Именно этот тонкий слой ткани страдает в результате абортов, многократных выскабливаний, хронических воспалительных процессов. Все развивается примерно по тому же сценарию, который мы описали выше. Постоянно прогрессирующие межмышечные кровоизлияния дают болевой синдром. Со временем мышечный слой стенки матки замещается соединительной тканью, теряет свою эластичность и сократимость. Нарушается механизм своевременной остановки менструальных кровотечений. Ежемесячная кровопотеря увеличивается, что приводит к анемии.

При наружной и инфильтративной формах эндометриоза цель оперативного лечения заключается в максимально тщательном удалении всего массива патологической ткани путем иссечения и коагуляции.

Стоит отметить, что операции, выполняемые по поводу инфильтративного эндометриоза, относятся к разряду наисложнейших. Из сотен московских специалистов есть лишь несколько, кто смог бы с гарантированным успехом решить данную хирургическую задачу. В среде лапароскопистов – гинекологов это своего рода тест на

принадлежность к профессиональной элите. Операции характеризуются высокой кровоточивостью и значительным риском ранения смежных органов, идти на который необходимо, так как от тщательности иссечения опухоли зависит вероятность повторения процесса, избавление пациентки от болевого синдрома и появление долгожданной беременности. Оперативное вмешательство может длиться до 6ти часов и требует от хирурга высочайшей квалификации, максимальной собранности и добросовестности.

Эндометриоидная киста также должна быть обязательно удалена. Причем ее капсула вылущена из ткани яичников полностью, так как от этого зависит вероятность развития рецидива.

Пациентки, страдающие аденомиозом, требуют наблюдения, но при нарастании клинической симптоматики, то есть болей и кровотечений, им выполняются операции в объеме удаления матки (конечно, если репродуктивная функция выполнена).

Качество лечения эндометриоза обусловлено и, зависит, прежде всего, от своевременности и тщательности проведенной операции.На сегодняшний день все хирургические манипуляции по поводу эндометриоза выполняются только лапароскопическим доступом. По нашим собственным наблюдениям и данным коллег, тщательная и скурпулёзная операция имеет хороший прогноз в плане устранения болевого синдрома и наступления беременности. Теория, в соответствии с которой не удаленные участки эндометриоидной ткани «рассосутся» под действием гормональных препаратов, сегодня не выдерживает никакой критики. В отдельных случаях целесообразно проведение повторных лапароскопий при подозрениях на рецидивирование процесса. В целях профилактики имеет смысл прием оральных контрацептивов

Чтобы получить консультацию врача нашего медицинского центра, звоните по телефону (8634) 64 72 82

Стоимость услуг определяется индивидуально, исходя из необходимого объёма обследования