



УДК 618.145 – 007.415



К.Ю. Кондратьев, І.Є. Зверева

Гетеротопія ендометрію

Дорожня клінічна лікарня на станції Харків
Південної залізниці

Ключові слова: ендометріоз, ендометрій, гетеротопія, матка, гормон.

Ендометріоз разом з міомою матки та запаленнями придатків матки належить до найпоширеніших гінекологічних захворювань. У жінок фертильного віку частота ендометріозу становить від 7 до 50 % [1, 6].

Під ендометріозом розуміють усі доброякісні утворення, що виходять із слизової матки і виявляються за її межами – у геніталіях, сусідніх і віддалених від них органах. Йдеться про гетеротопію слизової матки, тобто про стан з істотними пухлинами.

Ендометрій вогнища ендометріозу за гістологічною будовою аналогічний ендометрію матки. Він складається із залоз і строми, яка його оточує. Змінений ендометрій має властивість доброякісного проростання в тканині, при цьому строма виконує інфільтративну функцію. Таким чином, патологічний процес може поширюватися на сусідні органи, досягаючи кровоносних і лімфатичних судин. Ріст вогнища ендометріозу відбувається також під впливом статевих гормонів [11], оскільки у вогнищі відбуваються ті самі циклічні зміни (проліферація, секреція та десквамація), що і в нормальному ендометрії.

Ендометріоз – захворювання жінок переважно продуктивного віку [6], що підтверджується його виникненням за тривалої стимуляції екзогенними естрогенами, а також у чоловіків з карциномою простати при лікуванні естрогенами.

Залежно від локалізації вогнища ендометріозу розрізняють ендометріоз статевих органів, зовнішніх статевих органів, екстрагенітальний [2].

Різноманітність форм ендометріозу зумовлює наявність багатьох гіпотез щодо його походження [2]. Однак жодна з них не може пояснити усі локалізації ектопічного розташування ендометрію. Існує ембріональна, імплантаційна, метапластична, міграційна теорії. Враховують також конституційно-спадкові чинники, сімейну схильність [10].

Останніми роками відзначені імунні зміни у жінок, а виникнення едометріозу пов'язують з дефектом клітинного імунітету [6].

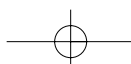
Спостерігається збільшення частоти випадків ендометріозу. Можливо, це пов'язано з удосконаленням методів діагностики. Так, при лапароскопії, яку проводять не з приводу ендометріозу, останній виявляють у 26 % випадків [10]. Існують два піки частоти захворювання на ендометріоз: у 31–35 і 41–45 років. Однак вогнища ендометріозу виявляють іноді і у дуже молодих жінок, і у жінок у постменопаузі [10].

Серйозним ускладненням ендометріозу є безпліддя. Воно трапляється у 30–40 % випадків при ендометріозі. Причини виникнення безпліддя різні [5, 6]. Це і спайки в ділянці яєчників і маткових труб. При ендометріозі в перитонеальній речовині виявляють підвищений вміст простагландинів і тромбоксану, що спричиняє зміни в моториці маткових труб і призводить до безпліддя.

Основним симптомом у клінічній картині ендометріозу є больовий синдром, особливо він виражений у передменструальний період і під час менструації. Це пов'язано зі скупченням секрету залоз у крові в закритих порожнинах ендометричних вогнищ.

Один із основних симптомів ендометріозу – порушення менструальної функції [6, 10]. Ендометріоз часто поєднується з гіперпластичними процесами в ендометрії і міомою матки. Описано розповсюджені форми ендометріозу з ураженням товстої і тонкої кишок, сечового міхура, сечоводів. При локалізації процесу в шийці матки захворювання перебігає безсимптомно. Це частіше спостерігають у молодих жінок. Основною скаргою є кров'яні виділення зі статевих шляхів за кілька днів до менструації. При огляді у пахвинній частині матки видно ділянки темно-червоного кольору. Для підтвердження діагнозу проводять кольпоскопію, а також прицільну біопсію шийки матки.

Внутрішній ендометріоз тіла матки супроводжується порушенням менструального циклу (мено- і метрорагії, альгоменорея, мазкові кров'яні виділення до і після менструації). Під час менопаузи відзначають збільшену кровотечу, що призво-





дять до анемії. Зазвичай за 1–2 дні до менструації з'являються розпираючі болі внизу живота, що тривають і під час менструації. Під час дослідження піхви визначають збільшення матки, за консистенцією вона є щільною. Найточнішими методами дослідження є гетероскопія, ультразвукове дослідження, гістерографія [9]. Ендометріоз маточних труб найчастіше є знахідкою під час гістерографії або лапароскопії. При ендометріозі яєчників основною скаргою є біль різної інтенсивності, який може бути постійним, проводиться у стегно, промежину. Біль посилюється під час менструації. Діагноз ендометріозу яєчників встановлюють на підставі клінічних симптомів захворювання, динамічного спостереження. Найінформативнішими методами є лапароскопія, ультразвукове дослідження [9].

Основний клінічний прояв ретроцервікального ендометріозу – виражена і прогресуюча альгоменорея: болі в попереково-крижовій ділянці, які посилюються під час менструації. Болі проводяться найчастіше у куприк, промежину, стегно, пряму кишку. При дослідженні піхви у задньому склепінні виявляють щільний, бугристий, болючий інфільтрат різного розміру. Для гістологічного дослідження використовують біопсію.

Для ендометріозу піхви характерні болі в піхві, прямій кишці. При пальпаторному дослідженні виявляють щільні вузли або рубці, які є болючими при дослідженні.

Поширені форми генітального ендометріозу – найтяжчі форми захворювання, клінічна картина яких складається зазвичай із симптоматики ендометрію окремих локалізацій.

Тактика лікування різних форм ендометріозу різна [1, 4, 8, 10]. Так, при ендометріозі шийки матки оптимальним є висічення вогнища ендометріозу з подальшою кріотерапією, лазеротерапією [7–9]. Протягом 6–9 місяців проводять протицидивну терапію.

При ендометріозі тіла матки на першому етапі проводять гормональну терапію [8].

При поширених формах ендометріозу найдоцільнішою є етапна схема діагностики і лікування. Перший етап – лапароскопія і гетероскопія, другий – гормональне лікування протягом 9 місяців, третій – контрольна лапароскопія для вирішення питання щодо ефективності консервативного лікування і вибору подальшого способу лікування, четвертий – власне хірургічне лікування.

Для лікування ендометріозу використовують гормональні препарати [3, 8] з урахуванням того, що під їхнім впливом відбуваються виражені рег-

ресивні процеси. Використовують різні групи гормонів: комбіновані естроген-гестагенні препарати, чисті гестагени, антигонадотропіни, антагоністи рилізінг-гормонів.

Терапію комбінованими естроген-гестагенними препаратами («Ановлар», «Ноновлон» та ін.) найдоцільніше використовувати при легких формах ендометріозу і мінімальних порушеннях менструального циклу. Естроген-гестагени призначають у високій дозі, щоб створити пренатальний стан, зазвичай з 5-го по 25-й день циклу протягом 6–12 місяців [6, 8].

Лікувальний ефект гестагенів ґрунтується на пригніченні гонадотропної функції гіпофізу, зниженні продукції стероїдів яєчників, що спричиняє атрофію вогнища ендометріозу. Для цього використовують ретистерон ацетат, «Норколут» та інші препарати. Їх призначають по 5–10 мг на добу з 5-го по 25-й день циклу або в постійному режимі. Тривалість лікування – півроку або рік [10].

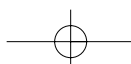
Лікування антигонадотропінами («Дановал», даназол) застосовують при неефективності лікування препаратами інших груп і у разі поширених форм ендометріозу. Атрофії вогнища ендометріозу досягають завдяки антигестагенній та андрогенній дії, а також гальмуванню фолікулів через гіпоталамо-гіпофізарні і оваріальні механізми. Лікування триває 6–9 місяців. Зазвичай його розпочинають з 400 мг на добу, потім дозу або збільшують, або зменшують залежно від ефекту лікування. До цієї ж групи належить гестринон. Він найбільш ефективний, має менше побічних дій.

Останніми роками для лікування ендометріозу використовують антагоністи рилізінг-гормонів (бусерелін, гозерелін) [8]. При їх застосуванні створюється стан ановуляції з низьким рівнем естрогенів і гестагенів. Через 2–4 тижні після початку терапії відбувається гальмування функції гонад, яка поновлюється після закінчення лікування.

У комплексі лікування хворих на ендометріоз використовують також інгібітори простагландинів, імунодилатори, препарати для протизапальної і розсмоктувальної терапії. Доцільно також використовувати фізіотерапевтичне і санаторно-курортне лікування.

Висновки

Тактика лікування ендометріозу залежить від віку, поширеності процесу, його локалізації, наявності супутніх захворювань, стану репродуктивної системи. У кожному конкретному випадку обирають індивідуальну схему лікування і реабілітації.





Література

1. Баранов В.Н. Роль лазерной терапии при бесплодии воспалительного характера // Проблемы репродукции. – 2006. – № 6. – С. 32–34.
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Медицина, 2007. – 562 с.
3. Воробьева Л.И. Диагностика и лечение доброкачественных и злокачественных опухолей матки // Матеріали 3-ї наук.-практ. конф. «Злоякісні пухлини матки та трофобласту: Патогенез, діагностика та лікування». – К., 1999. – С. 5–9.
4. Дамиров М.М., Бакулева Л.П., Слюсарь Н.Н. Лазерная терапия в реабилитации, послеоперационном лечении больных эндометриозом // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 2. – С. 39–43.
5. Основы репродуктивной медицины: Практ. рук–во. / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк: Альманах, 2001. – 608 с.
6. Степанковская Г.К., Бондарь А.Н. Новые направления в лечении гиперпластических состояний эндометрия // Журн. практ. врача. – 2000. – № 4. – С. 13–16.
7. Тихомиров А.Л., Казанцева И.А. Опыт применения агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов в гинекологической практике // Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии: Материалы 2-го съезда Рос. ассоциации врачей акушеров и гинекологов. – М.: Медицина, 1997. – С. 321–322.
8. Хохлова И.Д. Диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 4. – С. 50–55.
9. Чайка В.К., Демина Т.Н., Коломийцева А.Г. и др. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения – Севастополь: Вебер, 2001. – 268 с.
10. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии беременных. – М.: Триада, 1999. – 816 с.
11. Erian J. Endometrial ablation in the treatment of menorrhagia // Br. J. Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 101, N 11. – P. 19–22.

К.Ю. Кондратьев, И.Е. Зверева

Гетеротопия эндометрия

В обзоре приведены методы диагностики эндометриоза. Обсуждена современная тактика лечения эндометриоза, которая может быть использована в повседневной практике.

K. Yu. Kondrat'ev, I. E. Zvereva

Endometrium geterotopy

The review presents methods of endometriosis diagnosis. The modern tactics of endometriosis treatment which can be used in everyday practice has been discussed.

