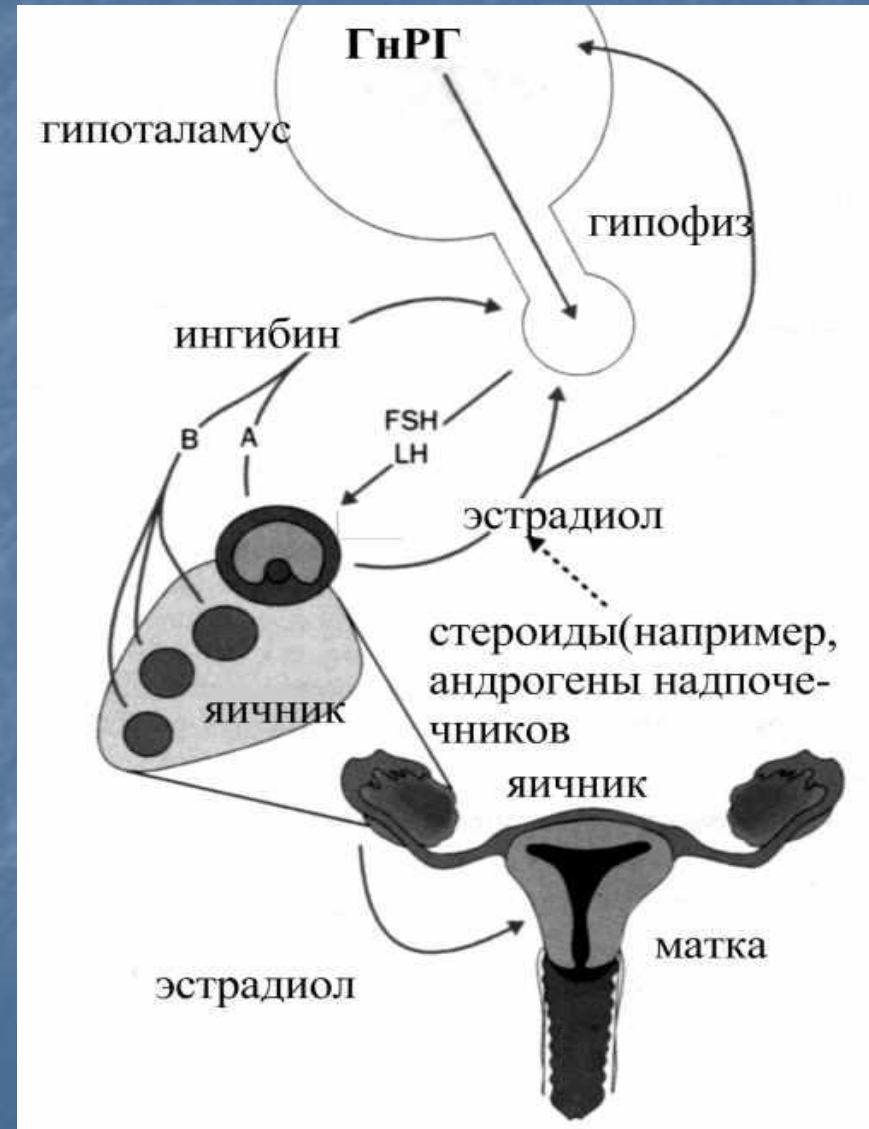




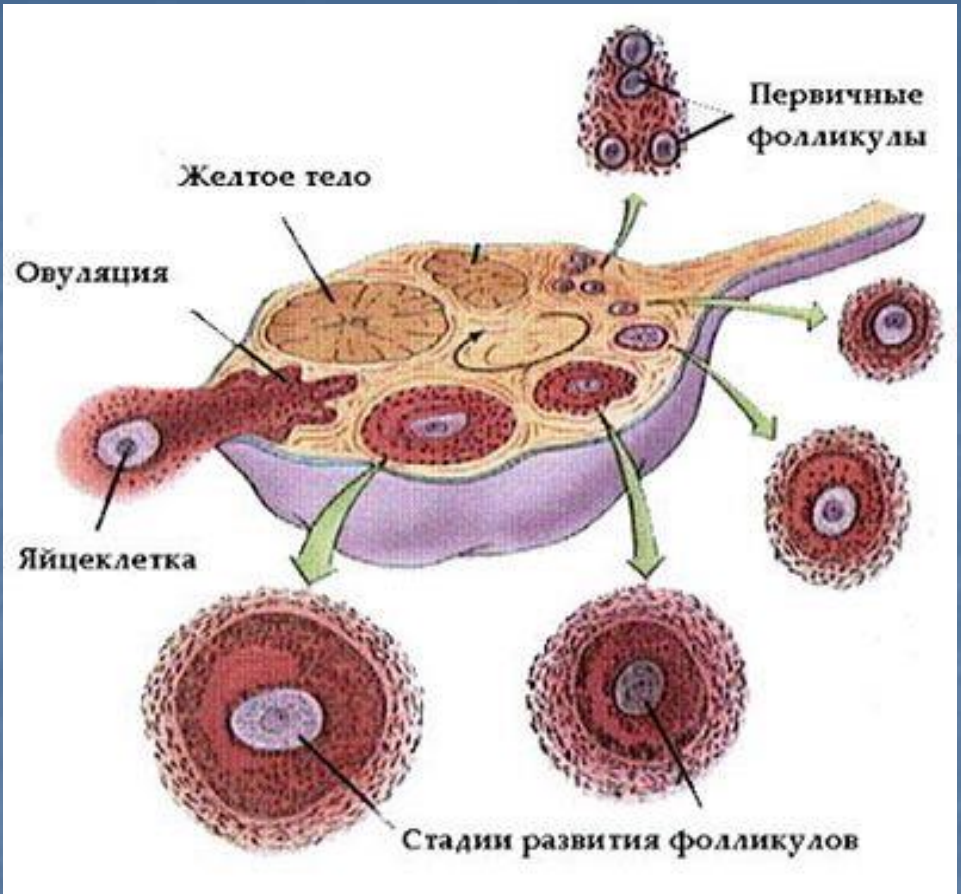
**Порушення
менструальної функції.
Ендометріоз**

Менструальний цикл (лат. menstrualis - місячний)

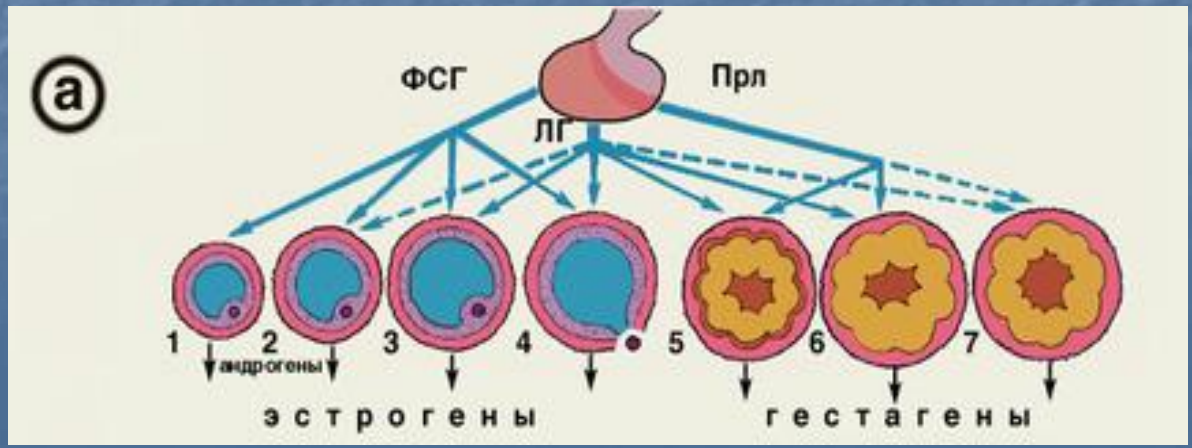
- ритмічно повторювані фізіологічні зміни в організмі жінки, регульовані 5-ланковою системою (ЦНС - гіпоталамус - гіпофіз - яєчники - матка), що закінчуються настанням менструації;
- крім того, в останні роки було доведено участь в регуляції менструального циклу інших залоз внутрішньої секреції (підшлункової, щитоподібної залоз, надниркових залоз), а також органів, в яких відбувається метаболізм статевих гормонів.

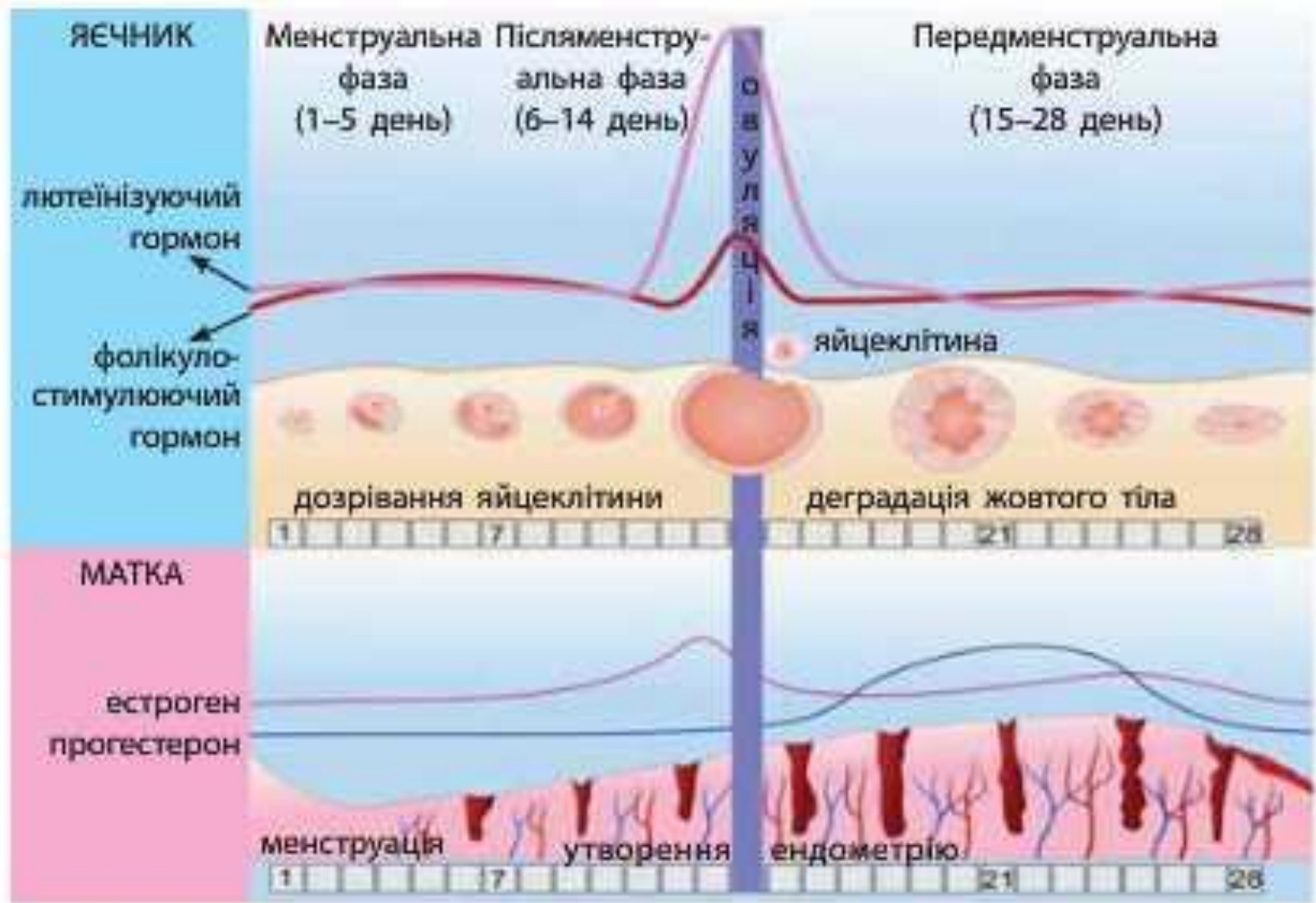


- нормальна тривалість менструального циклу у жінок дітородного віку (18-45 років) 21-35 (в середньому 28) днів; нормальна тривалість менструації 3-7 (в середньому 3-5) днів, крововтрата 50-150 мл.



- тривалість циклу визначають від першого дня останньої менструації до першого дня наступної менструації.





Мал. 11.5. Фази менструального циклу

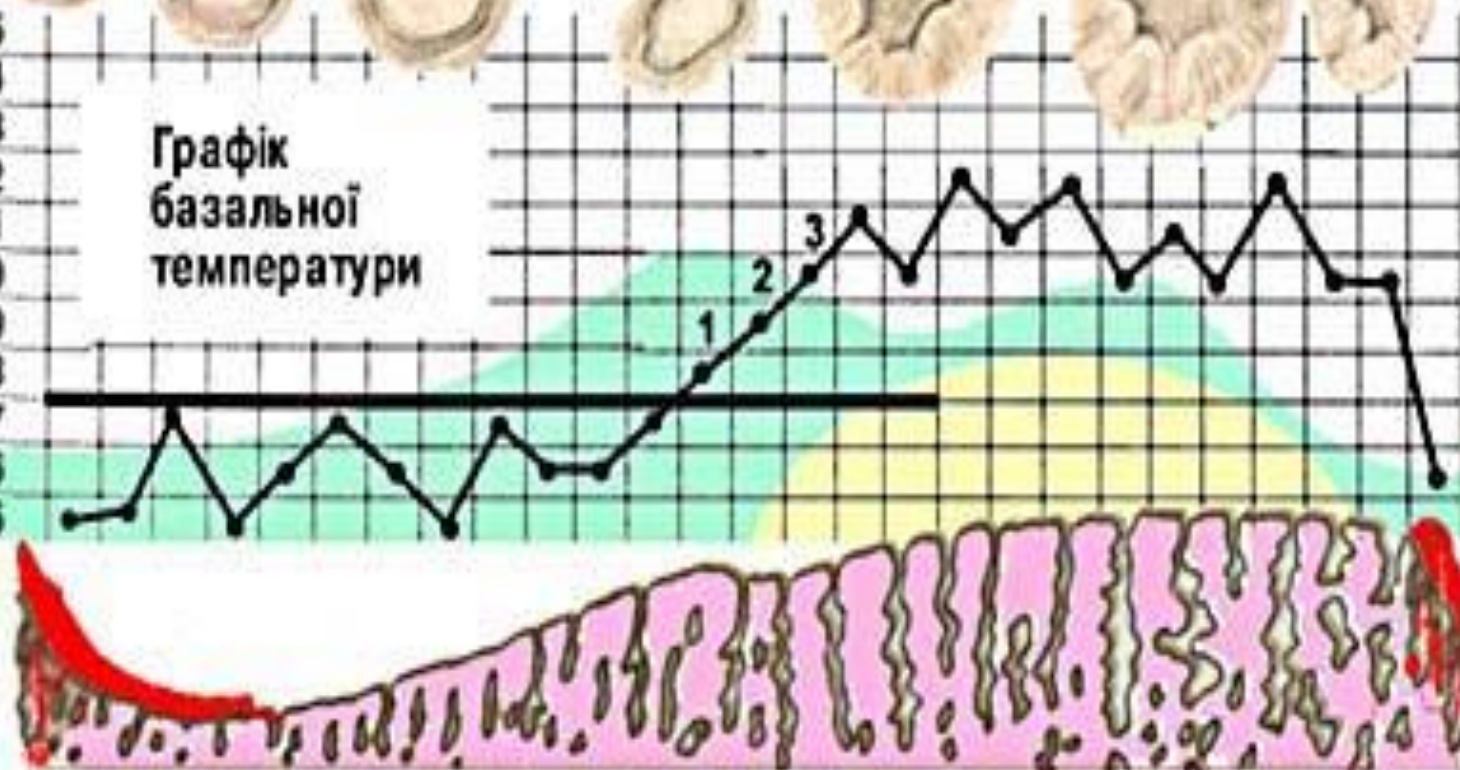
Розвиток фолікула (зміни в яєчниках)



Графік базальної температури

рівень естрогенів
рівень прогестерону

37,5
37,4
37,3
37,2
37,1
37,0
36,9
36,8
36,7
36,6
36,5



слизова матки

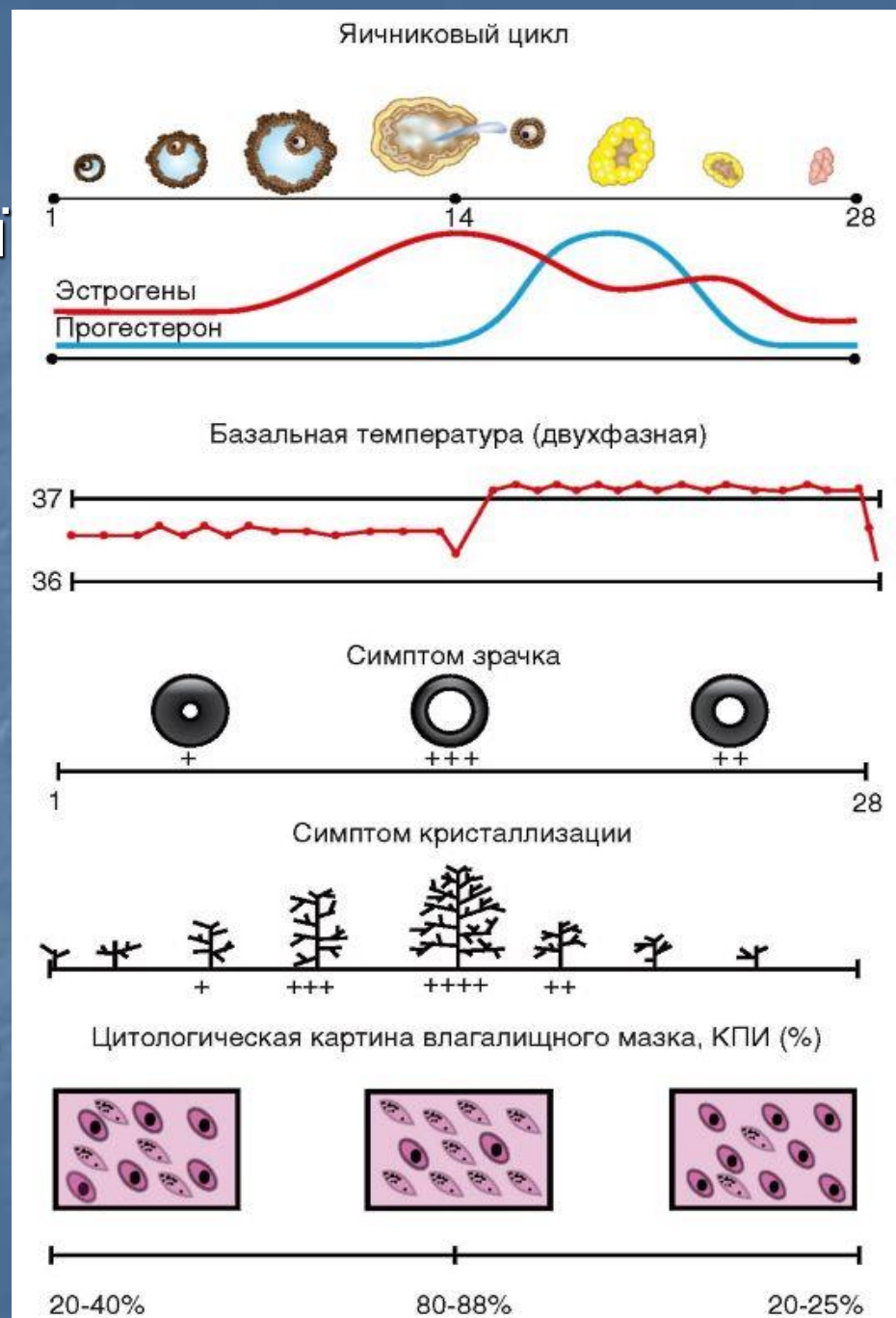
дні менструального циклу

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27



■ **Яєчниковий цикл** складається з 2 фаз: фолікулінової (починається з менструації і закінчується овуляцією на 14-16 день; протягом цього періоду фолікули виробляють естрогени) і лютеїнової (починається після овуляції і закінчується з початком менструації, характеризується розвитком жовтого тіла, яка продукує прогестерон).

■ **Овуляція** – розрив доміантного фолікула з виходом яйцеклітини.

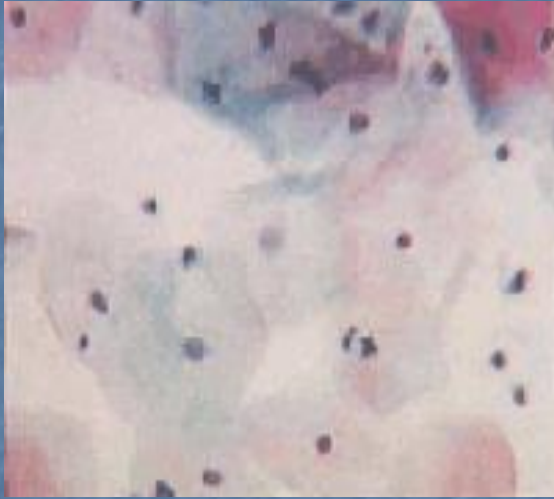


Матковий цикл складається з послідовних фаз:

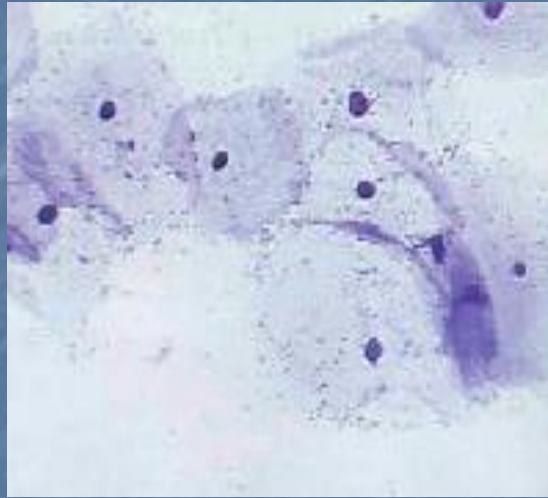
- фаза регенерації;
 - фаза проліферації;
 - фаза секреції;
 - фаза десквамації (менструації).
-
- ✓ Регенеративна і проліферативна фази (естрогенні) тривають від кінця менструації до 14-го дня циклу. Вони починаються з відновлення функціонального шару ендометрія (регенерації) і закінчуються повним його розвитком (проліферацією клітин і залоз). Зазначені зміни зумовлені впливом естрогенів, які продукуються фолікулами, що зріють.
 - ✓ Секреторна (лютеїнова) фаза триває від середини циклу (з 14-го дня при 28-денному циклі) до початку менструації.

- ✓ Фаза десквамації характеризується руйнуванням і відторгненням функціонального шару ендометрія і настанням менструації.
- ✓ Ці процеси пов'язані з припиненням функції жовтого тіла, різким зниженням рівня естрогену і прогестерону в крові, що, в свою чергу, призводить до виникнення ішемії, появи ділянок некрозу і крововиливу в ендометрії з подальшим відторгненням функціонального шару.
- ✓ Фаза десквамації триває в середньому 3-4 дні, після чого знову відновлюються проліферативні процеси.

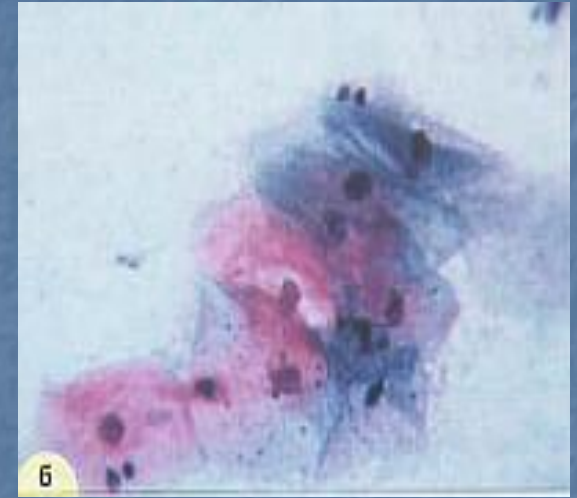
КОЛЬПОЦИТОЛОГІЯ



Проліферативна фаза: в мазку проміжні і поверхневі клітини. Цитоплазма більшості клітин ціанофільна. Фарбування за Папаніколау.



Овуляторна фаза: клітини розташовані розрізнено і в невеликих скупченнях. Цитоплазма світла. Фарбування за Романовським.



Секреторна фаза: поверхневі і проміжні клітини з незрілою (синьо-зеленого кольору) і зрілою цитоплазмою (рожевого кольору з гранулами глікогену). Фарбування за Папаніколау.

Етіологія порушень менструальної функції

- сильні емоційні потрясіння і психічні або нервові захворювання;
- порушення харчування, авітамінози, ожиріння різного ступеня етіології;
- професійні шкідливості (вплив деяких хімічних речовин, фізичних чинників, радіації);
- інфекційні та септичні захворювання;
- хронічні захворювання серцево-судинної, кровотворної систем, печінки та ін.);
- перенесені гінекологічні операції;
- запальні захворювання і пухлини жіночих статевих органів і головного мозку;
- хромосомні порушення;
- природжене недорозвинення статевих органів;
- інволюційна перебудова гіпоталамічних центрів в клімактеричний період.

Класифікація порушень менструальної функції

- Аменорея і гіпоменструальний синдром;
- Гіперменструальний синдром і аномальні маткові кровотечі (овуляторні і ановуляторні);
- Альгодисменорея.

- **менорагія (гіперменорея)** – збільшення кількості крові під час менструації, що прийшла у термін, при її нормальній тривалості;
- **менометрорагія** – значне збільшення кількості крові під час менструації тривалістю до 12 днів;
- **поліменорея** – менструації тривалістю більше 7 днів;
- **гіпоменорея** – мізерні менструації, що настають у термін;
- **олігоменорея** – короткі (1-2 дні), регулярно виникаючі менструації;
- **пройоменорея** – скорочення тривалості менструального циклу (менше 21 дня);
- **опсоменорея** – рідкісні менструації з проміжками від 36 днів до 3 місяців.

Аменорея

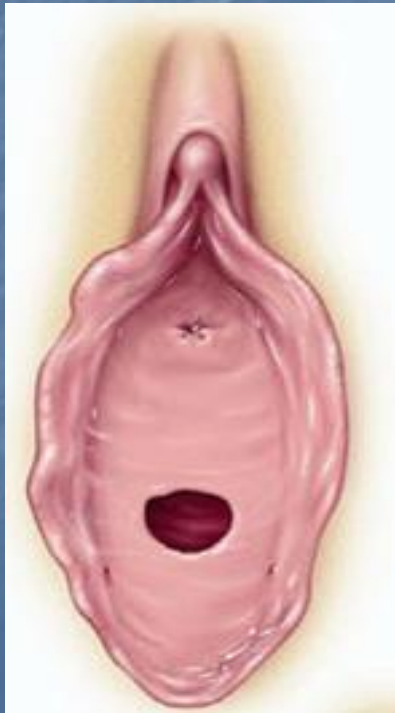
- відсутність менструацій протягом 3 місяців і більше після встановлення менструальної функції;
- розрізняють:
 - ✓ первинну (менструації відсутні у віці старше 15-16 років) та вторинну (припинення менструацій після їх початку);
 - ✓ несправжню (циклічні процеси в системі гіпоталамус - гіпофіз - яєчники - матка перебігають нормально, але зовнішнього виділення менструальної крові при цьому не відбувається) та справжню (відсутні циклічні процеси в системі гіпоталамус - гіпофіз - яєчники - матка, а клінічно відсутні менструації);
 - ✓ справжня аменорея може бути фізіологічною (у дівчаток до періоду статевого дозрівання, у періоди вагітності, лактації, постменопаузи) і патологічною;
 - ✓ справжня патологічна аменорея може бути первинною і вторинною.

Гіпоменструальний синдром

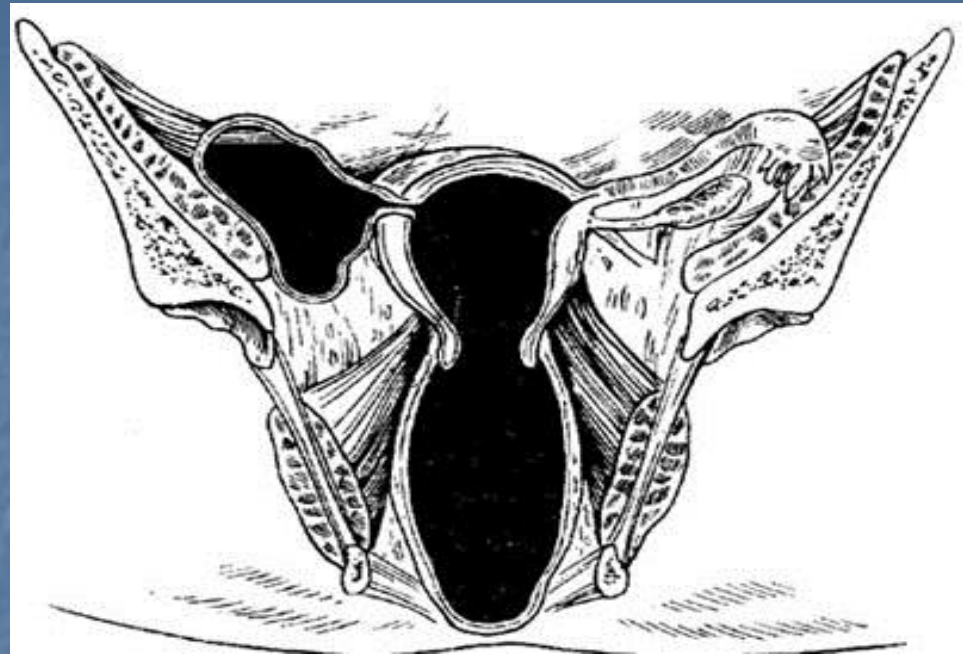
- характеризується збереженням циклічних процесів в репродуктивній системі;
- клінічно проявляється мізерними (гіпоменорея), короткими (олігоменорея) і рідкісними (бради- або опсоменорея) менструаціями;
- іноді менструації бувають кілька разів на рік (спаніоменорея).

Несправжня аменорея

- при нормальному розвитку дівоча пліва має отвір для відтоку менструальної крові.
- зарощення дівочої пліви - одна з найбільш поширених вроджених вад розвитку вульви.

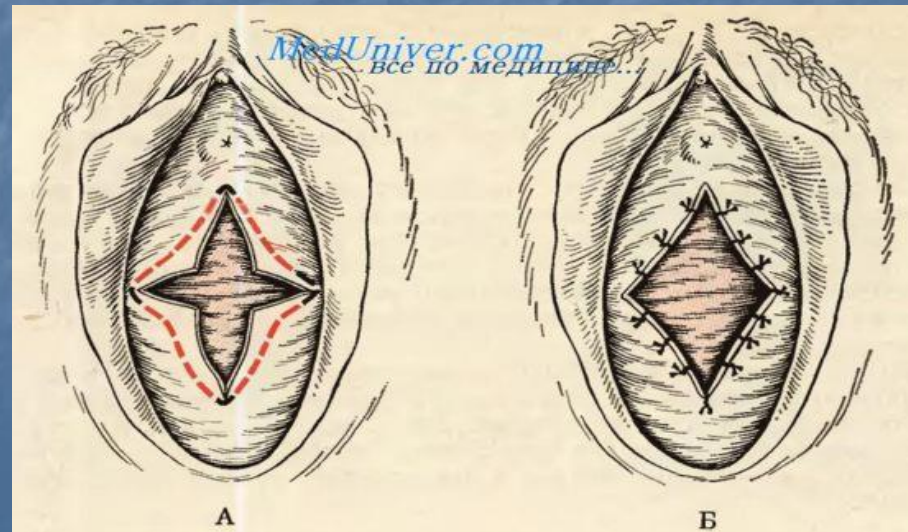


- патологія проявляється в період статевого дозрівання;
- під час менструації кров поступово заповнює піхву, матку і маткові труби; кров також може проникати в черевну порожнину, симулюючи клініку "гострого живота";
- клінічна картина характеризується періодичним болем внизу живота при відсутності менструацій.



- при огляді зовнішніх статевих органів добре видно випинання розтягнутої дівочої пліви синьо-багряного кольору, відсутність в ній отвору.

- при ректоабдомінальному дослідженні хворої виявляють пухлиноподібне утворення еластичної консистенції в області піхви, на верхівці якого розташована невелика щільна матка;
- в разі труднощі при постановці діагнозу застосовують УЗД;
- хірургічне лікування полягає в забезпеченні відтоку менструальної крові, що накопичилася, методом хрестоподібного розтину дівочої пліви; края розрізу вшивають вузлуватими кетгутовими швами.



Первинна справжня патологічна аменорея

- розрізняють:
 - ✓ аменорею внаслідок порушення функції гонад;
 - ✓ аменорею, пов'язану з екстрагонадними факторами.

Причини аменореї внаслідок порушення функції гонад:

- **дисгенезія гонад**
форми:
 - ✓ типова (синдром Шерешевського-Тернера);
 - ✓ чиста;
 - ✓ змішана;
- **синдром тестикулярної фемінізації** (синдром Морріса або несправжній чоловічий гермафродитизм);
- **первинна гіпофункція яєчників** (синдром резистентних яєчників).

Синдром Шерешевського-Тернера (каріотип 45X0)

- аменорея;
- крилоподібні шкірні складки на шії;
- широка грудна клітина;
- вальгусна деформація ліктьових суглобів;
- статеві залози у вигляді тяжів;
- інфантильні статеві органи;
- відсутність вторинних статевих ознак.



Рисунок 13. Больная 14 лет. Синдром Шерешевского-Тернера. Крыловидные складки на шее "голова сфинкса"

Синдром тестикулярної фемінізації (синдром Морріса)

- каріотип 46XY;
- розрізняють повну і неповну форми;
- повна форма:
 - ✓ фенотип жіночий (добре розвинені грудні залози і зовнішні статеві органи);
 - ✓ піхва закінчується сліпо, матка і яєчники відсутні;
 - ✓ яєчка можуть розташовуватися в черевній порожнині, в пахових каналах і в товщі великих статевих губ;
- неповна форма:
 - ✓ будова зовнішніх статевих органів наближається до чоловічої;
 - ✓ відзначається злиття великих статевих губ, збільшення клітора, персистенція клітора; матка і яєчники відсутні, яєчка розташовані в черевній порожнині.



Рисунок 4. Больная 4 года. Синдром тестикулярной феминизации. Тестикулы в паховом канале

Первинна гіпофункція яєчників (євнухоїдизм)

- аменорея або гіпоменструальний синдром;
- недорозвинення вторинних статевих ознак;
- гіоплазія зовнішніх і внутрішніх статевих органів; ураження фолікулярного апарату.



Аменорея, пов'язана з екстрагонадними факторами

- ✓ В цю групу входять аменореї, викликані:
 - природженим адреногенітальним синдромом (природжена гіперплазія коркової речовини надниркових залоз);
 - гіпотиреозом;
 - ураженням ЦНС і гіпоталамо-гіпофізарної області;
 - деструкцією ендометрію.

Природжений адреногенітальний синдром (несправжній жіночий гермафродитизм)

- каріотип 46XX;
- вірилізація зовнішніх статевих органів (збільшення клітора, злиття великих і малих статевих губ, персистенція сечостатевої пазухи) на тлі правильного розвитку матки і яєчників;
- первинна аменорея.



Гіпотиреоз

- виникає внаслідок спадкових дефектів тиреоїдних гормонів, інфекційно-запальних і аутоімунних процесів у щитоподібній залозі за рахунок йододефіциту;
- спостерігається недорозвинення статевих органів і вторинних статевих ознак, порушення росту і розвитку кісткової системи.



Ураження гіпоталамо-гіпофізарної області

■ органічне:

- ✓ травма;
- ✓ токсичні ураження;
- ✓ інфекційні ураження;
- ✓ пухлини;

■ нервово-психічне:

- ✓ шизофренія;
- ✓ маніакально-депресивний психоз;
- ✓ нервова анорексія.

Маткова форма первинної аменореї

- розвивається внаслідок аномалій розвитку матки, а також під впливом факторів (деструкція ендометрію при туберкульозі) або зниження чутливості рецепторів ендометрію до впливу статевих гормонів.

Вторинна справжня патологічна аменорея

- гіпоталамічна;
- гіпофізарна;
- яєчникова;
- маткова.

- **Гіпоталамічна вторинна справжня аменорея**, як і первинна, може розвиватися внаслідок органічного та функціонального ураження ЦНС.
- Серед **форм** гіпоталамічної аменореї виділяють:
 - а) психогенну аменорею;
 - б) нервову анорексію;
 - в) псевдовагітність (спостерігається у жінок із вираженим неврозом і сильним бажанням мати дитину);
 - г) аменорею при нервово-психічних захворюваннях;
 - д) аменорею у поєднанні з галактореєю:
 - ✓ синдром Дель Кастильйо - Форбса – Олбрайта (аменорея внаслідок психічної травми або пухлини гіпоталамо-гіпофізарної ділянки в жінок, які не народжували)
 - ✓ синдром Кіарі – Фроммеля (аменорея і галакторея, що виникають частіше як ускладнення післяпологового періоду).
 - е) аменорея внаслідок синдрому Морганьї — Стюарта — Мореля (фронтальний гіперостоз).

Синдром Шихена

- ✓ післяпологовий гипопитуитаризм;
- ✓ сукупність патологічних симптомів, що виникають внаслідок некрозу 50-90% тканини передньої долі гіпофіза (аденогіпофіза) при масивній крововтраті (від 800 мл) або неповному заповненні крововтрати при пологах і септичних ускладненнях (сепсис, бактеріальному шоці), що супроводжуються спазмом і тромбозом судин аденогіпофіза.

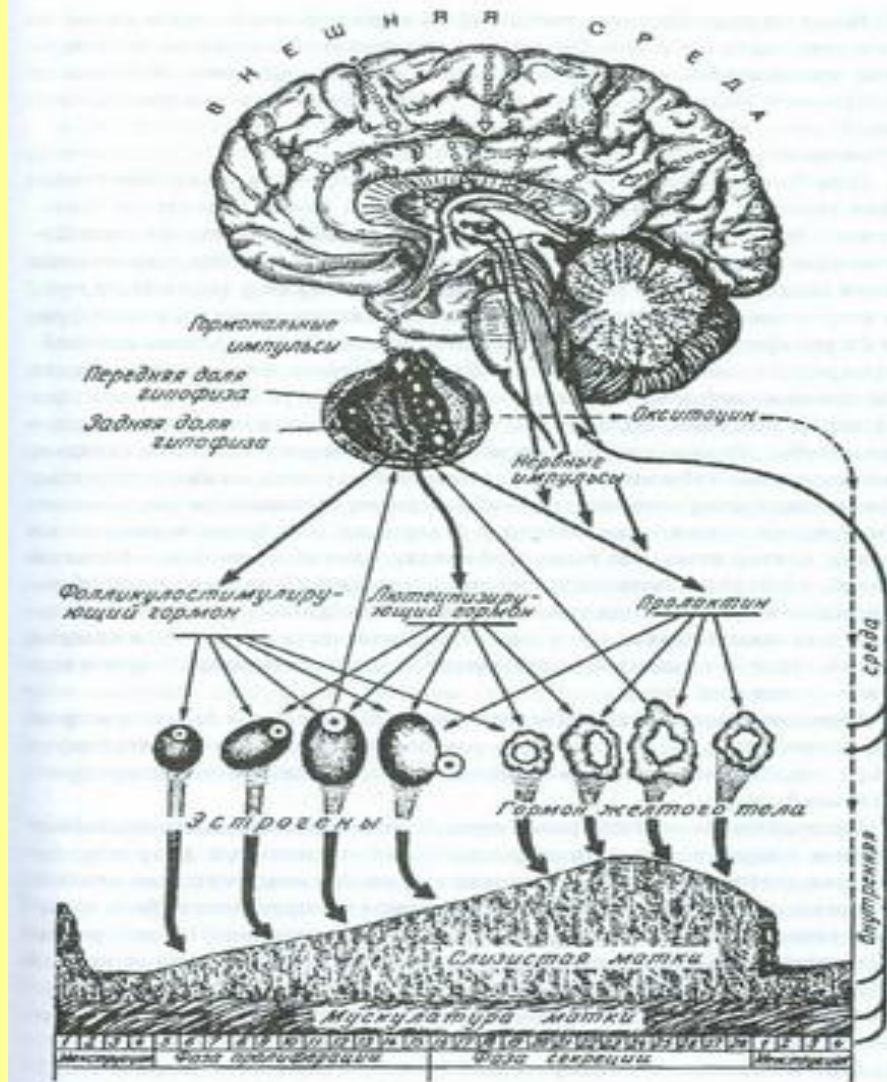


Схема 1.

СИМПТОМИ

- ✓ атрофія зовнішніх і внутрішніх статевих органів;
 - ✓ аменорея;
 - ✓ гіпоплазія матки;
 - ✓ фригідність;
 - ✓ а- або гипогалактия;
 - ✓ зменшення і зникнення лобкового і пахвового оволосіння, випадіння бровей;
 - ✓ зменшення продукції поту і шкірного сала, стоншення шкіри;
 - ✓ атрофія щитоподібної залози, зниження основного обміну, а також зниження температури тіла (рідше термолабільність з нападоподібною гіперпірексією);
 - ✓ спонтанна гіпоглікемія, підвищена чутливість до інсуліну;
 - ✓ психічна слабкість;
 - ✓ помірне недокрів'я, збільшена кількість холестерину в крові, гіпохлоремія і гіпонатріємія;
 - ✓ зменшене виділення 17-кето- і 11-оксістероїдов і гонадотропіну з сечею.
- Схуднення не є обов'язковим симптомом. Хворіють переважно жінки після пологів. Прогноз несприятливий.

Синдром ПОЛИКИСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

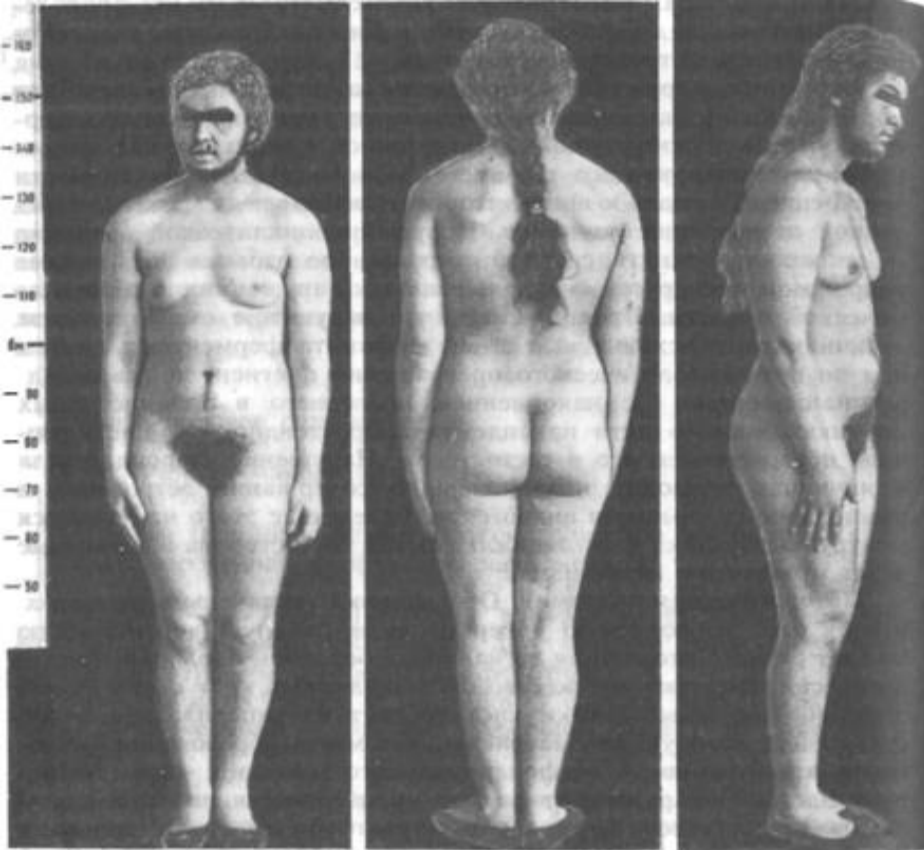


Рис. 61. Синдром Шейна — Лейнгана у дівчини 16 лет.



Нормальный яичник



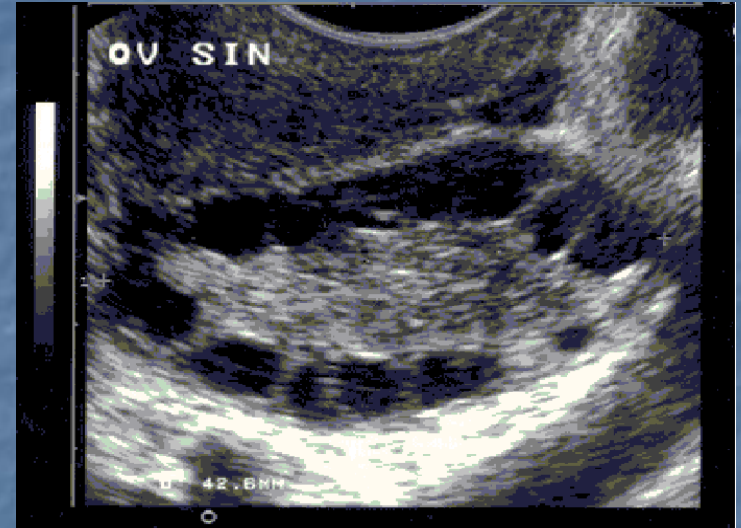
Яичник при поликистозе



СПКЯ



Copyright EndoPics, Imperial College, London



Copyright EndoPics, Imperial College, London

Гормональные, клинические и метаболические проявления СПКЯ

Гормональные нарушения

Увеличение уровней ЛГ и ЛГ/ФСГ

Гиперандрогенемия

Нормо- или гиперэстрогенемия

Нормо- или гиперпролактинемия

Снижение уровня СССГ

Снижение уровня ИРФСР-1

Гиперинсулинемия

Проявления гиперандрогении

Акне

Гирсутизм

Себорея

Аллопеция

Черный акантоз

Репродуктивные расстройства

Нарушение овариально-менструального цикла

Ановуляторный синдром

Бесплодие

Невынашивание беременности

Гестационный сахарный диабет

Преэклампсия

Метаболические расстройства

Ожирение

Нарушение фибринолиза

Дислипидемия

Сахарный диабет

Артериальная гипертензия

Сердечно-сосудистая патология

ЛГ – лютеинизирующий гормон

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон

СССГ – секс-стероид-связывающий глобулин (SHBG)

ИРФСР-1 – инсулиноподобного ростового фактора связывающий протеин-1 (IGFBP-1)

ДІАГНОСТИКА:

МАКРОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА:

- а) збільшення яєчників у 2-6 разів з множинними фолікулами, що кістозно-атрезуються;**
- б) поверхня яєчників згладжена, капсула щільна, біляста з перламутровим відтінком;**
- в) дрібні деревоподібні судини на капсулі;**
- г) на розрізі: капсула потовщена, строма щільна з периферично розташованими дрібними фолікулами.**

ДІАГНОСТИКА:

МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ:

а) ГІПЕРПЛАЗІЯ СТРОМИ;

б) ГІПЕРПЛАЗІЯ ТЕКА-КЛІТИН ФОЛІКУЛІВ

ДІАГНОСТИКА:

ГОРМОНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

- а)↑ ЛГ > 10 МЕ/л
- б)↑ ЛГ/ФСГ > 2,5
- в)↑ Тст – помірно
- г) N 17-ОНП и N ДЭА-С
- д)↑ А4-АНДРОСТЕНДІОНА
- е)↑ 17-КС в сечі (незначно)

ПІСЛЯ ПРОБИ З ДЕКСАМЕТАЗОНОМ:

- ↓Тст незначно – 20-25%
- 17-ОНП и ДЭА-С без змін

ДІАГНОСТИКА:

ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ІР и ГІ:

а) ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНИЙ ТЕСТ

- глюкоза натщесерце;
- інсулін, глюкоза крові через 1-2-3 години після навантаження (75-100 г цукру)

ПРИ ІР и ГІ - ПІДВИЩЕННЯ ІНСУЛІНУ ПІСЛЯ НАВАНТАЖЕННЯ

б) ТРИГЛІЦЕРИДИ $> 1,74$ ммоль/л

в) ХОЛЕСТЕРИН $< 1,3$ ммоль/л

КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ:

- ✓ своєчасне менархе (12-13 років);
- ✓ порушення менструального циклу (олігоменорея з менархе);
- ✓ гірсутизм з менархе;
- ✓ ожиріння;
- ✓ первинне безпліддя.

ЛІКУВАННЯ:

1. ЗНИЖЕННЯ МАСИ ТІЛА ПРИ ОЖИРІННІ (ІМТ > 26, ІНДЕКС > 0,85 ПРИ ІР и ІР):

$$\text{ІМТ} = \text{МАСА ТІЛА} / \text{ДЛИНА ТІЛА}^2 \quad (N = 20-26)$$
$$\text{ІНДЕКС} = \text{ОТ} / \text{ОС} \quad (N < 0,85)$$

а) ДІЄТА

б) СЕНСИТАЙЗЕРИ

СЕНСИТАЙЗЕРИ ІНСУЛІНУ

БІГУАНІДИ

Слофор

Метформін

ГЛІТАЗОНИ

Актос

ПОКАЗАННЯ

ГІРСУТИЗМ

±

МЕНСТРУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ

при наявності

клініко-лабораторних

ознак ІР

АНТИАНДРОГЕННА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ СПКЯ З ЗБЕРЕЖЕНОЮ ЧУТЛИВІСТЮ ДО ІНСУЛІНУ:

АНТИАНДРОГЕННІ ПРЕПАРАТИ

ЦИПРОТЕРОН

Андрокур

Діане-35

СПІРОНОЛАКТОН

Верошпірон

ДІЕНОГЕСТ

Жанін (Валетте)

ДРОСПЕРІНОН

Ярина (Ясмін)

ПОКАЗАННЯ

ГІРСУТИЗМ

±

МЕНСТРУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ

*за відсутністю
клініко-лабораторних
ознак ІР*

ЛІКУВАННЯ:

2. СТИМУЛЯЦІЯ ОВУЛЯЦІЇ:

а) КЛОМІФЕН (овуляція в 40-80%, вагітність в 2 рази нижче)

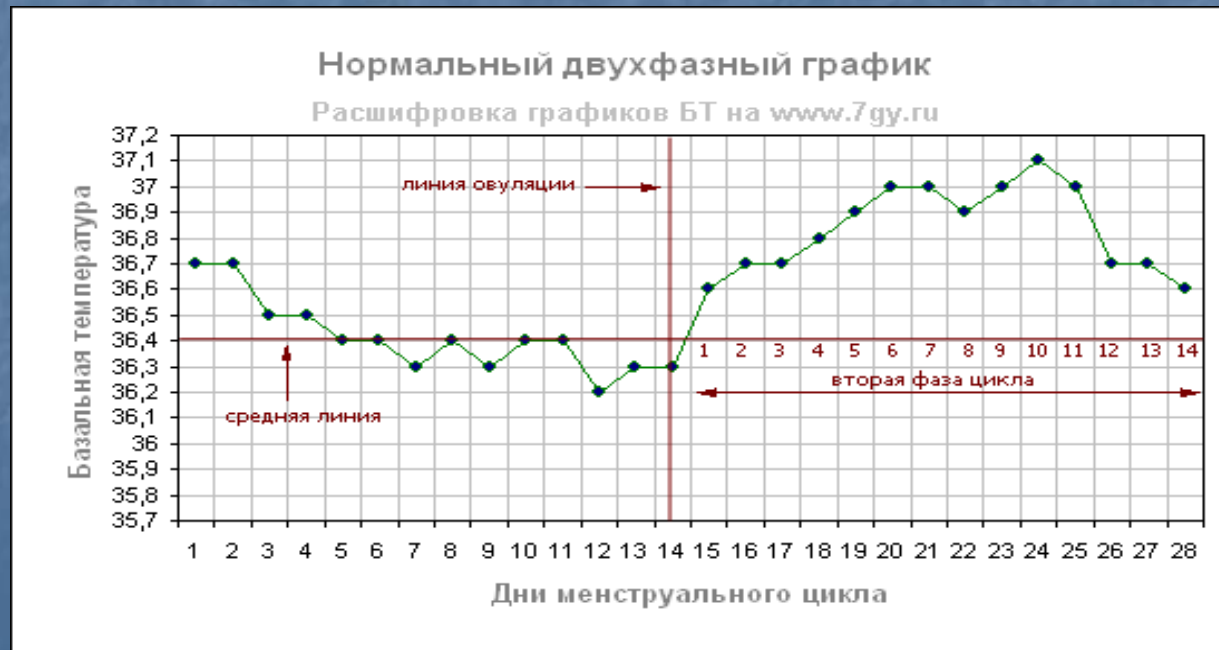
б) ГОНАДОТРОПНІ ПРЕПАРАТИ (МЕНОГОН 3,75 МО з 2 дня менструального циклу, збільшує щоденно на 37,5 (6 діб), максимальна доза 225 МО При зрілому фолікулі – ПРЕГНІЛ 5000 МО або ХОРАГОН 5000 МО)

в) аГнРГ, потім стимуляція овуляції

г) ХІРУРГІЧНА СТИМУЛЯЦІЯ ОВУЛЯЦІЇ – РЕЗЕКЦІЯ, КАУТЕРИЗАЦІЯ ЯЄЧНИКА (овуляція от 64 до 92%, вагітність 55-85%).

Маткові кровотечі

- ✓ Ановуляторні (метропатії), що виникають в середину менструального циклу на тлі відсутності овуляції - виходу яйцеклітини; хвороба Мейєра, хвороба Шредера;
- ✓ Овуляторні (метрорагії): персистенція жовтого тіла; недостатність лютеїнової фази.



Серед овуляторних кровотеч виділяють 4 основні патогенетичні варіанти:

- для кровотеч, обумовлених вкороченням фолікулінової фази, характерні зменшення тривалості менструального циклу за рахунок прискореного дозрівання фолікула, зниження рівня естрогенних гормонів;
- при кровотечах внаслідок подовження фолікулінової фази тривалість менструального циклу збільшується, досягаючи 35-40 днів за рахунок персистенції фолікула, кровотеча виникає після затримки менструації; рівень естрогенних гормонів підвищується.

- кровотечі внаслідок вкорочення лютеїнової фази обумовлені недостатньою функцією жовтого тіла, що проявляється зменшенням тривалості менструального циклу, зниженням концентрації прогестерону, лютеїнізуючого і лютеотропного гормонів;



- подовження лютеїнової фази циклу - наслідок персистенції жовтого тіла; маткова кровотеча виникає на тлі затримки менструації і часто сприймається як порушена маткова вагітність; продукція лютеїнізуючого, лютеотропного гормонів і прогестерону значно підвищена.

Ановуляторні маткові кровотечі

- виникають внаслідок атрезії фолікулів, які не досягли овуляторної зрілості, і супроводжуються гіпоестрогенією (хвороба Мейера) або в результаті персистенції фолікула (фолікул досягає повної зрілості, проте овуляція не настає) з гіперестрогенією (хвороба Шредера)
- загальним для обох варіантів маткових кровотеч є відсутність овуляції і утворення жовтого тіла.

- при персистенції і атрезії фолікула ендометрій перебуває під тривалим впливом естрогенів, в результаті чого розвивається спочатку проліферація, а потім гіперплазія і поліпоз ендометрія;
- внаслідок тривалої проліферації і гіперплазії судинна система ендометрія не може забезпечити його кровопостачання на належному рівні, що призводить до некрозу слизової оболонки матки і нерівномірного її відторгнення; в ділянках відторгнення виникає кровотеча;

- незабаром ця ділянка починає епітелілізуватися, однак нова десквамація знову служить причиною маткової кровотечі;
- цей механізм підтримує тривалість кровотечі при ановуляторному циклі.



Лікування аномальних маткових кровотеч

- у терапії АМК виділяють 3 етапи:
 - ✓ на першому етапі вживають заходів щодо негайного припинення кровотечі (в умовах стаціонару);
 - ✓ на другому етапі виконують корекцію гормональних розладів, відновлюють нормальний менструальний цикл (в умовах стаціонару або жіночої консультації);
 - ✓ на третьому етапі необхідне проведення реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення репродуктивної функції (в клімактеричному періоді - на профілактику новоутворень шляхом корекції гормонального гомеостазу).

Альгодисменорея

- болісні менструації, що супроводжуються загальними вегетативно-невротичними розладами;
- розрізняють первинну і вторинну, функціонального і органічного характеру.



Причини первинної альгодисменореї

- механічні, які перешкоджають відтоку менструальної крові з матки (аномалії розвитку матки, атрезія шийки матки, неправильне положення матки);
- нейропсихогенні (лабільність ЦНС зі зниженням порога больової чутливості);
- ендокринні (порушення синтезу простагландинів);
- конституціональні (інфантилізм).

Причини вторинної альгодисменореї

- внутрішній і зовнішній ендометріоз;
- підслизова лейоміома матки;
- запальні захворювання органів малого тазу;
- застосування ВМК;
- розриви заднього листка широкої зв'язки матки (синдром Аллена-Мастерса);
- варикозне розширення тазових вен.

Клінічна картина

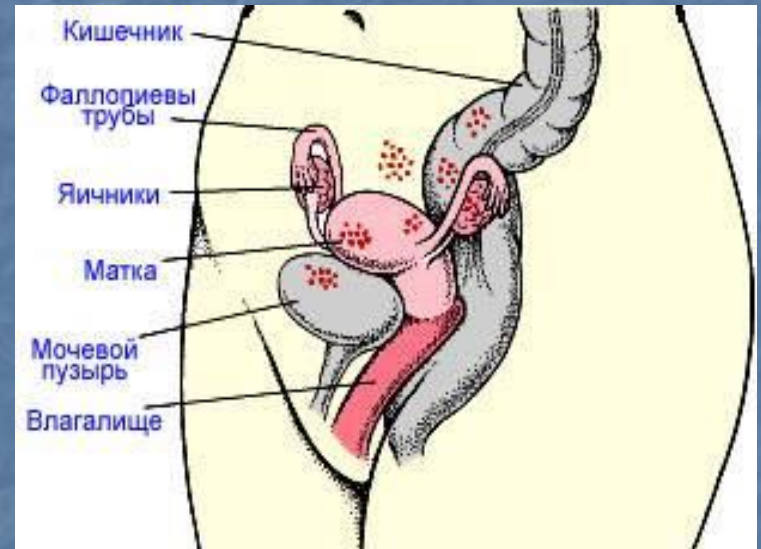
- гострий, переймоподібний біль внизу живота з ірадіацією в поперек або в крижі в перший день циклу або за кілька годин до початку менструації;
- вегетативно-невротичні розлади (мігреноподібний головний біль, запаморочення, біль в області серця, тахі- або брадикардія, загальна слабкість, депресія, погіршення пам'яті, свербіж, набряки);
- розлади шлунково-кишкового тракту (нудота, блювота, діарея).

Лікування

- інгібітори простагландинів;
- спазмолітики;
- анальгетики;
- холінолітики;
- седативні препарати;
- комбіновані естроген-гестагенні препарати;
- голкорексотерапія;
- електрофорез на ділянку черевного сплетення;
- усунення проявів основного захворювання.

Ендометріоз

- це патологічний процес, який виникає на тлі порушень гормонального і імунного гомеостазу і характеризується зростанням і розвитком тканини, ідентичною за структурою і функцією ендометрію, за межами нормальної локалізації слизової оболонки тіла матки.



Характерні особливості ендометріозу:

- здатність до інфільтрації;
- відсутність сполучнотканинної капсули навколо ендометріюїдних вогнищ (за винятком ендометріюїдних кіст);
- тенденція до інвазії у віддалені органи.

Фактори ризику:

- спадкова схильність;
- гормональні порушення;
- наявність в анамнезі патологічних пологів, гінекологічних операцій;
- тривале використання внутрішньоматкових контрацептивів;
- зниження імунологічної толерантності.

Теорії розвитку ендометріозу

- ембріональна теорія;
- метапластична теорія;
- імплантаційна (теорія ретроградної менструації);
- теорія ятрогенної дисемінації;
- транспортна теорія (лімфогенна і гематогенна);
- генетична теорія;
- гормональна теорія;
- імунна теорія.

Класифікація

I. Генітальний ендометріоз.

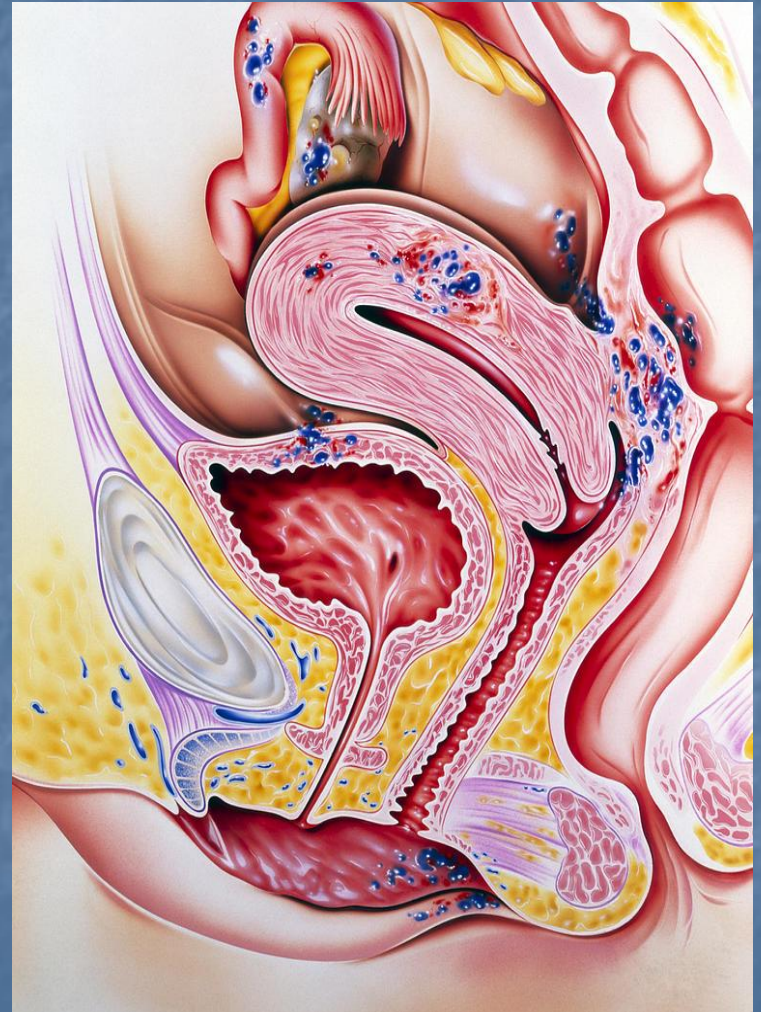
1. Внутрішній ендометріоз.

1.1 Ендометріоз тіла матки (аденоміоз):

- залозиста, кістозна, фіброзна форми;
- вогнищева, вузлова, дифузна форми.

1.2 Ендометріоз цервікального каналу.

1.3 Ендометріоз інтрамуральної частини маткових труб.



2. Зовнішній ендометріоз

2.1 Перитонеальний ендометріоз:

- ендометріоз яєчників (інфільтративна, пухлинна форми);
- ендометріоз маткових труб;
- ендометріоз тазової очеревини (червоні, чорні, білі форми).

2.2 Екстраперитонеальний ендометріоз:

- ендометріоз вагінальної частини шийки матки;
- ендометріоз піхви, вульви;
- ретроцервікальний ендометріоз;
- ендометріоз маткових зв'язок;
- ендометріоз параметральної, навколоміхурової, навколопіхвової клітковини (з проростанням в сечовий міхур, пряму кишку).

3. Зовнішньо-внутрішній ендометріоз.

4. Поєднані форми генітального ендометріозу (генітальний ендометріоз в поєднанні з іншою генітальною або екстрагенітальною патологією).

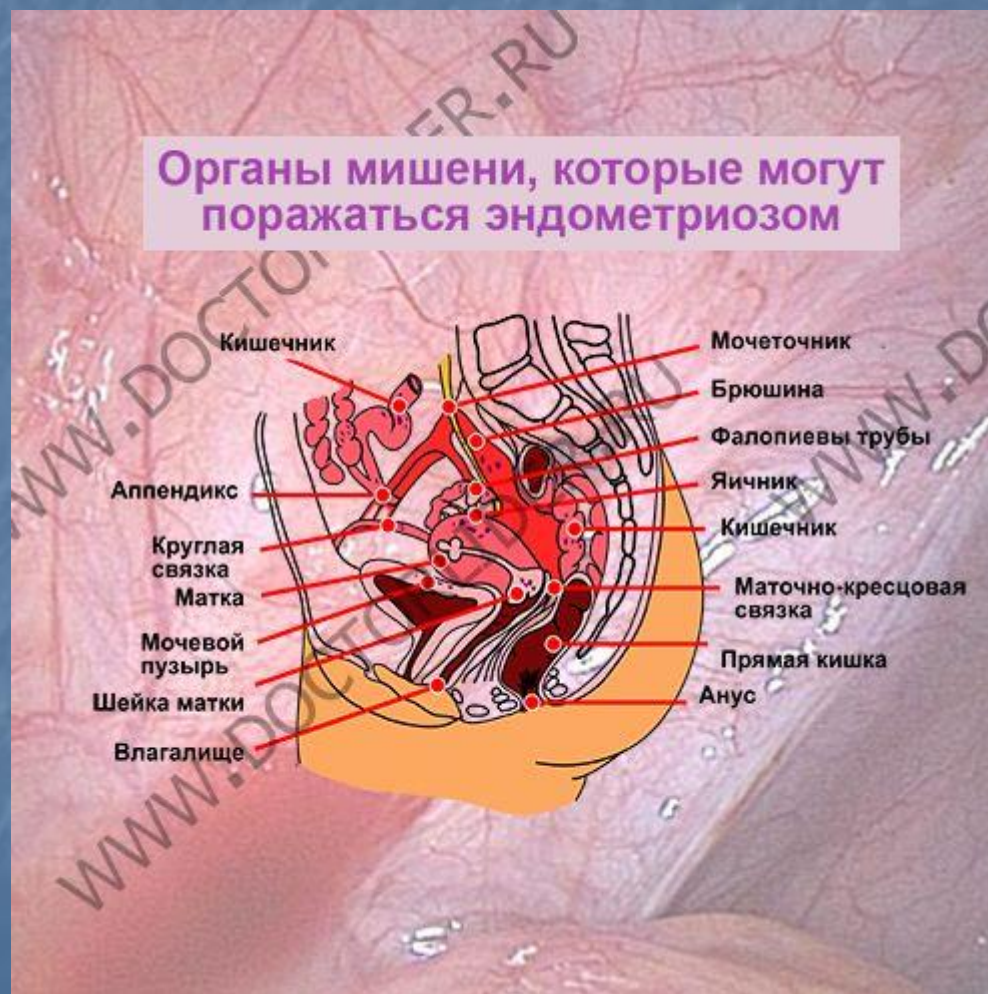
II. Екстрагенітальний ендометріоз

(ендометріоз травного тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка, післяопераційної рани, легенів, плеври та ін.)

Клінічна картина

- при локалізації в жіночих репродуктивних органах:

- дисменорея;
- болі внизу живота і тазовий біль;
- диспареунія;
- розрив/перекрут ендометріоми;
- біль в попереку;
- безпліддя.



■ при локалізації в сечовивідних органах:

- циклічна гематурія/дизурія;
- обструкція сечоводу.

■ при локалізації в травному тракті:

- дисхезія;
- циклічні кровотечі з прямої кишки;
- кишкова непрохідність.

■ при локалізації в області післяопераційного рубця, пупка:

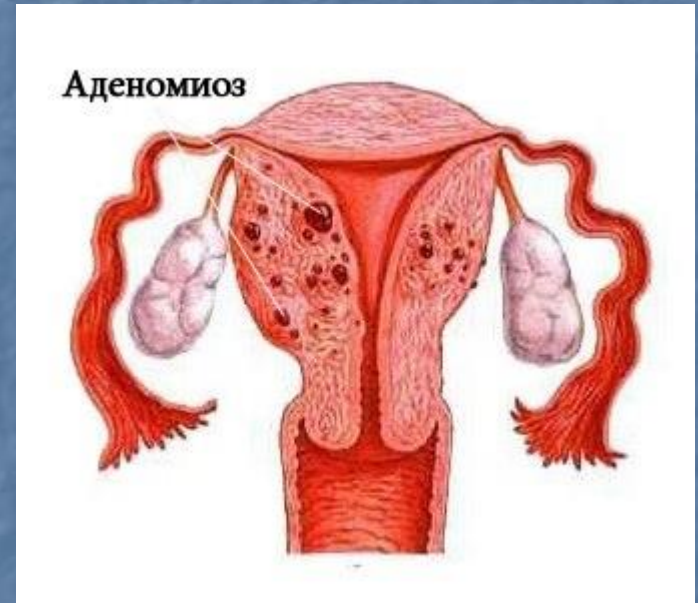
- біль, кровотеча, пов'язані з менструальним циклом;

■ при локалізації в легенях:

- кровохаркання, пов'язане з менструальним циклом;
- гемопневмоторакс.

Внутрішній ендометріоз (аденоміоз)

- ендометріюїдні гетеротопії локалізуються в різних відділах м'язової оболонки тіла матки;
- клініка: тривалі, болісні рясні менструації, що призводять до анемізації організму; біль в нижніх відділах живота напередодні і в перші дні менструації, збільшення матки, особливо напередодні менструації.

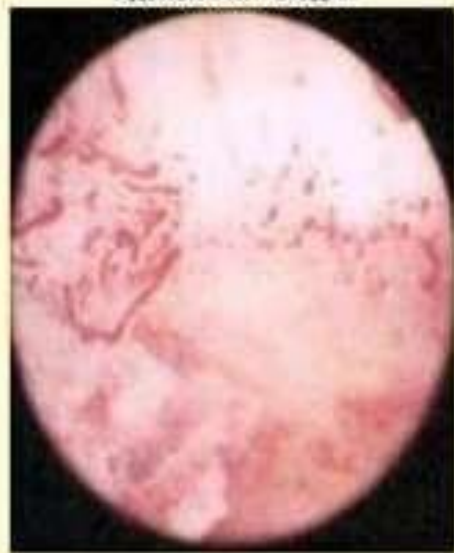


Форми внутрішнього ендометріозу

- дифузна;
- вузловата;
- вогнищева;
- рідкісні форми:
 - ✓ ендометріоз перешийка матки;
 - ✓ ендометріоз перешийково-шийкової області.

Первая стадия аденомиоза

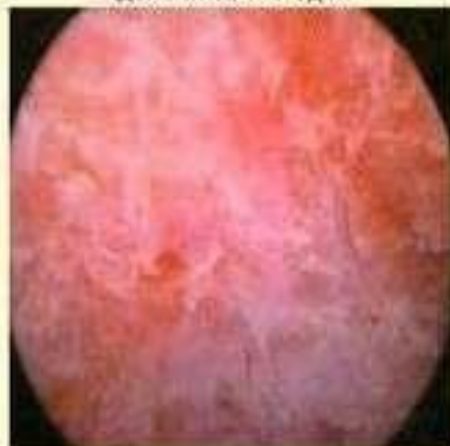
Аденомиоз I стадии



Рельеф стенок не изменен, определяются эндометрионидные ходы в виде глазков темно-синюшного цвета или открытые кровоточащие (кровь выделяется струйкой), стенки матки при выскабливании обычно плотные.

Вторая стадия аденомиоза

Аденомиоз II стадии



Рельеф стенок матки (чаще задней) неровный, имеет вид продольных или поперечных хребтов, просматриваются эндометрионидные ходы. Стенки матки ригидные, полость матки плохо растяжима. При выскабливании стенки матки плотнее, чем обычно.

Третья стадия аденомиоза

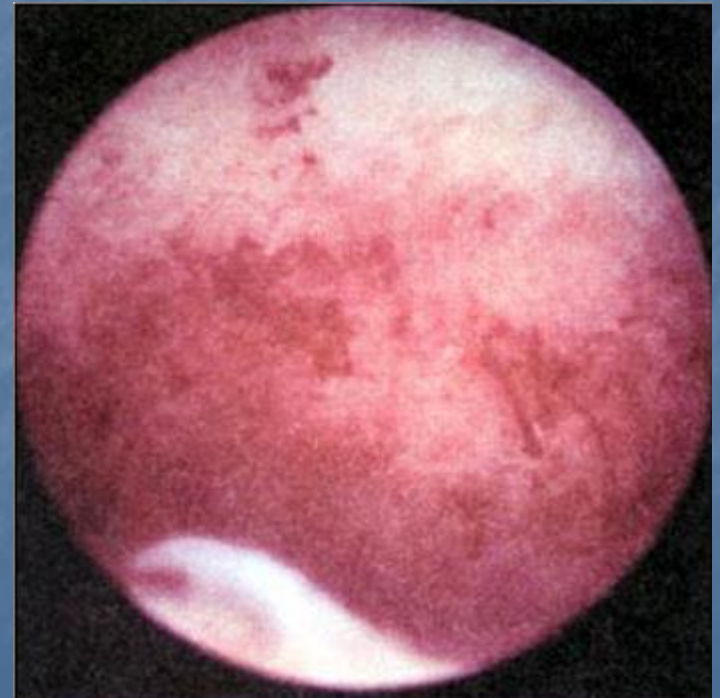
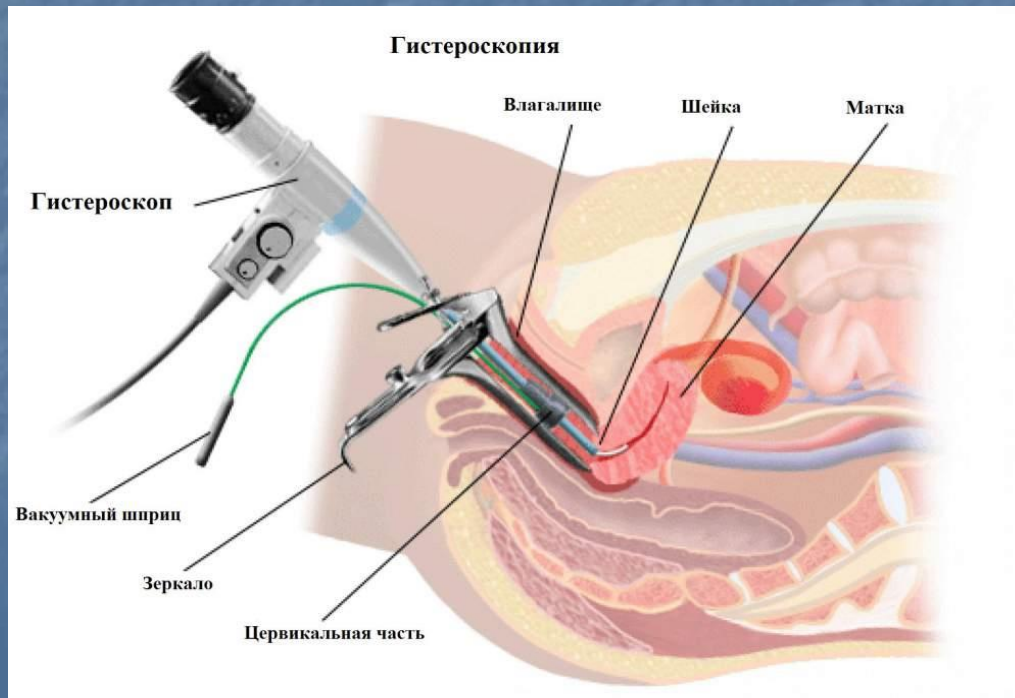
Аденомиоз III стадии



По внутренней поверхности матки определяются возбужения различной величины без четких контуров. На поверхности этих выступлений иногда видны эндометрионидные ходы, открытые или закрытые. При выскабливании ощущается неровная поверхность стенки, ребристость, стенки матки плотные, слышен характерный скрип.

Діагностика

- гістросальпінгографія;
- гістроскопія;
- лапароскопія.



Ендометріоз шийки матки

- виникає після діатермокоагуляції та інших хірургічних втручань на шийці матки, пологів, що супроводжуються травмою тканин;
- для нього характерно:
 - ✓ темно-кров'янисті виділення до і після менструації;
 - ✓ контактні кровотечі;
 - ✓ відсутність больового синдрому.



Діагностика

- проста або розширена кольпоцервікоскопія.
- Остаточний діагноз встановлюють на підставі гістологічного дослідження тканини шийки матки, отриманої шляхом прицільної біопсії і вискрібання слизової оболонки цервікального каналу.

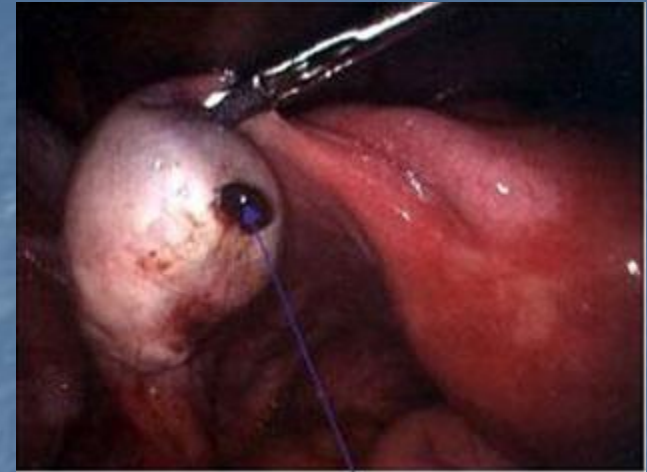
Ендометріоз маткових труб

- найчастіше поєднується з ендометріюїдними гетеротопіями інших локалізацій, зокрема з внутрішнім ендометріозом матки і ендометріозом яєчників;
- провідним симптомом є альгоменорея;
- діагностують методами лапароскопії, гістеросальпінгографії, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії.



Ендометріоз яєчників

- серед локалізацій зовнішнього ендометріозу займає перше місце;
- розміри ендометріюїдних кіст варіюють від 0,6 до 10 см;
- кістам властива товста капсула, нерідко з численними щільними спайками і геморагічним шоколадоподібним вмістом.



Очаг ендометриоза на поверхні яєчника



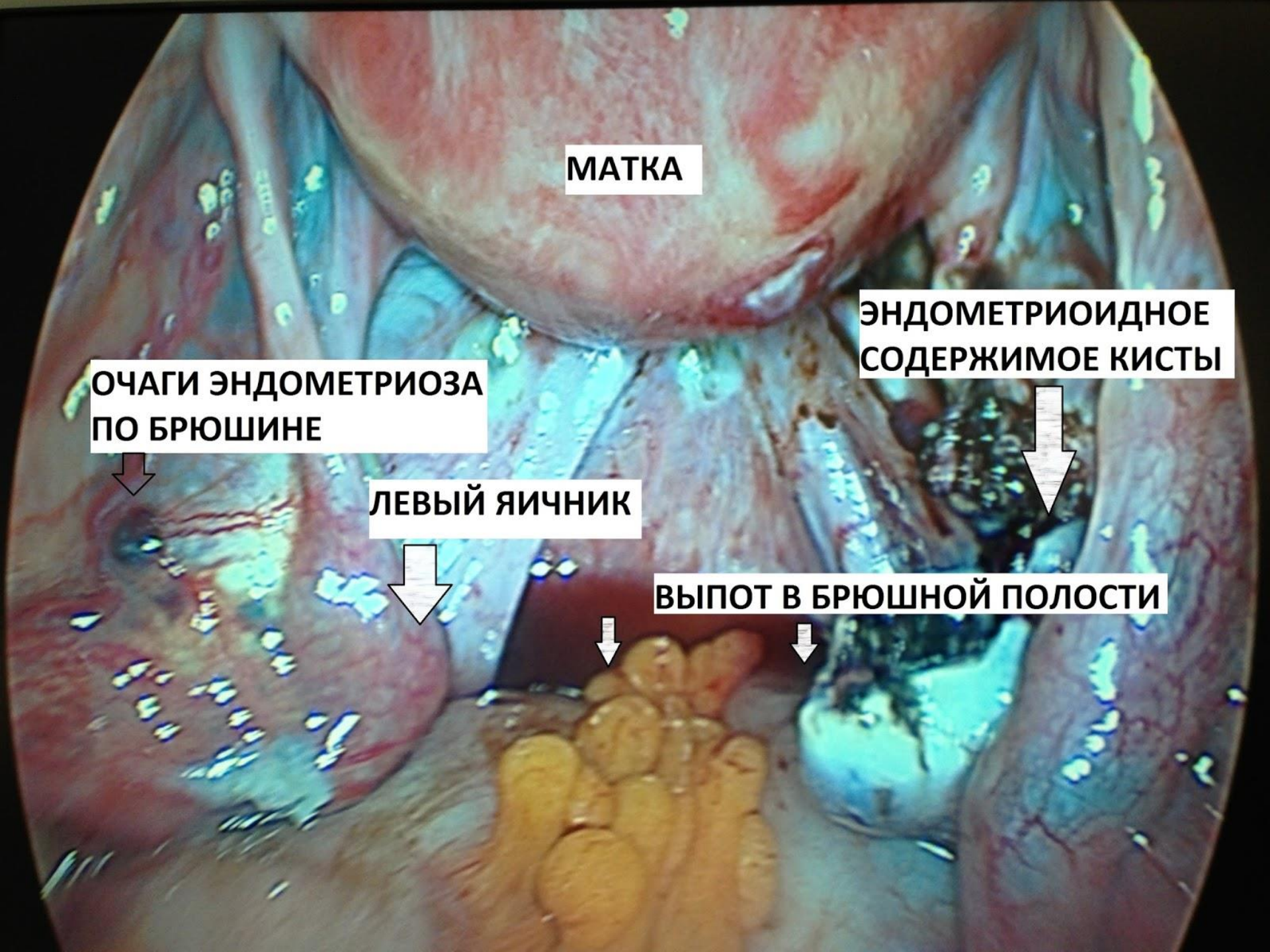
МАТКА

**ЭНДОМЕТРИОИДНОЕ
СОДЕРЖИМОЕ КИСТЫ**

**ОЧАГИ ЭНДОМЕТРИОЗА
ПО БРЮШИНЕ**

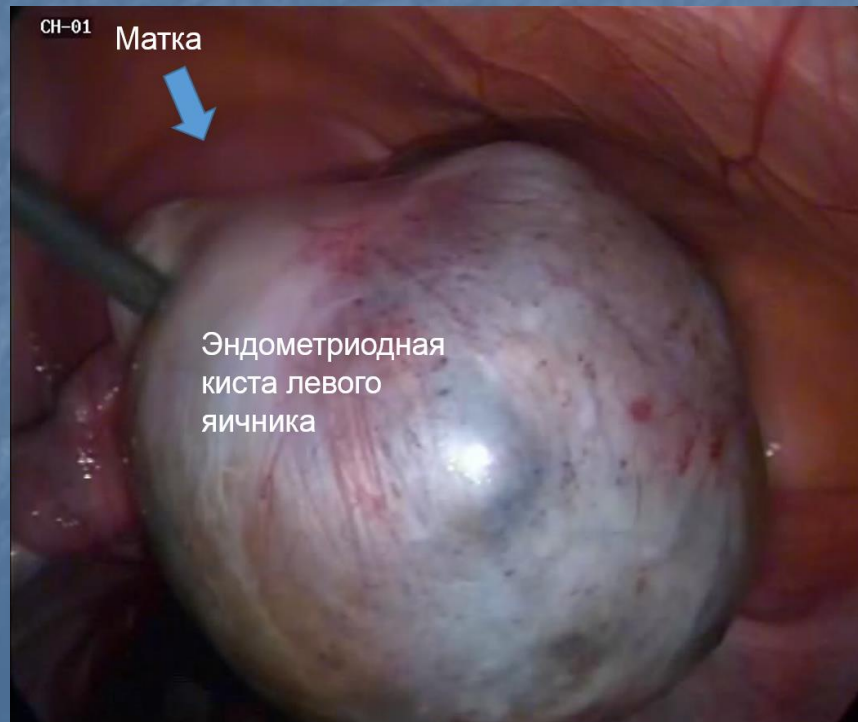
ЛЕВЫЙ ЯИЧНИК

ВЫПОТ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



Клінічна картина

- основною скаргою є біль різної інтенсивності, з ірадіацією в пряму кишку, поперек, що досягає максимуму напередодні або під час менструації.



- різкий біль виникає при мікроперфорації стінки кісти і вилитті її вмісту в черевну порожнину;
- у 26% розвивається синдром «гострого живота».



- у хворих відзначається прогресуюча альгоменорея, що супроводжується блювотою, запамороченням, похолоданням кінцівок і загальною слабкістю зі зниженням працездатності;
- частим симптомом є мізерні перед- і постменструальні темні виділення зі статевих шляхів;
- на тлі ендометріоїдних кіст зазвичай розвивається злуковий процес в малому тазу, що призводить до порушення функції кишечника і сечового міхура;

Діагностика

- бімануальне дослідження;
- ультразвукове дослідження;
- лапароскопія;
- комп'ютерна томографія.



Ретроцервікальний ендометріоз

- ендометріюїдні гетеротопії локалізуються на задній поверхні каналу шийки матки і її перешийка, на рівні прикріплення крижово-маткових зв'язок;
- розміри ураження - від 0,6 до 5-6 см;
- розрізняють дрібновузлову і інфільтративну форми.



Клінічна картина

- скарги на різкий прострільний біль, що ірадіює в піхву, пряму кишку, промежину, зовнішні статеві органи, стегно та підсилюється під час дефекації та при статевих зносинах;
- менструації супроводжуються блювотою, запамороченням, похолоданням кінцівок, загальною слабкістю, короткочасною втратою свідомості;

- більшість хворих пред'являє скарги на дратівливість, неврівноваженість, плаксивість, часті головні болі, порушення ритму сну, гіпофункцію щитовидної та інших залоз внутрішньої секреції, дискінезію ШКТ і жовчовивідних шляхів;
- крім того, хворі скаржаться на часті запори, що чергуються з діареєю і виділенням слизу і крові з прямої кишки, тенезми.

Діагностика

- найбільш інформативним методом є лапароскопія з наступною біопсією гетеротопій.



Ендометріоз піхви

- проявляється, як правило, дрібними вузликами, зазвичай щільної консистенції, які розташовуються під слизовою оболонкою піхви, частіше в задньому склепінні і верхній третині задньої стінки;
- основними скаргами є біль у піхві, темні перед- і постменструальні виділення;
- як метод діагностики застосовують кольпоскопію.



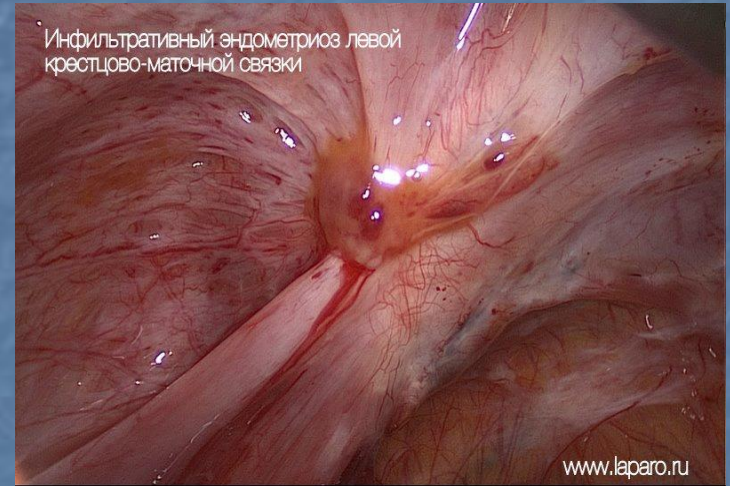
Рис. 3. Пацієнтка П. Субепітеліальний ендометріоз стенок влагалища



Рис. 4. Пацієнтка Д. Субепітеліальний ендометріоз стенок влагалища

Ендометріоз маткових зв'язок і очеревини матково- ректального заглиблення

- при тривалому перебігу захворювання поєднується з ендометріюїдними кістами, ретроцервикальним ендометріозом і ендометріозом очеревини матково-ректального заглиблення;
- характерною скаргою є біль внизу живота і в поперековій ділянці, що підсилюється напередодні і під час менструації;
- діагностують методом лапароскопії.



Ендометріоз кишечника

- кишечник зазвичай уражується ендометріозом вторинно внаслідок поширення процесу з яєчників, ретроцервікального вогнища або перешийка матки на стінку кишки;
- може викликати кишкову непрохідність, мимовільну перфорацію стінки кишечника;



- пацієнтки скаржаться на тупий ниючий біль в животі, нудоту;
- больовий синдром може супроводжуватися підвищеною моторикою кишечника, метеоризмом;
- в періоди загострень, які збігаються з менструаціями, коли переважають явища кишкової непрохідності, стан хворих значно погіршується, тому вони потребують госпіталізації до хірургічного відділення.

Лікування ендометріозу

- основними напрямками терапії ендометріозу є медикаментозна (гормональна, неспецифічна протизапальна, седативна, імунокоригуюча, розсмоктувальна, призначення препаратів, що підтримують діяльність травного тракту, фізіотерапевтичні методи), а також хірургічне втручання для ліквідації вогнищ ендометріозу.

Для лікування ендометріозу застосовують такі групи гормональних препаратів:

- для хворих репродуктивного віку - естроген-гестагенні препарати, переважно монофазні КОК з прогестагенним ефектом (нон-овлон, овідон, марвелон та ін.);
- в період перименопаузи - гестагенні препарати (утрожестан, дуфастон та ін.)
- антигонадотропні препарати (даназол);
- антиестрогенні препарати (тамоксифен, тореміфен);
- агоністи гонадотропін-релізинг-гормонів (діферілін, золадекс і ін.)

Серед показань до оперативного лікування виділяють:

- внутрішній ендометріоз в поєднанні з гіперпластичними процесами яєчників і/або передраком ендометрія;
- аденоміоз (дифузна або вузлова форма), що супроводжується гіперплазією ендометрія;
- ендометріюїдні кісти яєчників (розміром понад 5 см і стабільно функціонуючі);
- відсутність ефекту від медикаментозного лікування, яке проводилося безперервно протягом 6 місяців;
- залучення до патологічного процесу інших органів і систем з порушенням їх функцій;
- гнійні процеси в придатках матки, уражених ендометріозом;

- злуковий процес з ураженням ампулярних відділів маткових труб на тлі ендометріозу, що є головною причиною безпліддя;
- ендометріоз пупка;
- ендометріоз післяопераційного рубця;
- комбінація ендометріозу з деякими аномаліями розвитку статевих органів;
- наявність соматичної патології, що вимагає тривалої гормональної терапії.