


МИОМА МАТКИ





Миома матки -моноклональная опухоль, состоящая из гладкомышечной и соединительной ткани и развивающаяся в мышечной оболочке матки по типу доброкачественной гиперплазии.

■ Распространенность:

встречается у 20 - 40% женщин детородного возраста.

По результатам патологоанатомического исследования лейомиома матки была обнаружена у 50 – 80% женщин, скончавшихся от разных причин.

Возрастное распределение больных лейомиомой матки следующее:

40 - 49 лет - **61,5%**,

■ 25-30% женщин нуждаются в оперативном лечении, среди женщин пременопаузного возраста этот показатель достигает 80%.

Факторы риска

- Раннее менархе
- Отсутствие родов
- Возраст поздний репродуктивный
- Ожирение
- Афроамериканская раса
- Прием тамоксифена
- Менопауза, курение, высокий паритет снижают риск

Сопутствующая патология

- Ожирение - 64%
- ГБ, ИБС - 60%
- Заболевания ЖКТ – 40%
- Заболевания ЩЖ - 4.5%
- Неврозы - 11%
- Патология молочных желез – 86%
- Эндометриоз (аденомиоз) – 80%

Предрасполагающие факторы

- **Увеличение уровня эстрогенов и прогестерона**, которые приводят к митотической активности клеток и формированию миоматозных узлов
- Врожденная генетически детерминированная патология, выраженная в **увеличении рецепторов эстрогенов в миометрии** и повышении чувствительности к Э и П

Патогенез лейомиомы матки

Наследственность не является доказанным фактором, но прослеживается у родственников первой линии-23.4%, второй-3,9 %.

1. Действие предрасполагающего фактора (дисгормональный стресс, некомпенсированная гиперэстрогения, венозный застой, инфекционное воспаление, механическая травма и т.д.) приводит к клональной активации и пролиферации клеточных элементов.
2. При достижении пролифератом определенной массы происходит дифференцировка клеток в гладкие миоциты. Формируются узелки лейомиомы матки.
3. В зависимости от слоя миометрия, в котором образовались узлы опухоли, они могут расти в сторону полости матки (субмукозные узлы), в сторону брюшной полости (субсерозные) или располагаться в толще маточной стенки (интерстициальные).
4. Дальнейший рост ведет к развитию гипертрофии прилежащего миометрия, возможно возникновение дистрофических и некротических изменений в центральных отделах узла. Особенно подвержены нарушениям питания, в силу своей подвижности, узлы на ножке (подслизистые и субсерозные).
5. В постменопаузном периоде на фоне угасания функции яичников пролиферация миогенных элементов прекращается, узлы лейомиомы матки теряют объем - в них преобладают дистрофические процессы.

Под действием пускового фактора развитие макроскопической различной опухоли наблюдается в течение десяти лет.

Классификация миомы матки

- Подслизистая (субмукозная) лейомиома матки - опухоль, растущая в сторону полости матки, деформирующая ее (D25.0 по МКБ-10)
 - Интрамуральная (межмышечная) лейомиома матки - опухоль, расположенная в толще маточной стенки, не деформирующая полость матки (D25.1 по МКБ-10)
 - Субсерозная (подбрюшинная) лейомиома матки - опухоль, растущая в сторону брюшной полости (D25.2)
 - Неуточненная лейомиома матки (D25.9) - диагноз актуален лишь до этапа инструментальной диагностики, в дальнейшем диагноз уточняется. Если имеется 2 и более узлов, миома является множественной
- В 80%-90% случаев встречается множественная миома матки

Классификация ВОЗ

- Обычная
- Клеточная
- Пролиферирующая
- Лейомиобластома(эпителиоидная)
- Причудливая
- Внутрисосудистый лейомиоматоз
- Лейомиома с явлениями предсаркомы (малигнизирующаяся)

Топографическая классификация

- Субмукозная миома 0 тип – узел полностью располагается в полости матки, I тип – узел менее 50% располагается в толще миометрия, II тип – более 50% узел располагается в миометрии.
- Субсерозная миома 0 тип – узел полностью располагается в брюшной полости, I тип – менее 50% узел располагается в миометрии и II тип – более 50 % - в миометрии

- Согласно рекомендациям Европейского Общества Репродукции Человека небольшой считается миома до 5 см, большая миома - более 5 см

Клиническая картина лейомиомы матки

В 50 % случаях заболевание протекает бессимптомно.

Субъективными проявлениями лейомиомы матки являются:

- аномальные маточные кровотечения;
- боль и тяжесть в нижних отделах живота;
- нарушения мочеиспускания и дефекации;
- симптомы общего железодефицита, ассоциированные с хронической кровопотерей.

Маточные кровотечения

(Меноррагия, метроррагия)

Причины:

- 1) локальные сосудистые нарушения
- 2) избыточная гипертрофия венозной системы
- 3) нарушение оттока за счет повышения тонуса миометрия
- 4) снижение резистентности артерий матки под влиянием гиперэстрадиолемии
- 5) **подслизистая локализация узла**
- 6) увеличение менструирующей поверхности полости матки
- 7) асинхронность трансформации эндометрия
- 8) нарушения сократительной способности миометрия
- 9) сопутствующая гинекологическая патология

Боль и тяжесть в нижних отделах живота обусловлены:

- давлением на соседние органы и нервные элементы малого таза
- растяжением связочного аппарата
- перекрутом ножки лейомиомы матки
- нарушением питания узла
- схваткообразными болями характерными для рождающегося подслизистого узла

Нарушения мочеиспускания и дефекации обусловлены:

Сдавлением соседних органов при атипичной локализации узлов лейомиомы матки и размерах матки более, чем при 12 неделях беременности

Показания к оперативному лечению

- Маточные кровотечения и вторичная анемия (субмукозная миома)
- Тяжесть и боль в нижних отделах живота
- Увеличение матки (более 12 нед)
- Быстрый рост опухоли (3-4 недели в год) и рост в менопаузе
- Нарушение функции соседних органов
- Атипичное расположение
- Нарушение репродуктивной функции и бесплодие при отсутствии других причин
- Осложнения миомы

Диагностика.

- увеличение матки
- изменение ее формы (матка больше нормы, асимметричная или узловатая, с четкими контурами, подвижная).

Инструментальные и лабораторные исследования

1. **Ультразвуковое исследование матки и придатков.** Если размеры лейомиомы матки соответствуют или превышают размер матки при 12 неделях беременности (450 см^3), решается вопрос об оперативном лечении
2. **Эхогистерография и гистероскопия** - при небольших размерах опухоли на предмет выявления подслизистых узлов, а при больших размерах - в случаях решения вопроса о консервативной миомэктомии.
3. Раздельное диагностическое выскабливание эндометрия или **аспирационная биопсия** (на 25 - 26-й день менструального цикла). После получения результатов морфологического исследования соскоба принимают решение о возможности динамического наблюдения с использованием средств консервативной терапии.
4. **Исследование уровня гемоглобина периферической крови (1 раз в 6 мес.)**
5. **МРТ, КТ, МСКТ** для выявления состояния сосудов м.таза
6. **Диагностическая лапароскопия**

Дифференциальный диагноз

- С беременностью
- С опухолями яичников
- С эндометриозом
- С раком эндометрия
- С опухолями забрюшинного пространства и брюшной полости

Осложнения миомы матки

- Перекрут ножки миоматозного узла
- Инфицирование узла
- Рождающийся узел

Общие подходы к лечению лейомиомы матки

Лечение лейомиомы матки направлено на:

- торможение роста или регресс опухоли;
- уменьшение основных симптомов лейомиомы матки;
- сохранение репродуктивной функции у пациенток молодого возраста;
- восстановление здоровья женщин;
- повышение качества жизни больных.

Консервативная терапия (при миоме 2-3см)

Гестагены (ВМС с левоноргестрелом)

- Норэтистерон (норколут) - терапия проводится курсами по 6 месяцев с перерывами по 6 месяцев - всего три курса.
- В непрерывном режиме в перименопаузе при нерегулярном ритме менструаций с 5-го дня цикла начинают прием по 2,5 мг/сут, затем в течение 2 - 3 недели каждого цикла повышают дозу до 5 мг/сут.
- При регулярном цикле с 5-го по 25-й день по 5 мг/сут или во вторую фазу с 16-го по 25-й день цикла по 5 - 10 мг/сут.

Аналоги гонадотропин релизинг гормона

- **Бусерелин**, - назначается с 1 - 2-го дня менструального цикла по 900 мкг/сут. интраназально в течение 4 - 6 месяцев (по 150 мкг - 1 стандартной дозе 0,2% раствора в каждую ноздрю 3 раза в день с интервалом 8 ч), бусерелин-депо – в/м.
- **Люкрин-депо** – назначается с 1 -2-го дня менструального цикла по 3,75 мг (1 инъекция) в/м с интервалом с 1 - 2-го дня в 28 дней 4 - 6 инъекций на курс.

Другие виды гормональной терапии

- Гестринон 2,5мг 2раза в неделю
- Гинестрил(Мифепрестон)
50 мг /сут 3 мес.
- Эсмия(улиприрестала ацетат)
5мг/сут. 3мес.
- ВМС с левоноргестрелом
(Мирена)

Другие виды лечения

- Транексам по 4г/сут. не более 5 дней при АМК
- НПВС (ибупрофен, индометацин) при дисменорее

Миома и беременность, осложнения.

- Плацентарная недостаточность
- Угроза прерывания
- Самопроизвольный аборт
- Кровотечения в родах

Хирургическое лечение.

Молодым женщинам нужно стремиться сохранить матку (консервативная миомэктомия), в старшем возрасте предпочтительнее производить гистерэктомию.

Другие методы лечения

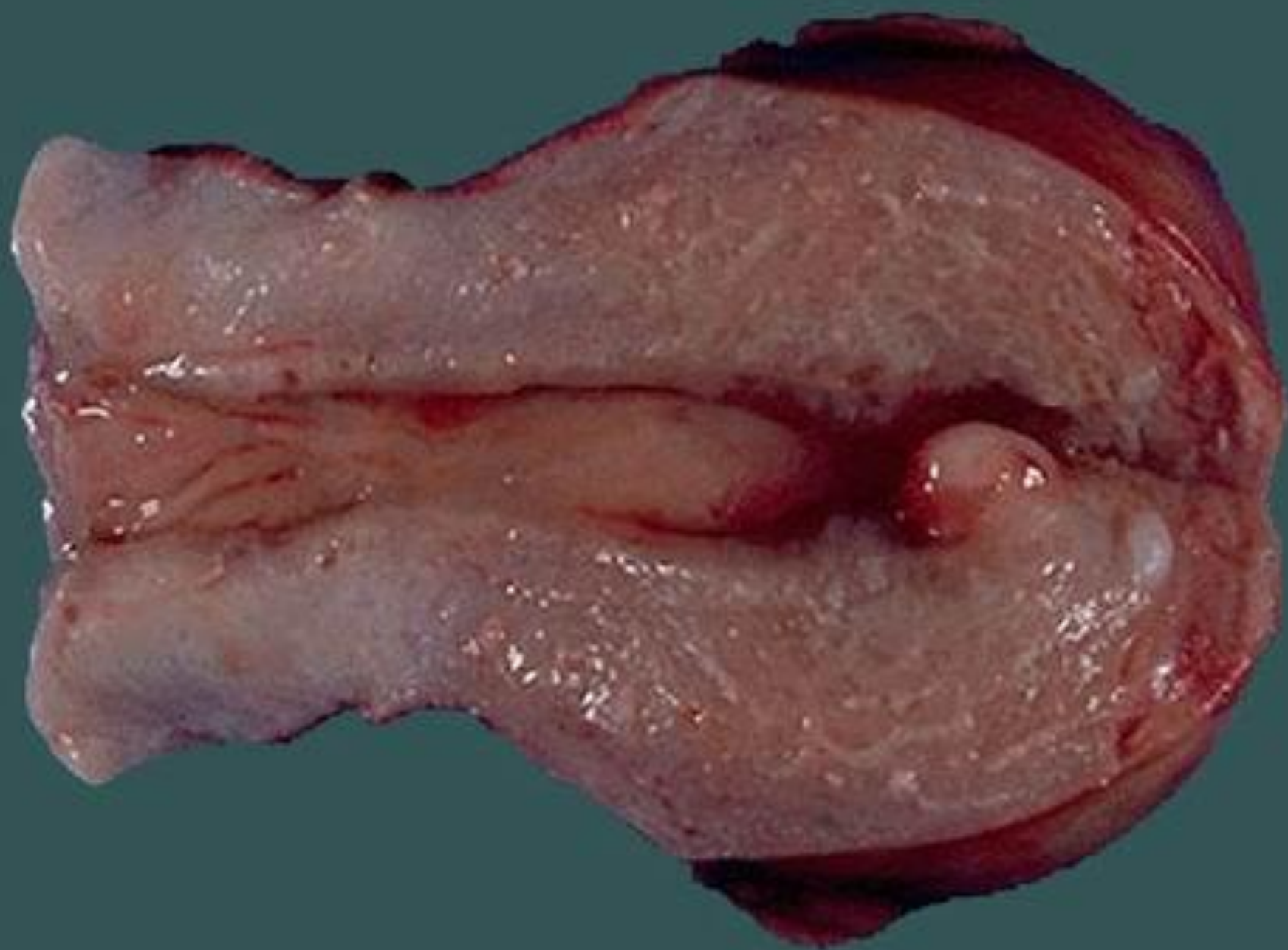
- Миолиз
- Селективная эмболизация маточных артерий(ЭМа)
- Ультразвуковая дистантная коагуляция миоматозных узлов (ФУЗ)
- Лапароскопическая окклюзия маточных артерий

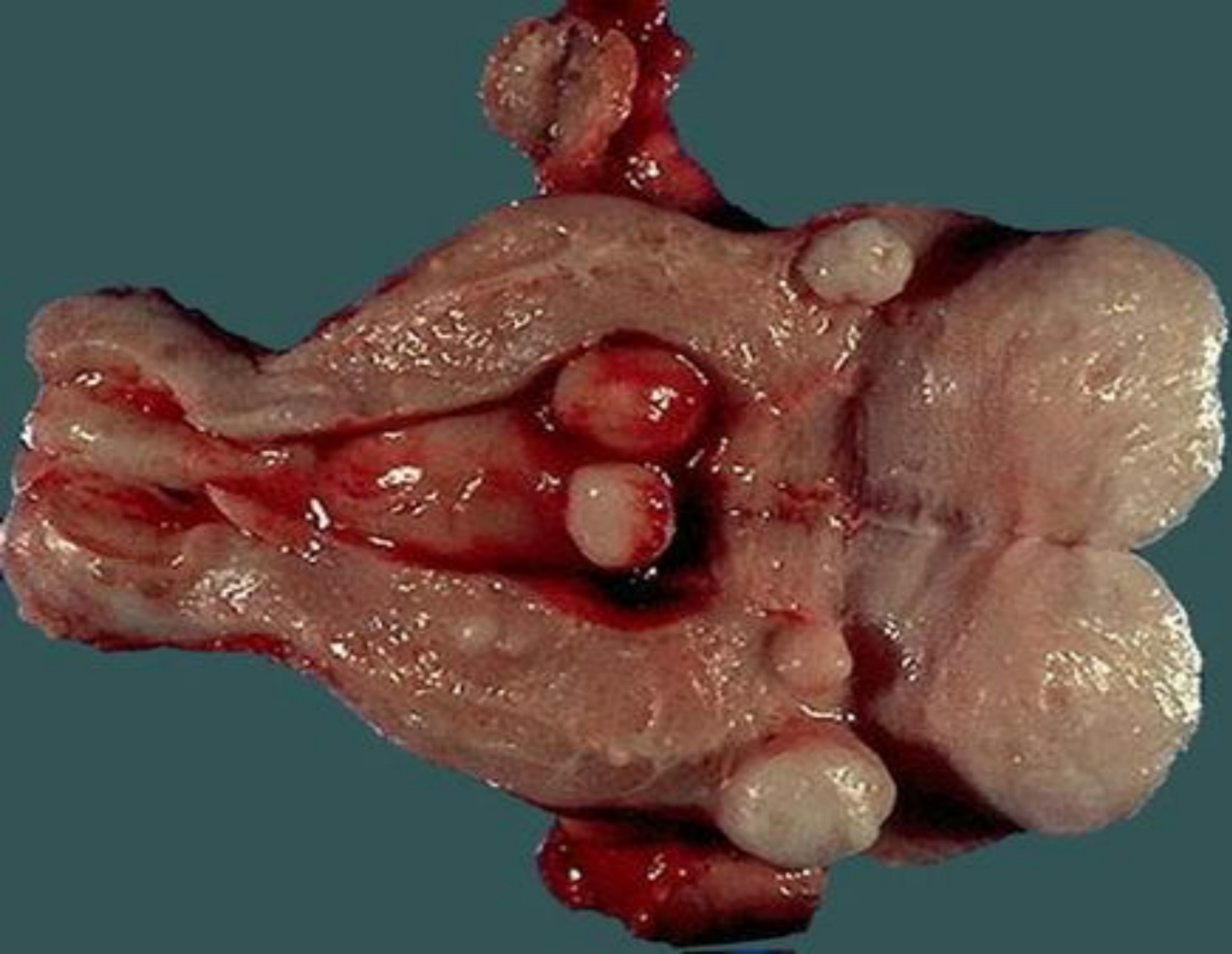
Профилактика

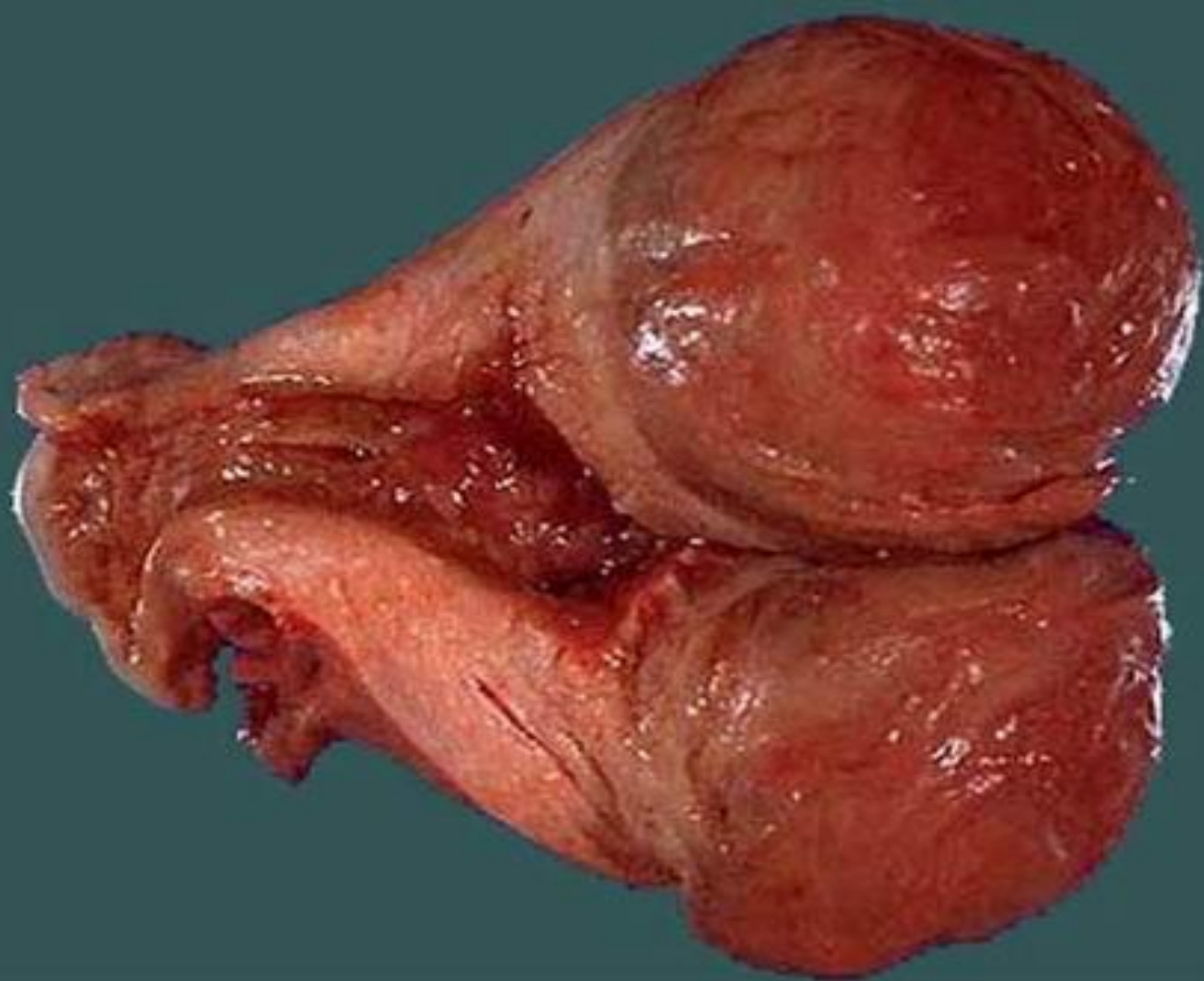
1. Возрастание числа родов
2. Использование оральных контрацептивов
3. Контроль массы тела
4. Своевременное лечение возникших половых инфекций
5. Избегать абортов, интоксикаций, психотравмирующих ситуаций, гиподинамии.

Общие подходы к профилактике лейомиомы матки

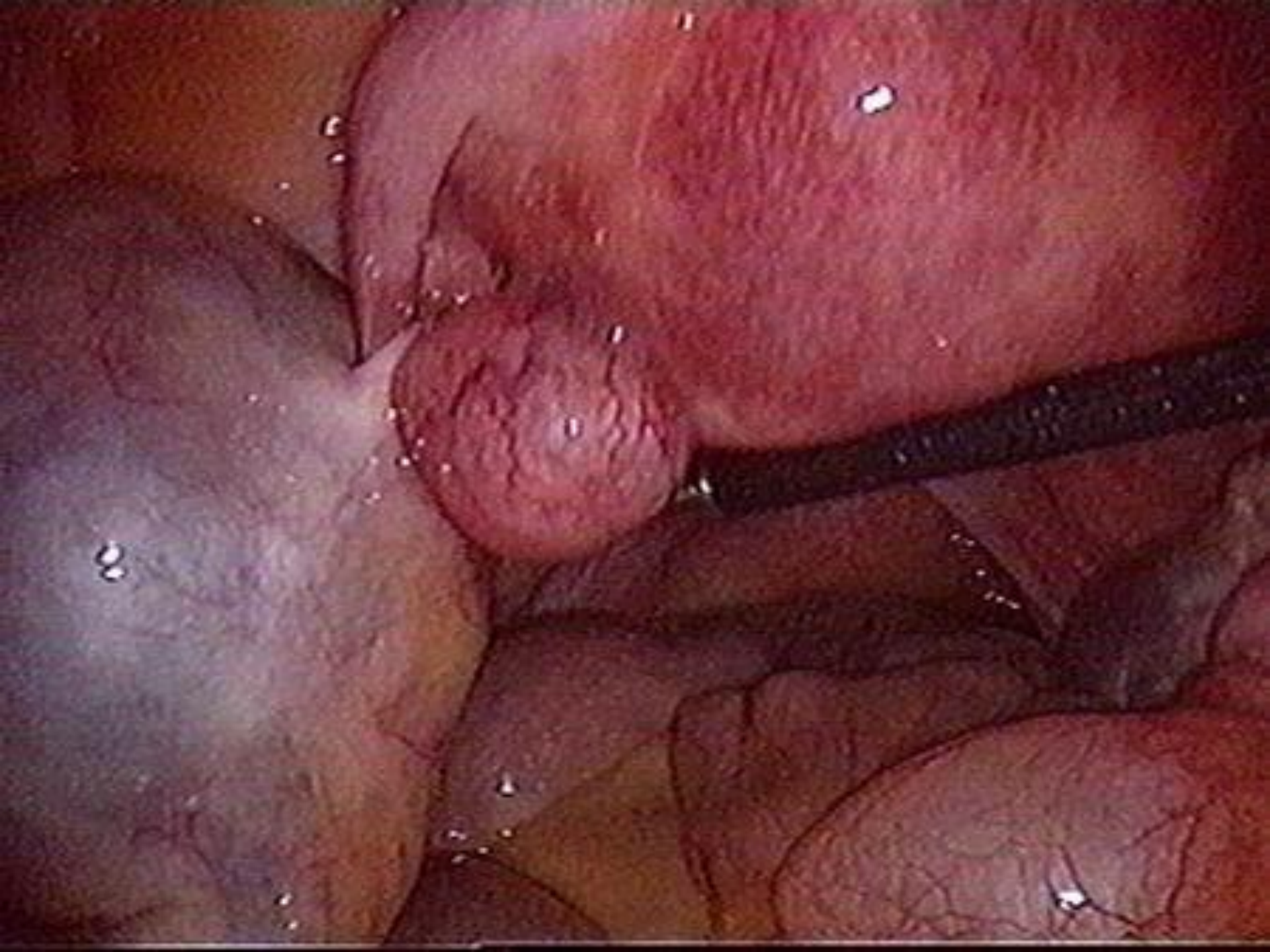
- необходимо раннее выявление показаний к оперативному лечению так называемой **симптомной лейомиомы матки**
- проведение **органосохраняющих операций молодым женщинам**, желающим сохранить репродуктивную функцию
- проявление **максимальной онкологической настороженности** в старших возрастных группах
- сокращение пребывания в стационаре.





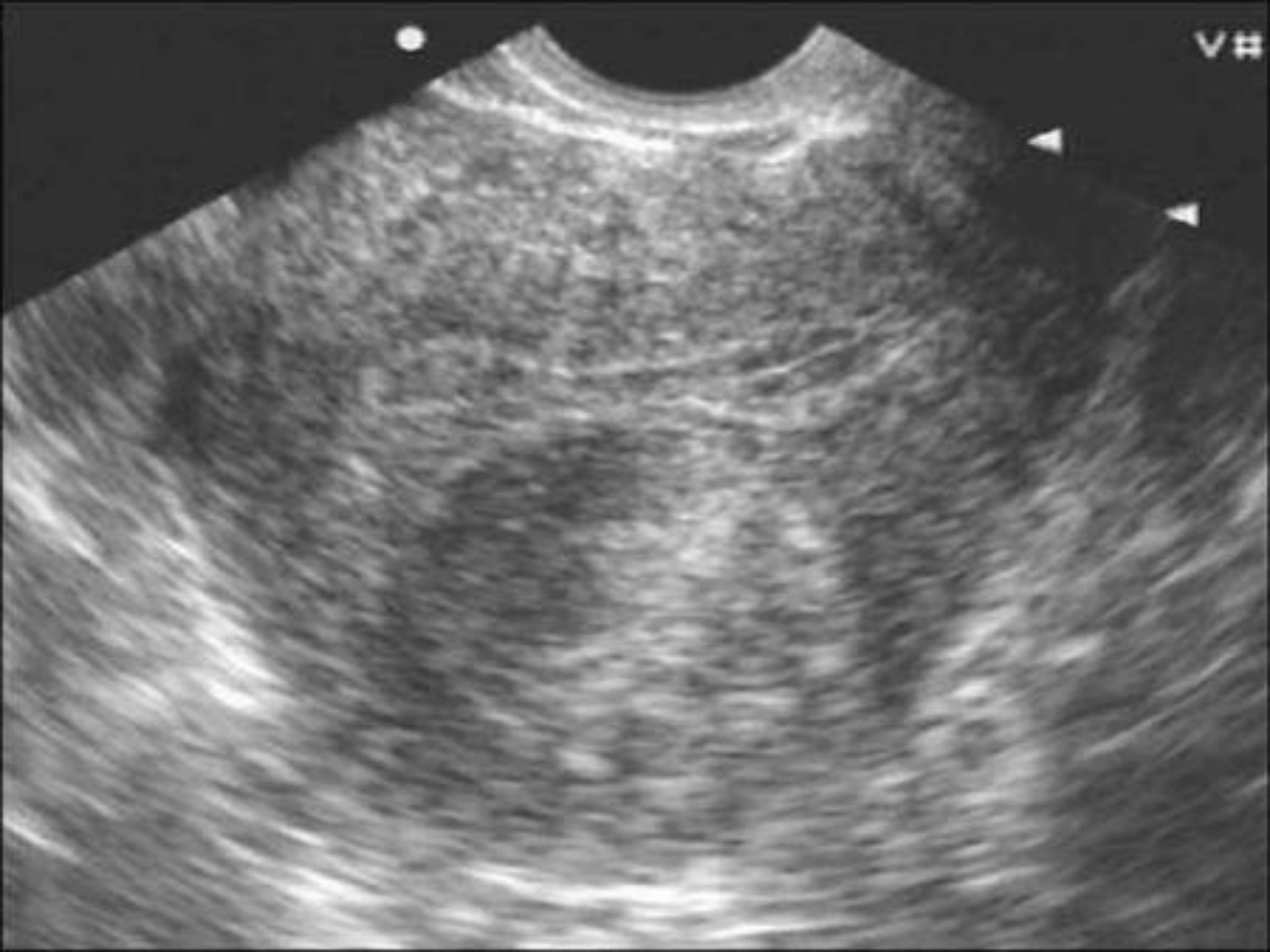


















ЭНДОМЕТРИОЗ



ЭНДОМЕТРИОЗ – это опухолевидный процесс дисгормональной природы.

Эндометриоз – это патологический процесс, формирующийся на фоне нарушенного гормонального и иммунного гомеостазов, и характеризующийся ростом и развитием ткани, идентичной по структуре и функции с эндометрием, но располагающийся за пределами границ нормальной локализации слизистой оболочки тела матки.

- ◆ Частота эндометриоза в *репродуктивном возрасте* достигает до **50%**.
- ◆ В **5%** случаев - прогрессирует в пременопаузе.
- ◆ В последние годы наблюдается увеличение его частоты у пациенток всех возрастных групп, включая и молодой возраст (12 – 18 лет).
- ◆ Эндометриоз стоит **на 3-м месте** среди гинекологических заболеваний после воспалительных заболеваний и миомы матки.
- ◆ В структуре стойкого болевого синдрома эндометриоз занимает одно из первых мест (**80%** пациенток).
- ◆ Среди пациенток с бесплодием эндометриоз встречается в **30%-60%** случаев.

Онкологический аспект эндометриоза.

Больные эндометриозом являются
высокой группой риска в
отношении возникновения
злокачественной трансформации
эндометрия, яичников,
молочных желёз.

Классификация.

- ◆ генитальный (95%) эндометриоз –
внутренний (75%) и наружный (25%),
- ◆ экстрагенитальный (5%)

- ◆ **Наружный эндометриоз** – эндометриоз наружных половых органов, влагалища, влагалищной части шейки матки, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, выстилающей прямокишечно – маточное и др. углубления малого таза. **Наружный**, по отношению к брюшине, делится на **перитонеальный** – яичники, маточные трубы, углубления малого таза, и **экстраперитонеальный** – наружные половые органы, влагалище, влагалищная часть шейки матки, ретроцервикальная область.

- ◆ **Внутренний эндометриоз (N80.0)** - процесс, развивающийся в мышечной оболочке матки (аденомиоз), перешейка и интерстициальных отделов труб.

- ◆ **Экстрагенитальный эндометриоз** - эндометриоз мочевого пузыря, кишечника, послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, почек, лёгких, конъюнктивы и других локализаций.

Общепризнанными этиологическими факторами являются:

- ◆ **возраст** – молодой и репродуктивный (25 – 44 г.);
- ◆ **соц. – эконом. положение** – низкий уровень, неблагоприятная экологическая обстановка, частые стрессы, неадекватное питание;
- ◆ **наследственность;**
- ◆ **гормональные нарушения;**
- ◆ **иммунологические нарушения;**

Факторы риска

- ◆ Нереализованная репродуктивная функция , отложенная первая беременность.
- ◆ Нарушение менструальной функции у подростков (дисменорея).
- ◆ Генетические, эпигенетические и семейные факторы.
- ◆ Высокий инфекционный индекс.

Патогенез:

- 1) **имплантационная теория** (транспортная) ,которая заключается в заносе жизнеспособных элементов эндометрия в другие органы и ткани гематогенным и лимфогенным путём, при ретроградном забрасывании с менструальной кровью, ятрогенная диссеминация и приживление элементов эндометрия в других тканях.
- 2) **метапластическая теория** предполагает метаплазию мезотелия брюшины. Источником эндометриоза является эмбриональный целомический мешок;
- 3) **теория эмбрионального развития**, согласно которой эндометриоидные гетеротопии возникают из остатков мюллеровых протоков.

- ◆ Наличие иммуносупрессии, угнетение апоптоза, резкое повышение концентрации СЭФР, ЭР-бета, блокирующего экспрессию рецепторов прогестерона, вызывая резистентность к прогестерону, увеличение металлопротеиназ, разрушающих экстрацеллюлярный матрикс в эндометриоидных очагах, увеличение концентрации ароматаз, участвующих в синтезе эстрадиола – имеет важное значение в реализации эндометриоза.
- ◆ Причиной бесплодия может быть синдром лютеонизации неовулировавшего фолликула, лютеолиз, фагоцитоз спермы перitoneальными макрофагами.

Общие симптомы и сопутствующая патология:

1. длительное прогрессирующее течение с регрессом в менопаузе;
2. **боли** в предменструальном, менструальном и постменструальном периоде, но в 50% более может не быть (тазовые боли, боли в спине, дизурия, диспареуния, дисхезия). Боли не зависят от размеров эндометриоидного очага, сопровождаются увеличением выброса ПГ, тошнотой, рвотой, головной болью, повышением температуры);
3. **увеличение поражённого органа накануне или во время менструации** (матка может увеличиваться до 16 нед.);
4. **меноррагия, предменструальные и постменструальные кровянистые выделения;**
5. **бесплодие** (ановуляция, недостаточность 2 – й фазы, спаечный процесс, периоофорит, непроходимость маточных труб, изменения в эндометрии, фагоцитоз сперматозоидов, увеличение простагландинов за счёт воспалительного процесса, сопровождающего эндометриоз);
6. **нарушение терморегуляции, субфебрилитет во 2 – ю фазу;**
7. **аллергия на пищевые продукты (27%);**
8. **ожирение (70%);**
9. **мастопатия (27%);**
0. **миома (25 – 85%).**

Наружный эндометриоз (25%).

Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища (N80.4)

- ◆ **Эндометриоз влагалища** представляет собой узелки или кисты диаметром 3 мм синие – багрового цвета, может быть типа полипов, очаги болезненные при пальпации, располагаются в верхней трети влагалища в заднем и боковом сводах. **Сопровождается жгучими болями** до и после полового акта. Может сочетаться с пороком развития (добавочное аплазированное влагалище) и с эндометриозом шейки матки.

◆ Ретроцервикальный эндометриоз.

- ◆ При 1 - й стадии в процесс вовлекается только клетчатка ретроцервикальной области.
- ◆ При 2 – й стадии – стенки влагалища и шейки матки.
- ◆ При 3 – й стадии – крестцово -маточные связки и серозная оболочка прямой кишки.
- ◆ При 4 – й ст. – прямая и сигмовидная кишка, брюшина маточно – прямокишечного углубления с образованием спаечного процесса в области придатков.

- ◆ Макроскопически эндометриоз представляет собой мозолистое утолщение, болезненное при пальпации. При осмотре заднего свода отмечается звёздчатое втяжение, кисточки, изъязвления. Отмечаются боли во время и перед менструацией, при половом контакте, при подъёме тяжести, иррадирующие во влагалище, прямую кишку, бедро. Могут быть запоры, поносы. При 4 – й ст. распространения может быть кровь в каловых массах, дискинезия ЖКТ и желчных путей, гипофункция щитовидной железы и других эндокринных желёз, раздражительность, плохой сон, головные боли.

Эндометриоз шейки матки (N80.8).

Наблюдается после родов, абортов в виде эрозий, полипов, гематом. Из клинических симптомов могут наблюдаться **межменструальные или посткоитальные кровянистые выделения.**

Эндометриоз маточных труб (N80.2)

Эндометриоз маточных труб - при поражении труб возможен гематосальпинкс, внематочная беременность (до 40%).

Эндометриоз яичников (N80.1)

Классификация кист яичников.

- ◆ **1-стадия** - это мелкие образования до 5 мм в диаметре с глубиной инвазии до 1 – 2 мм на поверхности яичников, брюшины Дугласова кармана.
- ◆ **2 – я ст.** – кисты до 5 – 6 см в диаметре с поражением одного яичника или в сочетании с поражением брюшины малого таза. Спаечный процесс в области придатков.
- ◆ **3 – я ст.** – кисты с поражением обоих яичников, поражением серозного покрова матки, труб, выраженным спаечным процессом с вовлечением кишечника.
- ◆ **4 – я ст.** – двухсторонние кисты яичников больших размеров больше 6 см с поражением соседних органов, распространенный спаечный процесс.

- ◆ В клинике эндометриоза яичников наблюдается бесплодие, диспареуния, нарушение менструальной функции, боли при 3-й – 4-й ст. тяжести, повышение температуры до 38 С, лейкоцитоз, повышение СОЭ, озноб.

Эндометриоз тазовой брюшины (N 80.3)

- ◆ Эндометриоз крестцово – маточных, круглых (очаг локализуется в паховом канале), широкой маточной связок и в углублениях малого таза, выстланных брюшиной характеризуется единичными эндометриоидными гетеротопиями диаметром от 2 до 5 мм (до 1 см). В них наблюдаются незначительные циклические превращения. До определённого момента такой эндометриоз протекает латентно и диагностируется лапароскопически при бесплодии, но могут быть боли распирающего характера, диспареуния.

Внутренний эндометриоз (75%).

- ◆ Чаще встречается в возрасте 40 – 50 лет. Наблюдается одновременное поражение тела матки и перешейка в 62,8 %, только в теле матки в 36% и только в перешейке в 1,2 % случаев. Чаще локализуется в задней стенке матки, дне, трубных углах. Макроскопически на разрезе будут кисты или очаги уплотнения, ячеистое строение и инфильтраты. Наблюдаются диффузный процесс, очаговые и узловатые формы. Сочетается в 70% с гиперплазией эндометрия.

Эндометриоз матки (внутренний эндометриоз)

Классификация по степени поражения стенки матки.

- ◆ **1-я ст.** — в подслизистой оболочке
- ◆ **2-я ст.** — переход на мышечный слой
- ◆ **3-я ст.** — до серозного покрова.
- ◆ **4-я ст.** — вовлечение в процесс париетальной брюшины и соседних органов.

Клиника аденомиоза.

- ◆ В клинике отмечается классическая триада: **гиперполиальгоменорея.** Кровотечение обусловлено гиперпластическими процессами при недостаточности 2-й фазы или ановуляции, или за счёт опорожнения очагов эндометриоза, болевой синдром будет выражен при вовлечении в процесс перешейка матки или при распространении на брюшину. Отмечается головная боль, субфебрилитет, тошнота, рвота. При внутреннем эндометриозе характерна аллергия на пищевые продукты и лекарственные препараты и ожирение. Характерно увеличение матки и наличие неровной поверхности матки.

Диагностика.

- ◆ **анамнез** (возраст, менархе, боли, аборты, ДЭК, внутриматочные манипуляции, самопроизвольные выкидыши);
- ◆ **длительное неэффективное лечение воспалительных заболеваний гениталий;**
- ◆ **циклический болевой синдром;**
- ◆ **нарушение менструального цикла;**
- ◆ **бесплодие;**
- ◆ **экстрагенитальные заболевания**

Диагностика

- ◆ Кольпоскопия
- ◆ Прицельная биопсия за 5 – 7 дней до менструации
- ◆ Аспирационная биопсия или диагностическое выскабливание полости матки
- ◆ Гистеросальпингография (законтурные тени на 5 – 7 день цикла)
- ◆ Гистероскопия в 1-ю фазу на 3-й – 5-й день менструации или после выскабливания – выявляются свищевые ходы, напоминающие соты, из которых поступает кровь после окситоцинового теста (имеется гистероскопическая классификация распространенности по Бреусенко В.Г.).
- ◆ **УЗИ** в динамике за 2 – 3 дня до и после менструации (увеличение матки в передне – заднем и поперечном размерах, неравномерность утолщения стенок, неоднородность структуры эндометрия). УЗ – диагностика кист яичников и гиперэхогенные образования при ретроцервикальном эндометриозе.
- ◆ Отмечается **рост онкомаркёров** СА 125, 199.
- ◆ Рентгентелевизионная гистеросальпингография на 7-й – 10-й день менструального цикла
- ◆ КТ и\или МРТ
- ◆ Ректороманоскопия
- ◆ Цистоскопия
- ◆ **Диагностическая лапароскопия** очаги в виде «порохового ожога», мраморность матки при аденомиозе, «шоколадные» кисты при эндометриозе яичников

Дифференциальный диагноз с

- ◆ миомой матки;
- ◆ хроническим эндомиометритом;
- ◆ гиперпластическими процессами эндометрия;
- ◆ загибом (ретрофлексия) матки;
- ◆ пороками развития гениталий;
- ◆ опухолями яичника;
- ◆ метротромбофлебитом;
- ◆ тубоовариальными образованиями воспалительной этиологии;
- ◆ злокачественными новообразованиями половых органов

Лечение.

Цели лечения: удаление очагов эндометриоза, купирование клинической симптоматики, восстановление репродуктивной функции и профилактика рецидивов.

- ◆ **1-й этап** – хирургическое лечение: эндоскопическая диагностика, биопсия и хирургическое вмешательство **при кистах яичников;**
- ◆ **2-й этап** – гормонотерапия (не менее 6 – 9 месяцев, максимально до 18 месяцев) для профилактики рецидивов

Гормонотерапия.

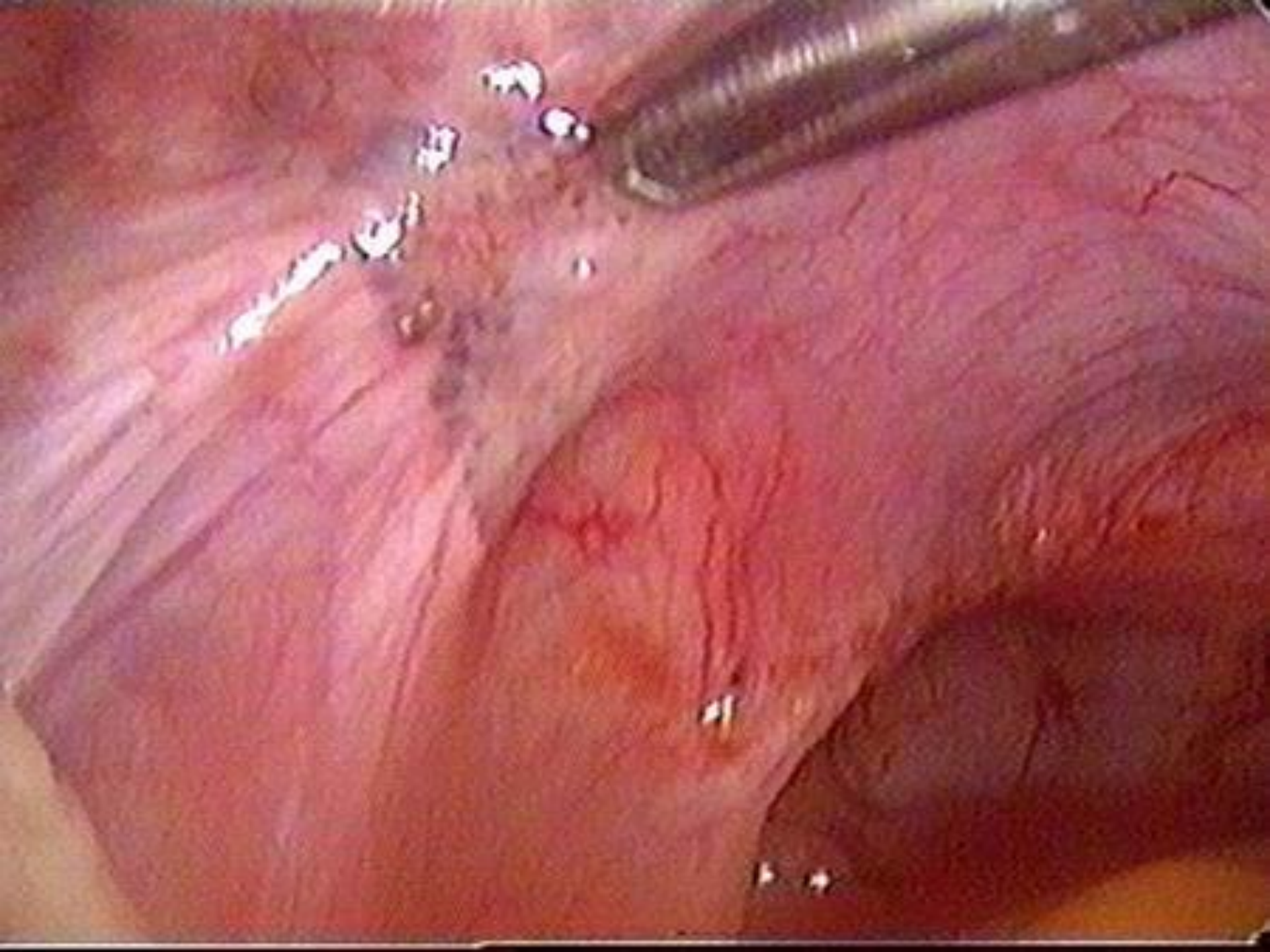
Целью является угнетение ГГЯС и снижение пролиферативной активности в очагах эндометриоза.

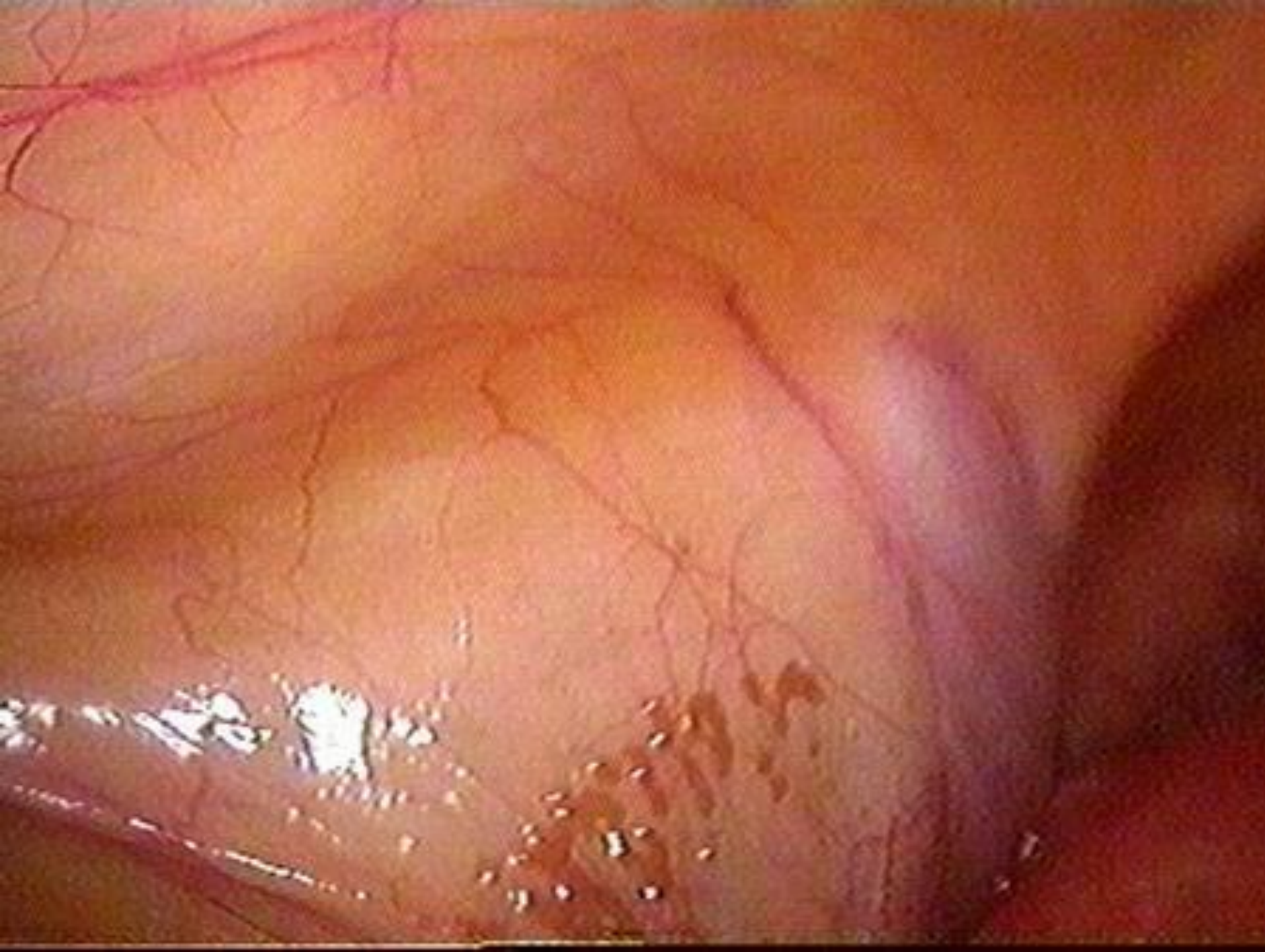
- ◆ **Гестагены : ВМС С ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ (мирена)**
 - гестринон(неместран) 2, 5 мг (максимально до 5 мг) 2 раза в неделю на 1-й – 4-й день цикла (через 2 мес. боль снимается полностью, аменорея через 1-2 цикла , в начале могут быть беспорядочные кровянистые выделения).
 - **Визанна(диеногест)**— 2 мг ежедневно 6 мес.
 - **Депо – провера** – 100 – 200 мг (150 мг) 1 раз в 3 мес.- или 1 раз в две недели, можно с тамоксифеном (антиэстроген) 20 мг ежедневно 1 – 2 мес.
 - 17 – ОПК 12,5% - 2 мл – 2-3 раза в неделю, если появляется кровотечение прорыва, то эстроген – гестагенные препараты.
 - **Норколут** с 5-го по 25-й день, лучше по 10 мг в сутки .
 - **Дюфастон (дидрогестерон)**с 5-го по 25-й день 5 – 10 мг или 10-20-30 мг в сутки с 11-го по 25-й день цикла 6-9 мес.

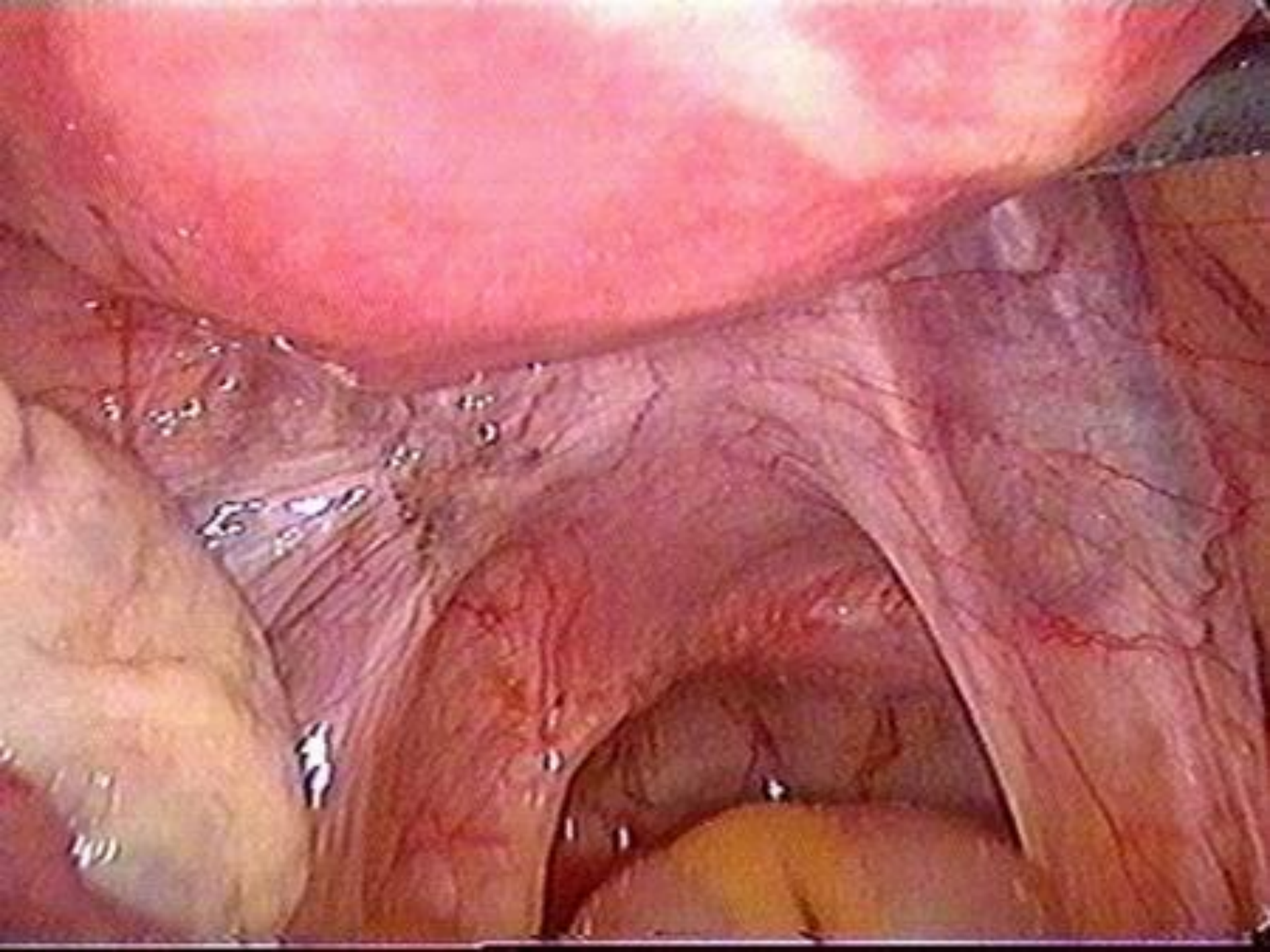
ЭФЕКТИВНОСТЬ ВЫШЕ ПРИ НЕПРЕРЫВНОМ ПРИЕМЕ

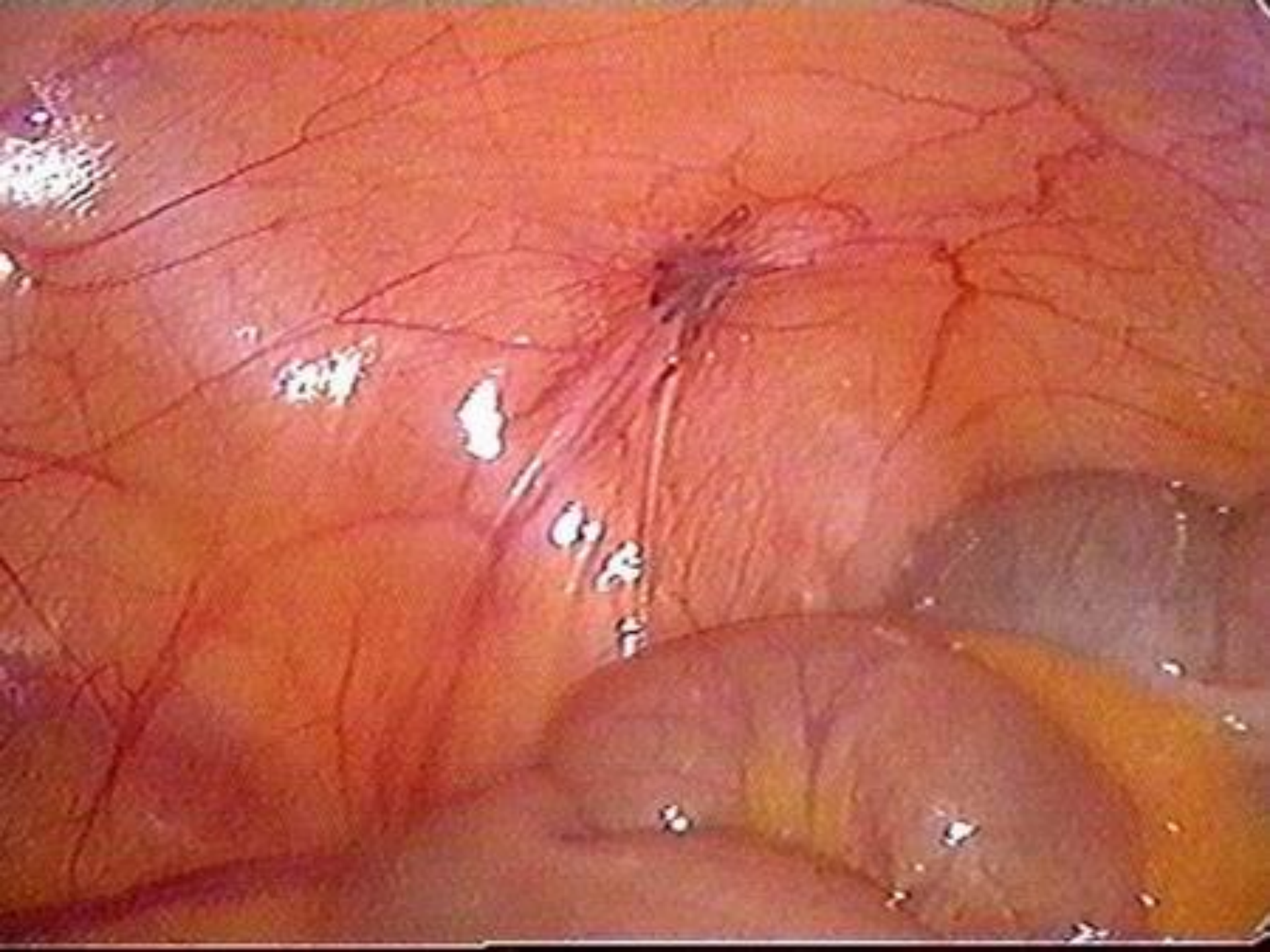
- ◆ **Антигонадотропины** – **даназол** до 400- 800 мг в сутки, максимально 6 мес., + гепатопротекторы. Частота беременности 40 – 80%, рецидивы 25 – 60% через год
- ◆ **Агонисты Гн-РГ** (не более 6 мес)
 - **Бусерелин** - назначается с 1 - 2-го дня менструального цикла по 900 мкг/сут. интраназально в течение 4 - 6 месяцев (по 1 стандартной дозе 0,2% раствора в каждую ноздрю 3 раза в день с интервалом 8 ч).
 - **Люкрин-депо** - назначается с 1 - 2-го дня менструального цикла по 3,75 мг (1 инъекция) в/м с интервалом в 28 дней ,4 - 6 инъекций на курс.
 - **Диферелин**

- ◆ Лечение наружного эндометриоза на первом этапе только оперативное лапароскопическим доступом и противорецидивное гормональное лечение.
- ◆ При аденомиозе 1-2 ст. можно использовать гестагены: **ВИЗАННА** (ДИЕНОГЕСТ) или **МИРЕНА** (ВМС с левоноргестрелом), **агонисты релизинг-гормонов** (БУСЕРИЛИН), в 3-4 ст. – оперативное лечение (абляция эндометрия).

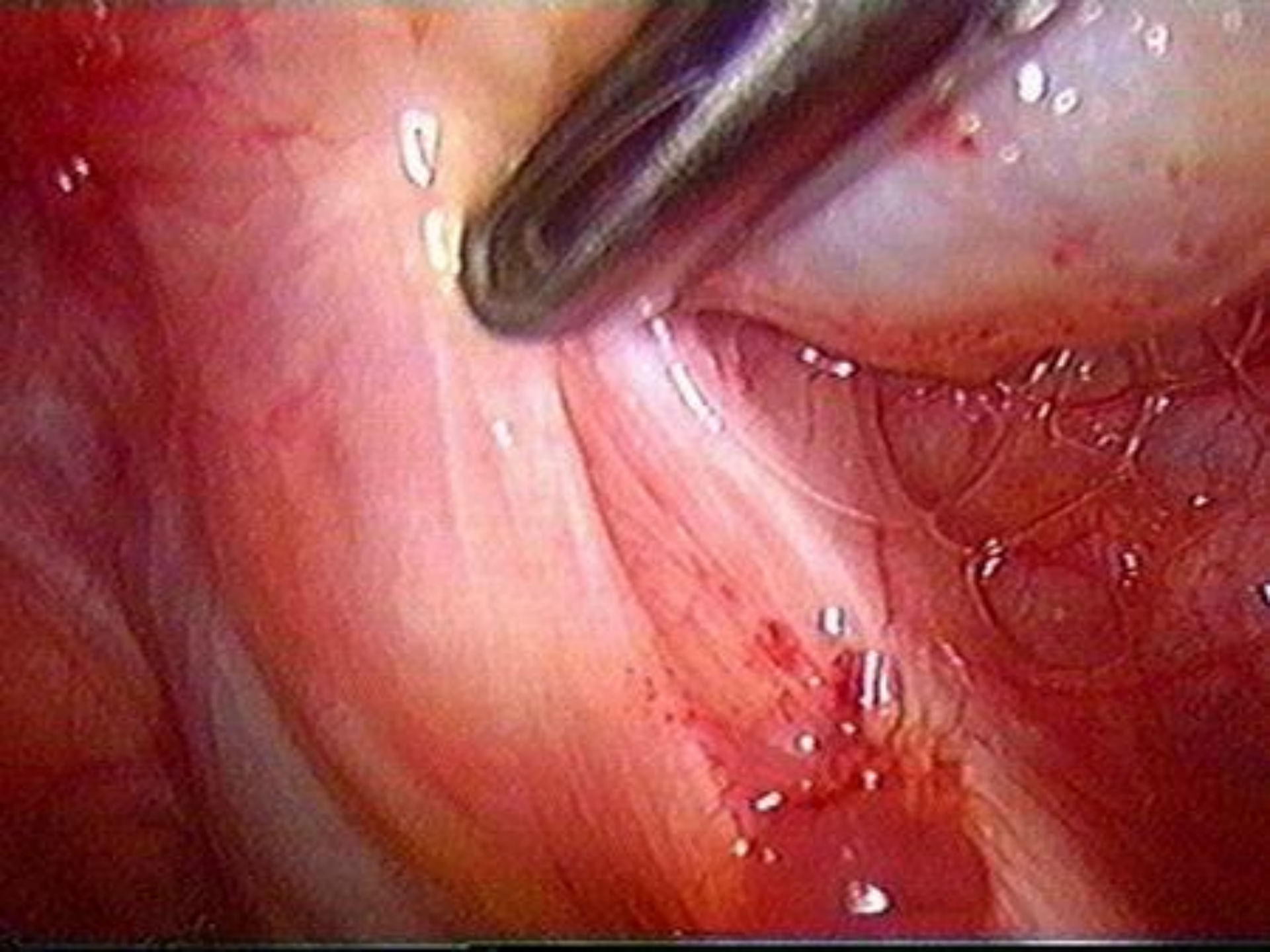


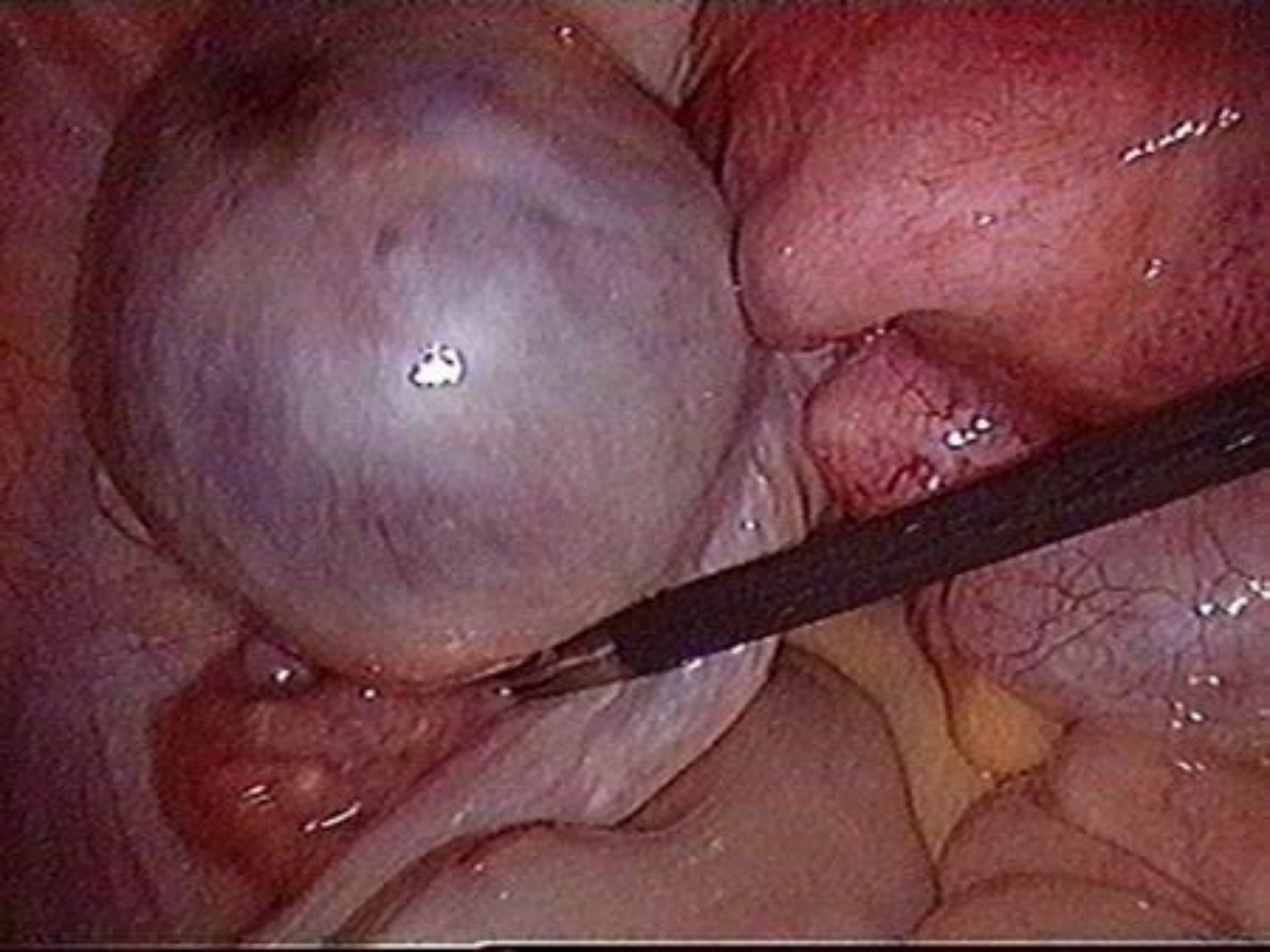












V#05

