

Современный аспект клиники, диагностики и лечения генитального эндометриоза

Белорусский государственный медицинский университет

В статье приводятся основные современные теории возникновения и развития генитального эндометриоза. Отмечаются основные причины эндометриоза. Приводятся современные классификации различных форм эндометриоза. В статье описаны современные аспекты диагностики этого заболевания. Приводятся современные схемы лечения генитального эндометриоза.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, классификация генитального эндометриоза, диагностика, клиника, лечение различных форм генитального эндометриоза.

Первое упоминание о заболевании с характерными для эндометриоза симптомами и описание его лечения встречаются в египетском папирусе Эберта. Существует немало теорий, объясняющих причину возникновения этого недуга, но ни одна из них не раскрывает полностью механизмов его развития, многообразия форм проявления.

Эндометриоз – патологический процесс доброкачественного разрастания в различных органах ткани, сходной по своему строению и функциям с эндометрием – внутренней, отторгаемой во время менструации оболочкой матки. Эндометриозидные разрастания претерпевают циклические ежемесячные изменения, обладают способностью к проникновению в окружающие ткани и образованию обширных спаечных процессов.

Существует много теорий происхождения и развития эндометриоза.

1. Теория эмбрионального происхождения эндометриоза выдвинута в конце XIX в. Сторонники этой теории считают, что эндометриозидные гетеротопии возникают из остатков (мюллеровых) протоков или зародышевого материала, из которого образуются половые органы и ткань эндометрия. В подтверждение этой теории приводятся данные В. П. Баскакова (1979) о развитии эндометриоза у детей и девочек-подростков. Также отмечается сочетание эндометриоза с пороками развития половых органов.

2. Имплантанционная теория. Суть данной теории заключается в том, что жизнеспособные элементы эндометрия заносятся в другие ткани половых органов, приживаются на новом месте, образуя эндометриозидную гетеротопию. Такой процесс возможен при ретроградном продвижении менструальной крови (через маточные трубы, во время гинекологических операций). Отмечена возможность метастазирования части эндометрия лимфогенным и гематогенным путями с последующей имплантацией в нетипичных местах.

3. Метамезотелиальная теория. По данной теории источником эндометриоза являются элементы эмбрионального целомического эпителия, который располагается между зрелыми клетками мезотелия брюшины.

Причины появления эндометриоза

В настоящее время причину возникновения эндометриоза объясняют генетической предрасположенностью, теорией гормонального развития заболевания, согласно которой происхождение эндометриоза связано с нарушением в организме

женщины содержания и соотношения гормонов. Это подтверждают определенные изменения в очагах эндометриоза на протяжении менструального цикла и обратный ход развития заболевания во время беременности и в постменопаузе.

Имплантанционная теория предполагает, что отторгнутые частицы эндометрия оседают на яичниках, трубах, брюшине и дают начало развитию недуга. Однако наиболее важными представляются негативные сдвиги в нейроэндокринной системе вследствие стрессов, неправильного питания, общих соматических заболеваний, нарушений функций желез внутренней секреции, инфицирования половых органов.



К внутреннему эндометриозу относится процесс, развивающийся в мышечной оболочке матки (внутренний эндометриоз тела матки, аденомиоз) и интерстициальных участках маточных труб.

При отсутствии зачатия функциональный слой эндометрия отторгается и выделяется с менструальной кровью. При внутреннем эндометриозе клетки эндометрия врастают в толщу мышцы самой матки и находятся в ее пределах. Возникновению этой формы способствуют аборт, диагностические выскабливания полости матки, любые внутриматочные манипуляции, а также нарушение закладки клеток эндометрия в первые месяцы роста и развития плода.

Внутренний эндометриоз тела матки чаще имеет характер диффузного процесса, реже наблюдаются очаговая и узловатая формы. Узловатая форма характеризуется локальным разрастанием эндометриоидной ткани, которое при пальпации напоминает узел миомы.

Различают 4 степени распространения диффузной формы эндометриоза матки:

I степень – прораствание эндометриоза на небольшую глубину;

II степень – распространение процесса до середины толщи миометрия;

III степень – вовлечение в патологический процесс всей стенки матки;

IV степень – вовлечение в процесс париетальной брюшины и соседних органов.

К наружному эндометриозу относится поражение шейки матки, влагалища, яичников, маточных труб, тазовой брюшины, крестцово-маточных и широких маточных связок.

Классификация наружного эндометриоза по степени распространенности (А. Acosta и соавт.).

«Малые» формы:

- 1) единичные гетеротопии на тазовой брюшине;
- 2) единичные гетеротопии на яичниках без наличия спаечных и рубцовых процессов.

Средней тяжести:

- 1) гетеротопии на поверхности одного или обоих яичников с образованием мелких кист;
- 2) наличие перивариального или перитубарного спаечного процесса нерезко выраженного;
- 3) гетеротопии на брюшине прямокишечно-маточного пространства с рубцеванием и смещением матки, но без вовлечения в процесс толстого кишечника.

Тяжелые формы:

- 1) эндометриоз одного или обоих яичников с образованием кист диаметром более 2 см;
- 2) поражение яичников с выраженным и/или перитубарным процессом;
- 3) поражение маточных труб с деформацией, рубцеванием, нарушением проходимости;
- 4) поражение тазовой брюшины с облитерацией прямокишечно-маточного пространства;
- 5) поражение крестцово-маточных связок и брюшины, прямокишечно-маточного пространства с его облитерацией;
- б) вовлечение в процесс мочевыводящих путей и/или кишечника.

К экстрагенитальной группе относится эндометриоз мочевого пузыря, кишечника, послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, почек, легких, костей, конъюнктивы глаз, гортани.

Часто наблюдается сочетание разных форм генитального эндометриоза, генитального эндометриоза с другими заболеваниями половых органов (миома, воспалительные процессы женской половой системы), а также генитального и экстрагенитального эндометриоза.

Как правило, эндометриоз имеет вид отдельных или сливающихся с другими тканями мелких очагов (узлов, гнезд) округлой, овальной и неправильной формы, полости которых содержат темную густую или прозрачную жидкость. Эндометриозидные образования могут состоять из множества мелких кистозных полостей (ячеистое строение) или приобретать характер кисты (например, эндометриозидная киста яичника).

Микроскопически определяются все детали строения и функциональные особенности эндометриозидных гетеротопий. Главную их особенность составляют эпителий и цитогенная строма, идентичные эндометрию. Трубочатые железы эндометриозидных гетеротопий в предменструальном периоде становятся извитыми, но секреторная деятельность их незначительна или отсутствует, количество гликогена в железистом эпителии ограничено. В очагах эндометриоза обнаруживаются клеточные рецепторы E2 и

Во время менструации в очагах эндометриозидных гетеротопий происходит и распад эпителия, кровоизлияние в замкнутые полости. Форменные элементы излившейся крови подвергаются распаду с образованием

который придает содержимому полостей темный цвет (дегтя, шоколада). Содержимое полостей резорбируется (частично или полностью) гистиоцитами, но в следующем цикле вновь образуется. Слущившийся эпителий эндометриоидных микрокист подвергается дистрофии и принимает вследствие включений вид клеток.

В постменопаузальном возрасте эндометриоидные очаги подвергаются регрессу. Отмечается уменьшение размеров циклических изменений в эндометриоидных гетеротопиях во время локации. Во время беременности выявляются децидуальные изменения в строме. У 30 – 50 % пациенток с неясными причинами бесплодия обнаруживаются «малые» формы эндометриоза при лапароскопии. Узловая форма внутреннего эндометриоза выявляется у 30 % пациенток, в сочетании с миомой матки – у 60 %. Во время гинекологических операций эндометриоз обнаруживают у 24 – 28 % женщин.

Клиническая картина эндометриоза

Для всех локализаций эндометриоза характерны:

1. Длительное прогрессирующее течение заболевания.
2. Боли, особенно резко выраженные в предменструальный период или во время менструации, связанные со скоплением крови в эндометриоидных образованиях. При длительном течении заболевания болевые ощущения могут быть постоянными, что обусловлено трансформацией механизмов восприятия болевой чувствительности в результате появления эндометриоидной ткани в нехарактерных местах (в мышце матки, на брюшине и т. п.), сдвигами в деятельности нервной вегетативной системы.
3. Увеличение размеров пораженного органа или экстрагенитальных очагов накануне и во время менструации.
4. Нарушения менструальной функции, признаками которых являются болезненные обильные менструации, продолжающиеся больше положенного срока, нарушение их периодичности, появление мажущих выделений в начале и в конце менструаций.
5. Бесплодие – наиболее частый и грозный спутник этого коварного заболевания. Им страдают в среднем 46 – 50 % женщин с диагнозом «эндометриоз». Причины бесплодия в данном случае различны: нарушение процесса овуляции (созревание и выход яйцеклетки), образование спаек в малом тазу в результате деятельности эндометриоидных очагов в области яичников и маточных труб, а также неполноценность эндометрия вследствие изменения менструального цикла.

Определенную негативную роль играют простагландины – вещества, количество которых увеличивается из-за воспалительной реакции в тканях, окружающих эндометриоидные очаги. Более того, в очаге воспаления возрастает число макрофагов – клеток, обладающих способностью поглощать продукты распада тканей, бактерии и, самое главное, сперматозоиды.

Наружный эндометриоз

Эндометриоз влагалища часто сочетается с пороками развития матки и эндометриозом шейки матки. Эндометриоидные гетеротопии во влагалище имеют вид сплошных округлых или неправильной формы очагов («глазки»), из которых во время менструации выделяется кровь.

Эндометриоз влагалищной части шейки матки развивается после применения диатермокоагуляции псевдоэрозий. При данной манипуляции происходит имплантация части эндометрия в области образовавшейся раневой поверхности.

Эндометриоз шейки матки развивается после абортов, патологических родов, раздельного диагностического выскабливания.

Эндометриоидные гетеротопии располагаются и на влагалищной части шейки матки и в дистальном отделе слизистой канала, что и способствует появлению кровянистых выделений в пред-и постменструальном периоде. При локализации в области слизистой оболочки канала очаги эндометриоза имеют вид полипа. Эндометриоз может иметь вид псевдоэрозий с наличием желез, заполненных геморрагическим содержимым. Боли для данной локализации не характерны.

Эндометриоз маточных труб чаще выявляется в сочетании с патологией матки и яичников. Эндометриоидные гетеротопии локализуются в серозном или субсерозном слое трубы. Эти гетеротопии относятся к «малым» формам эндометриоза.

Эндометриоз яичников отмечается в виде очагов эндометриозной ткани в корковом слое или на поверхности яичников и эндометриоидных кист.

Эндометриоидные кисты могут быть односторонним или двусторонним процессом. Кисты имеют величину от 0,5 до 10 см в диаметре. Для эндометриоидных кист характерны плотная капсула, спаечный процесс, геморрагическое содержимое цвета дегтя или шоколада.

При накоплении содержимого происходят стенки кисты, что приводит к резкому обострению болевого синдрома, и образование плотных сращений с окружающими органами малого таза.

Выделяют 4 степени распространения эндометриоза яичников:

I степень – мелкие, точечные очаги эндометриоза на поверхности яичников и на брюшине маточно-прямокишечного углубления;

II степень – односторонняя эндометриоидная киста диаметром не более 5 – 6 см; мелкие очаги эндометриоза на брюшине малого таза; спаечный процесс в области придатков;

III степень – эндометриоидные кисты обоих яичников (диаметр более 5 – 6 см), очаги эндометриоза на серозном покрове матки, маточных труб, брюшине малого таза, выраженный спаечный процесс;

IV степень – двусторонние кисты больших размеров с переходом процесса на соседние органы.

Для этих форм эндометриоза характерны боли различной интенсивности и бесплодие. Боль чаще постоянного характера, усиливается накануне и во время менструации, иррадирует в прямую кишку, крестец, область поясницы. При наличии спаечного процесса в малом тазу появляются дизурические и гастроинтестинальные (запоры, вздутие живота) расстройства.

Отмечается длительное течение эндометриоза с упорным болевым синдромом, что и ведет к снижению трудоспособности больных.

..... эндометриоз

Эндометриоидные гетеротопии образуются на задней поверхности шейки матки, в области перешейка и на уровне прикрепления крестцово-маточных связок.

Выделяют 4 степени распространенности процесса:

I степень – эндометриоидные очаги в пределах ректовагинальной клетчатки;

II степень – эндометриоидная ткань захватывает шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист;

III степень – процесс распространяется на крестцово-маточные связки и серозный покров прямой кишки;

IV степень – процесс распространяется на слизистую оболочку прямой кишки; облитерирует прямокишечно-маточное пространство с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

Основной симптом при данной форме эндометриоза – боль, которая усиливается до, во время менструации, при половых контактах. Боль иррадирует во влагалище, в прямую кишку, в крестец.

При прорастании стенки прямой кишки боль усиливается во время дефекации.

..... эндометриоз часто сочетается с гипофункцией яичников и щитовидной железы.

Эндометриоз брюшины маточно-прямокишечного углубления и крестцово-маточных связок сочетается чаще всего с другими локализациями этого процесса. Изолированное поражение брюшины маточно-прямокишечного углубления и крестцово-маточных связок наблюдается у женщин, страдающих бесплодием.

Внутренний эндометриоз

Внутренний эндометриоз встречается у женщин в возрасте 40 – 50 лет. Для внутреннего эндометриоза характерны разные клинические проявления расстройств менструальной функции: гиперполименорея, метроррагия, кровянистые выделения в пред- и постменструальном периоде. Указанные нарушения часто приводят к анемии пациенток. Многие больные отмечают наличие болей, ощущение тяжести внизу живота и дизурические явления перед менструацией. Больные отличаются раздражительностью, неуравновешенностью, плаксивостью. Женщины часто жалуются на головокружение и головную боль, неприятные болезненные ощущения во время полового акта. В числе факторов риска развития эндометриоза аборт, выскабливание матки, поскольку подобные процедуры – сильнейший гормональный и механический стресс для репродуктивных органов. Родовые травмы шейки матки, да и любые воспалительные процессы в этой области могут привести к распространению эндометриоза на шейку матки. Известно, что женщины, подверженные стрессам, чаще страдают эндометриозом. Это объясняется тесной зависимостью между нервной и гормональной системами, а также тем, что стресс снижает иммунитет – потому-то путешествующие клетки эндометрия и приживаются в неположенных местах.

Диагностика эндометриоза

Диагностика эндометриоза основана на учете и анализе данных анамнеза, общепринятых методов объективного и результатах специальных методов исследования.

При опросе пациенток большое значение имеют:

- указания на развитие заболевания после патологических (оперативных) родов, искусственных и самопроизвольных абортов, диагностические выскабливания эндометрия, другие внутриматочные вмешательства или диатермокоагуляция шейки матки;
- усиление болевого синдрома перед менструацией;
- безуспешное лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов;
- усиление циклического болевого синдрома у подростков, возникшего после начала менструаций;
- нарушения менструальной функции в пред- и постменструальном периоде;

- бесплодие в сочетании с болевым синдромом, имеющим циклический характер.

Имеют значение данные бимануального осмотра: увеличение матки и придатков перед и во время менструации. Эндометриоз шейки матки и стенок влагалища определяется при осмотре в зеркалах. Диагноз эндометриоза подтверждается кольпоскопией, биопсией и гистологическим исследованием биоптата. При подозрении на эндометриоз слизистой оболочки канала необходимо диагностическое выскабливание

Для диагностики внутреннего эндометриоза широко используется ультразвуковая диагностика с применением влагалищных датчиков. Эхоскопическая картина диффузной формы внутреннего эндометриоза характеризуется ячеистым строением миометрия, в котором обнаруживают точечные или мелкокистозные структуры; слизистой оболочки и мышечного слоя матки имеет извилистый характер; толщина задней стенки больше передней. Эхоскопическая картина узловой формы: аденомиома характеризуется наряду с ячеистой структурой миометрия наличием узлов неоднородного строения, в которых отсутствует капсула.

На современном этапе информативным методом диагностики формы аденомиоза является гистероскопия. Гистероскопия выполняется на 5 – 7-й день менструального цикла, а при его нарушениях – в любой день до и после диагностического выскабливания. При гистероскопии можно рассмотреть внутреннюю поверхность матки, устья маточных труб и эндометриоидные ходы, открывающиеся в полость матки и имеющие вид темно-красных точечных отверстий на фоне бледно-розовой слизистой оболочки. При лапароскопии хорошо выявляются эндометриоидные гетеротопии, развившиеся на брюшине, покрывающей матку, маточно-прямокишечное пространство, на серозном покрове маточных труб.

В диагностике эндометриоза яичников помогают данные опроса. При бимануальном осмотре определяется опухолевидное болезненное образование в области придатков матки.

Эхоскопия наиболее информативна для диагностики эндометриоидных кист.

При исследовании кисты чаще имеют вид..... образований. Для них характерны размытые внутренние контуры и наличие эхопозитивных включений, которые представляют собой свертки крови и нити фибрина. При динамическом исследовании для эндометриоидных кист характерна меняющаяся величина – увеличение кист перед месячными.

Большое значение в диагностике эндометриоза яичников имеет лапароскопия. При лапароскопии эндометриоидные кисты имеют вид опухолевидных образований, покрытых белесоватой или синеватой оболочкой, сквозь которую просвечивают участки темно-синего или сине-багрового цвета.

..... эндометриоз распознается на основе данных опроса, жалоб (усиливающиеся «циклические» боли, болезненность акта дефекации, диспареуния). При бимануальном осмотре определяются плотные бугристые узелки неправильной формы, располагающиеся на задней стенке надвлагалищной части шейки матки. Менее информативна эхоскопическая картина эндометриоза. При расположении очагов эндометриоза вблизи к прямой или толстой кишке необходимо производить реостороманоскопию накануне менструации, при необходимости производится биопсия. При наружном эндометриозе необходимо обследование мочевыделительной системы.

С целью диагностики «малых» форм эндометриоза широко используется лапароскопия. Показаниями для лапароскопии являются бесплодие неясной этиологии, неэффективная терапия хронических воспалительных процессов органов малого таза, альгодисменорея. «Малые» формы эндометриоза при лапароскопии имеют вид мелких красноватых, коричневатых, синевато-багровых очажков, располагающихся на брюшине малого таза, на поверхности яичников, крестцово-маточных связок. При выполнении лапароскопии рекомендуется взятие биопсии из эндометриоидных гетеротопий для подтверждения диагноза.

В последние годы с целью диагностики эндометриоза в клинической медицине широкое распространение получил метод исследования крови на опухолевые маркеры (онкомаркеры).

Лечение генитального эндометриоза

Лечение эндометриоза должно быть комплексным, дифференцированным.

Необходимо учитывать:

- возраст больной, ее желание в отношении репродуктивной функции, личностные особенности;
- локализацию и распространенность процесса;
- сочетание эндометриоза с воспалительным процессом гениталий, гиперпластическим процессом эндометрия и деструктивными изменениями в яичниках и матке.

Для медикаментозного лечения широко используются гормональные пероральные контрацептивы. Эстроген-гестагенные препараты (типа монофазных контрацептивов) подавляют выделение гонадотропных гормонов, тормозят синтез стероидов в яичниках и пролиферативные процессы в эндометрии. При их применении прекращаются циклические процессы в эндометрии и эндометриоидных гетеротопиях. При длительном применении этих препаратов развиваются регрессивные изменения, приводящие к склерозированию и облитерации эндометриоидных очагов. Более рационально назначение оральных контрацептивов в пролонгированном режиме. Прекращение менструальной функции препятствует реброзадному забросу менструальной крови в малый таз, в результате чего активно происходит развитие атрофических процессов в эндометриоидных очагах. Использование комбинированных оральных контрацептивов в пролонгированном режиме становится более популярным и особенно эффективным в комплексном лечении эндометриоза.

«Марвелон» («фемоден», «новинет», «регулон», «липдинет 20», «логест», «силест») назначают по 1 таблетке в день внутрь в течение 21 дня с 1 дня менструального цикла – в пролонгированном режиме 3 и более месяцев. Возможно назначение этих препаратов в стандартном режиме (по в день с 1 дня менструального цикла + 7 дней перерыв), а затем переход на пролонгированный режим (без 7-дневного перерыва). При пролонгированном режиме приема препарата межменструальные кровянистые выделения встречаются чаще, чем при стандартном режиме. Но чем дольше пациентки принимают таблетки, тем реже возникают кровянистые выделения.

Длительность приема комбинированных оральных контрацептивов определяется распространенностью процесса и эффективностью терапии.

«Чистые» гестагены (прогестины) до сих пор эффективно применяются для лечения эндометриоза.

«.....», «оргаметрим», «премолют-нор», «дюфастон» назначают по 1 – 2 таблетки (по 5 или 10 мг) внутрь с 5 по 25-й день менструального цикла или с 16 по 25-й день менструального цикла в течение 3 – 6 месяцев. При таком лечении иногда наблюдаются мажущие беспорядочные кровянистые выделения.

Препараты с антигонадотропным действием (синтетическое производное 172-этинил-тестостерона) – даназол (дановал). Эти препараты блокируют овуляторный выброс гонадотропинов; блокируют рецепторы эстрадиола, прогестерона и андрогенов в яичниках и снижают в крови уровень связывающего глобулина. Диназол (дановал) принимают по 400 – 800 мг в день (по 1 – 2 таблетки) ежедневно в течение 6 месяцев.

С конца 80-х гг. применяется препарат гестринон (производное 19-норстероидов). Отмечается высокая антигонадотропная активность препарата и способность его блокировать рецепторы эстрогенов и прогестерона в ткани эндометрия. Применяется по 2,5 мг (1 таблетка) 2 раза в неделю – 3 – 6 месяцев.

В последние годы для лечения эндометриоза успешно применяются агонисты гонадотропного гормона (ГнРГ). В мире используется около 12 типов агонистов ГнРГ. В нашей стране используются 4 типа этих препаратов: золадекс (гозерелин), бусерелин, лейпрорелин, трипторелин. Эти препараты блокируют рецепторы «в гонадотропах» передней доли гипофиза и тормозят секрецию гонадотропинов. В результате этого резко снижается образование половых гормонов в яичниках, уровень которых в крови падает до постменопаузального.

При эндометриозе лечение «Золадексом» проводится 6 месяцев. Вводится 1 раз в 28 дней под конец передней стенки живота в дозе 3,6 мг или в дозе 10,8 мг 1 раз в 3 месяца.

Для лечения эндометриоза применяют 0,2 % раствор Бусерелина ацетата для интраназального введения. Вводят в носовые ходы в дозе 0,9 – 1,2 мг в сутки. Разовая доза препарата при полном нажатии помпы составляет 0,15 мг. Суточную дозу препарата вводят равными порциями по одному впрыскиванию в каждый носовой ход 3 – 4 раза в день через 6 – 8 часов. Лечение бусерелином начинают с первого или второго дня менструального цикла – 6 месяцев (24 недели).

Лейпрорелин (депо-форма) в дозе 3,5 мг вводится внутримышечно (раствор для инъекций готовят *ex tempore*) 1 раз в 4 недели, на курс – не более 6 месяцев.

Трипторелин (депо-форма) вводится внутримышечно или подкожно по 3,75 мг каждые 28 дней в течение 6 месяцев.

К настоящему времени описано несколько стратегий длительной терапии агонистами ГнРГ, которые позволяют избежать выраженных побочных явлений. Эти стратегии базируются на принципе частичного восстановления эстрогенного статуса у пациенток.

1. On-off режим заключается в проведении терапии агонистами ГнРГ прерывистыми курсами: после трехмесячной терапии следует трехмесячный перерыв. Такой режим позволяет периодически восстанавливать эндогенную продукцию эстрогенов. Модификацией этой стратегии является interval-режим, при котором лечение агонистами гонадолиберина происходит с нарастающими интервалами между курсами терапии от 4 до 10 – 12 недель.

2. Drow-back режим заключается в применении высоких доз агониста в течение 8 недель лечения, с переходом затем на понижение дозы препарата в течение 18 недель. При этом сохраняется частичное подавление функции гипофиза и яичников.

В последние годы отмечается широкое внедрение в практику лечения эндометриоза гомеопатических препаратов. Применяются следующие препараты в комплексном лечении эндометриоза: гормель С, струмель, галиум-хель, метро-аднекс-иньель.

Гормель «С» назначается по 10 капель в 100 мл воды внутрь за 15 – 30 минут до еды 3 раза в день (раствор выпивают медленно) – 2 – 4 недели.

Струмель Т по 1 таблетке под язык до полного рассасывания 3 раза в день – 2 – 4 недели.

Галиум-хель рекомендуется по 10 капель в 100 мл воды за 15 – 30 минут до еды 3 раза в день – 2 – 4 недели.

Метро-аднекс-иньель назначается по 1 ампуле (2,2 мл) 1 – 3 раза в неделю, в острых случаях – ежедневно (внутримышечно, внутривенно, подкожно или внутривожно – 10 инъекций на курс лечения).

На современном этапе эффективным методом лечения является лапароскопический. Лапароскопическое и хирургическое лечение применяют при узловатых формах аденомиоза, сочетании диффузной формы внутреннего эндометриоза с миомой матки, при наличии эндометриоидных кист яичников и распространенном эндометриозе. После операции следует продолжить прием гормональных препаратов в течение 3 – 6 месяцев с целью профилактики рецидивов.

После хирургических вмешательств рекомендуется проведение реабилитационного лечения. Широко используются методы физиотерапии с 3 – 5 дня послеоперационного периода. Рекомендуется магнитотерапия на низ живота (постоянным магнитным полем), электрофорез йода или цинка, применение синусоидального модулированного или тока (около 15 процедур). В качестве метода предоперационной подготовки больной применяют ультразвук в импульсном режиме при наружном эндометриозе, осложненном спаечным процессом. Для усиления фибролитического эффекта и предупреждения вызываемой ультразвуком стимуляции эстрогенной функции яичников одновременно назначают курс сочетанного электрофореза йода и цинка (20 – 25 процедур). Во время последующего хирургического или лапароскопического вмешательства отмечается размягчение спаечных структур, что облегчает техническое выполнение операций.

Успешно применяется радоновая вода в лечении эндометриоза. Используются радоновые ванны, микроклизмы, радоновые влагилищные орошения.

Многих женщинстораживает малая эффективность гормональных препаратов, их побочные эффекты (нарушение жирового обмена, остеопороз, выпадение волос, нарушение гормональной функции, ожирение и др.), а хирургическое лечение всегда хочется исключить. С целью устранения этого грозного заболевания к нам на помощь приходят нетрадиционные методы лечения: лекарственные травы, иглорефлексотерапия и гирудотерапия (лечение пиявками).

Фитотерапия направлена на выравнивание нарушенного гормонального фона без применения гормональных препаратов. Фитотерапия способствует повышению иммунитета и защитных сил организма, снижает воспалительные процессы, нормализует деятельность многих органов и систем.

Наиболее эффективным из методов народной медицины является гирудотерапия, основанная на лечебном воздействии медицинских пиявок. В чем преимущество данного средства лечения эндометриоза? Пиявка, реагируя на инфракрасное и

электрическое излучение, выбирает только биологически активные точки. Когда пиявка прокусывает кожу, в кровь вместе с ее слюной попадает около 150 всевозможных биологически активных веществ. Кроме того, слюна пиявки обладает противовоспалительным, обезболивающим, иммуномодулирующим действием. После укуса из ранки некоторое время сочится лимфа с примесью капиллярной крови, что способствует механическому раздражению лимфатических узлов, стимулирует выработку ими естественных защитных клеток – лимфоцитов, повышающих местный и общий иммунитет. Перечисленные механизмы достаточно убедительно объясняют целесообразность использования пиявок в гинекологии. Например, частое рассасывание или уменьшение миомы матки после курса гирудотерапии обусловлено нормализацией кровотока в области яичников, матки, вследствие чего стабилизируется гормональный статус с одновременным устранением венозного застоя в малом тазу. Таким больным рекомендуется диета в соответствии с характером сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, расстройств обмена веществ (ожирение, истощение). Пища во всех случаях должна быть богатой витаминами (фрукты, овощи, соки).

Литература

1. Абашова, Е. И. Наружный генитальный эндометриоз и гормональная недостаточность яичников: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. И. Абашова. СПб., 1999. 23 с.
2. Баскаков, В. П. Медикаментозное лечение эндометриоза / В. П. Баскаков // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2000, № 3. С. 121.
3. Гарин, А. М. терапия и гормонозависимые опухоли / А. М. Гарин. М.; Тверь: Изд-во «Триада», 2005. 240 с.
4. Кушлинский, Н. Е. Рецепторы роста и половых стероидных гормонов при аденоматозе эндометрия / Н. Е. Кушлинский, Г. Е. Чернуха, Е. С. Герштейн // Вестник ОНИ им. Н. Н. Блохина РАМН. 1998, № 2. С. 35 – 38.
5. Краснопольский, В. И. Изменение рецепторов стероидных гормонов при распространенных формах эндометриоза, гиперпластических и злокачественных процессах / В. И. Краснопольский, А. И. Ищенко, З. В. Кузьмина, Е. С. Герштейн // Акушерство и гинекология. 1995, № 5. С. 3 – 6.
6. Савицкий, Г. А. Перитональный эндометриоз и бесплодие (клинико-морфологические исследования) / Г. А. Савицкий, С. М. Горбушин. СПб.: Элби-СПб, 2002. 170 с.
7. Серова, О. Р. Особенности ведения пациенток с невынашиванием беременности на фоне миомы матки и эндометриоза / О. Р. Серова // Русский медицинский журнал. Репринт. 2005. С. 3 – 4.
8. Неоперативная гинекология: рук. для врачей /, Л. Г. Тумилович. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 591 с.
9. West, C. P. Suppression of ovarian activity by zoladex depot a long acting-luteinizing hormone releasing hormone agonist analogue / C. P. West, D. T. Boird. Clin. End. 1987, № 26(2). P. 213 – 220