



Гормональное лечение эндометриоза

ВЫПОЛНИЛА: НУРГАДЖИЕВА А.Х.

Цели лечения

- Удаления очагов эндометриоза

- Купирование клинической симптоматики
- Восстановление репродуктивной функции
- Профилактика рецидивов

Патогенетической основой гормональной терапии является временное угнетение функции яичников с моделированием состояния «псевдоменопаузы» с помощью аГн-РГ) или антагонистов Гн-РГ, ингибиторов ароматазы или инициирование состояния псевдодецидуализации с последующей атрофией очагов эндометриоза за счет воздействия прогестагенов

(принимаемых внутрь или вводимых внутриматочно), селективных модуляторов прогестероновых рецепторов или КОК.

гормональная терапия не является специфической, ее роль в комплексном лечении пациенток с эндометриозом трудно переоценить, поскольку она эффективна, достаточно безопасна, служит профилактикой рецидивирования и прогрессирования заболевания, снижает риск выполнения повторного оперативного вмешательства

Гормональная терапия, способствует сохранению фертильности, повышению работоспособности, социальной активности и качества жизни женщин.

Комбинированная терапия эстрогенами и прогестагенами

Недавний Кохрейновский обзор подчеркивает недостаточность имеющихся доказательств в отношении эффективности КОК. На основании ограниченных данных на сегодняшний день не существует убедительных данных доказательств в отношении эффективности КОК по сравнению с плацебо или другими методами лечения.

Тандем эстрогенов и диеногеста может быть использован для контрацепции и/или регуляции интергенетического интервала, а не для лечения эндометриоза

Интересный факт в пользу КОК

При эндометриозе отмечается повышение риска возникновения рака яичников вне зависимости от фактора оперативного лечения

пока недостаточно данных о влиянии эстрогенного компонента в составе КОК на течение заболевания; теоретически нельзя исключить потенциальную стимуляцию развития, прогрессирования или рецидивирования заболевания в зависимости от его характеристик, поскольку эндометриоз является

ПРОГЕСТАГЕНЫ

Согласно рекомендациям ведущих мировых гинекологических обществ, монотерапию прогестагенами (принимаемые внутрь, вводимые внутримышечно или подкожно) можно и нужно рассматривать в качестве **терапии первой линии (уровень доказательности Ia)**.

- прогестагены оказывают центральное действие, блокируя гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось и тем самым уменьшая секрецию эстрогенов яичниками.
- Оказывают влияние на эндометриодные очаги, вызывая атрофию при использовании прогестагенов в непрерывном режиме.
- прогестагены активируют фермент 17β -гидростероид-дегидрогеназу типа 2 (17β -ГСД-2), преобразующий эстрадиол в менее активный эстрон

В настоящее время для лечения эндометриоза применяют пероральные прогестагены:

- медроксипрогестерона ацетат (МПА); Провера -30-50 мг в сутки в течение 3-4 месяцев непрерывно
- Дидрогестерон -Дюфастон-20-30мг в сутки с 5 по 25 день м\цикла или непрерывно
- Диеногест -Визанна-2мг в сутки непрерывно не менее 6 месяцев

(входит состав КОК-Жаннин.Клайра.Силует)-**возможно применение для терапии тазовой боли и профилактики рецидивов в течение длительного времени**

- внутриматочная система с левоноргестрелом Мирена -20 мкг в сутки.

- внутриматочная система с левоноргестрелом Мирена -20 мкг в сутки. После хирургического лечения уменьшает эндометриоз ассоциированные боли и обеспечивает контроль симптомов в течение 3-х лет

Дидрогестерон

- Дидрогестерон при пероральном применении селективно воздействует на эндометрий, предотвращая повышенный риск развития гиперплазии эндометрия и/или карциногенеза в условиях избытка эстрогенов. Он показан во всех случаях эндогенной недостаточности прогестерона
- “...в терапевтических дозах является препаратом выбора для больных желающих беременности ”

Диеногест относится к прогестагенам четвертого поколения

- оказывает антипролиферативное, антиангиогенное, противовоспалительное, иммуномодулирующее действие
- К достоинствам этого прогестагена относят особый механизм блокады овуляции, направленный на апоптоз гранулезных клеток растущего фолликула, слабый центральный эффект (ингибирование уровня ФСГ и ЛГ) и умеренное снижение продукции эстрадиола, уровень которого находится в пределах терапевтического окна, позволяющего избежать развития симптомов эстрогенного дефицита при сохранении выраженного антипролиферативного эффекта.

- аГнРГ наиболее эффективны при лечении тяжелых и инфильтративных форм эндометриоза.
- В клинической практике используют : золадекс, диферелин, бусерелин

Для лечения эндометриоза применяют депо-формы аГнРГ, внутримышечные инъекции, подкожные имплантаты, которые вводят один раз в 28 дней со 2–4-го дня цикла, а также возможна терапия с ежедневным использованием интраназальных спреев.

- На фоне терапии аГнРГ развивается эстрогендефицитное состояние, клинически проявляющееся «приливами» жара (до 20–30 раз в день у 90% пациенток), сухостью слизистой оболочки влагалища, снижением либидо, уменьшением размеров молочных желез, нарушением сна, эмоциональной лабильностью, раздражительностью, головной болью и головокружениями (уровень доказательности Ib).
- Комбинация аГнРГ с «возвратной» терапией дает возможность применять их в течение более чем 6 мес., что необходимо при глубоких инфильтративных формах заболевания, тяжелом болевом синдроме, не поддающемся терапии другими препаратами, рецидивировании или персистенции очагов ретроцервикального эндометриоза III–IV стадии распространения и невозможности их полного удаления

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Национальное руководство 2017
ЭНДОМЕТРИОЗ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
Федеральные клинические рекомендации по ведению больных

