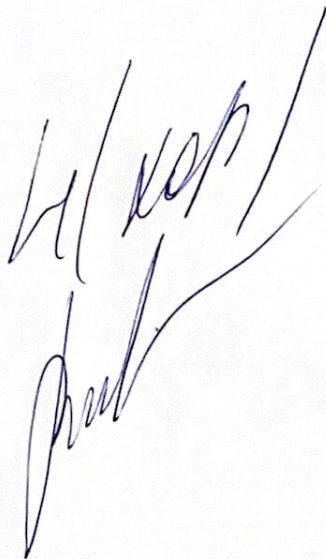


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра «Перинатологии акушерства и
гинекологии лечебного факультета» Зав.
кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.



РЕФЕРАТ:

Эндометриоз.

Выполнила:

Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Тищенко Е.Н.

Проверил:

Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск 2021

Код по МКБ-10

N80. Эндометриоз (англ. — *endometriosis*).

N80.0. Эндометриоз матки (англ. — *endometriosis of uterus, adenomyosis*). N80.1. Эндометриоз яичников (англ. — *endometriosis of ovary*).

N80.2. Эндометриоз маточной трубы (англ. — *endometriosis of fallopian tube*).

N80.3. Эндометриоз тазовой брюшины (англ. — *endometriosis of pelvic peritoneum*).

N80.4. Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища (англ. — *endometriosis of rectovaginal septum and vagina*).

N80.5. Эндометриоз кишечника (англ. — *endometriosis of intestine*).

N80.6. Эндометриоз кожного рубца (англ. — *endometriosis in cutaneous scar*). N80.8. Другой эндометриоз (англ. — *other endometriosis*).

N80.9. Эндометриоз неуточненный (англ. — *unspecified endometriosis*).

Эндометриоз — дисгормональное иммунозависимое и генетически детерминированное заболевание, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию.

Эпидемиология

Эндометриоз занимает третье место по распространенности среди заболеваний женских половых органов (после воспалительных процессов и миомы матки). Частота эндометриоза у женщин репродуктивного возраста колеблется от 7 до 59%. Среди пациенток с синдромом хронической тазовой боли 80% страдают эндометриозом. Эндометриоз встречается у 30% пациенток с бесплодием. Среди других форм эндометриоза экстрагенитальные формы составляют 6–8%. Эндометриоз встречается у 17% молодых женщин, страдающих альгодисменореей.

Треть всех проводящихся «больших» гинекологических операций выполняется по поводу эндометриоза.

Классификация

Традиционно выделяют **генитальный** эндометриоз, поражающий половые органы, и **экстрагенитальный**, топографически не связанный с тканями и органами репродуктивной системы. Экстрагенитальный эндометриоз может поражать любые органы и ткани, однако доказательность некоторых описаний экстрагенитального эндометриоза сейчас оспаривают. Название каждой нозологической формы состоит из названия группы заболеваний — «эндометриоз» и указания локализации эндометриоидных гетеротопий, например, эндометриоз брюшины, эндометриоз кишечника, эндометриоз послеоперационного рубца, эндометриоз мозга и др.

Генитальный эндометриоз разделяют на **внутренний**, располагающийся в теле матки (аденомиоз), и **наружный**, локализованный вне матки. Аденомиоз принято подразделять на **диффузный** и **очаговый (узловая форма)**. При узловой форме аденомиоза эндометриоидная ткань разрастается внутри матки в виде узла, напоминающего миому матки. К наружным формам генитального эндометриоза относят эндометриоз яичников, маточной трубы, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки, влагалища, вульвы и др.

Классификация Американского общества фертильности (англ. — *American Fertility Society*, AFS) — международно признанный стандарт оценки степени тяжести эндометриоза и сравнения терапевтических результатов. Она основана на подсчете числа гетеротопий: наличие 1–5 очагов относят к легкой форме, 6–15 — к умеренной, 16–30 — к тяжелой; при наличии более 30 очагов эндометриоз называют распространенным.

В повседневной работе применяют клинические классификации внутреннего эндометриоза (аденомиоза) тела матки, эндометриoidных кист яичников и ретроцервикального эндометриоза (эндометриоза ретровагинальной перегородки). Выделяют 4 стадии распространения эндометриoidных гетеротопий указанных выше локализаций.

Классификация аденомиоза (Кулаков В.И., Адамян Л.В., 1998)

- Стадия I. Патологический процесс ограничен слизистой оболочкой тела матки.
- Стадия II. Переход патологического процесса на мышечные слои.
- Стадия III. Распространение патологического процесса на всю толщу мышечной стенки матки до ее серозного покрова.
- Стадия IV. Вовлечение в патологический процесс помимо матки париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

Классификация эндометриoidных кист яичников

- Стадия I — мелкие точечные эндометриoidные образования без формирования кистозных полостей на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства.
- Стадия II — эндометриoidная киста одного из яичников размером не более 5–6 см с мелкими эндометриoidными включениями на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника.
- Стадия III — эндометриoidные кисты обоих яичников. Эндометриoidные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника.
- Стадия IV — двусторонние эндометриoidные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса

на соседние органы: мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс.

Классификация ретроцервикального эндометриоза

- Стадия I — расположение эндометриоидных очагов в пределах ректовагинальной клетчатки.

- Стадия II — прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист.

- Стадия III — распространение патологического процесса на крестцовоматочные связки и серозный покров прямой кишки.

- Стадия IV — вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки, распространение процесса на брюшину прямокишечноматочного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

Как правило, эндометриоидные кисты больших размеров не сопровождаются спаечным процессом.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез неизвестны — до настоящего времени эндометриоз считают «болезнью-загадкой». Существует множество патогенетических теорий эндометриоза. Все они имеют как веские доказательства, так и множество белых пятен, пока, к сожалению, оставаясь лишь теориями. Некоторые теории связаны между собой, но ясно и убедительно восстановить полную картину патогенеза пока не удается.

Теории патогенеза эндометриоза, обсуждаемые в классической медицинской литературе

- Эмбриональная и дизонтогенетическая теория: эндометриоз развивается из смещенных участков зародышевого материала (аномальные остатки Мюллера протока), из которых в процессе

эмбриогенеза формируются половые органы женщины и, в частности, эндометрий на необычном месте. Эта теория была разработана еще в конце XIX в., однако все еще признается современными авторами.

•Теория эндометриального происхождения: эндометриоз развивается из элементов эндометрия, врастающих в толщу стенки матки или перенесенных во время менструации в результате рефлюкса через фаллопиевы трубы на яичники, брюшину (транслокационная, имплантационная теория). Прорастанию эндометрия способствуют нарушения регуляции менструального цикла (гормональная теория) и хирургические вмешательства (аборты, диагностические выскабливания, ручное обследование полости матки после родов, кесарево сечение, энуклеация миоматозных узлов). Хирургическая травма эндометрия может вызвать попадание элементов слизистой оболочки матки в ток крови, лимфы и распространяться в другие органы и ткани (теория диссеминации).

•**Гормональная теория:** эндометриоз развивается в результате нарушений гормональных взаимоотношений на пяти уровнях регуляции репродуктивной системы: цирхорального ритма продукции рилизинг-факторов гипоталамуса, циклической выработки гонадотропинов гипофизом, метаболизма и режима выработки половых гормонов яичниками. Эти дисфункциональные изменения приводят к развитию абсолютной или относительной гиперэстрогении и недостаточной продукции прогестерона желтым телом. Функциональная неполноценность системы регуляции оказывает также влияние на синтез и активность белков и энзимов, нуклеопротеидов, изменение антигенных свойств крови. Это приводит к нарушению различных иммунных реакций (**иммунная теория**) на системном уровне в периферической крови и в большей степени на локальном уровне в перитонеальной жидкости и других средах.

Иммунная недостаточность не препятствует диссеминации и имплантации эндометрия в другие ткани.

•**Метапластическая теория:** эндометриоз развивается в результате метаплазии эмбриональной брюшины или целомического эпителия. Под влиянием гормональных нарушений, воспаления, механической травмы или других воздействий мезотелий брюшины и плевры, эндотелий лимфатических сосудов, эпителия канальцев почек и ряд других тканей могут превращаться в эндометриоидноподобную ткань.

•**Онкогенная теория:** из-за некоторых раковых свойств эндометриоза (пролиферативный рост, способность к метастазированию) его следует рассматривать с позиций онкогенеза. Например, известны случаи, хотя и редкие, злокачественного перерождения гетеротопий. Впервые об этой теории сообщил Дж. Сэмпсон (Sampson J.A., 1925).

•**Генетическая теория** предполагает наличие генетических детерминант в развитии патологического процесса формирования эндометриальных гетеротопий, о чем в последнее десятилетие появились многочисленные данные.

•**Экологическая теория:** эндометриоз развивается под влиянием неблагоприятной экологии, в том числе загрязнения окружающей среды вредными побочными продуктами промышленного производства (например, диоксинами). Этой теорией объясняют интенсивный рост заболеваемости эндометриозом по мере научно-технического прогресса, особенно на протяжении конца XX и начала XXI в.

Факторы риска

Факторы риска развития эндометриоза:

- нереализованная репродуктивная функция, «отложенная первая беременность»;
- нарушения менструальной функции у подростков;
- генетические и семейные факторы.

Клиническая картина

Клиническая картина эндометриоза обусловлена локализацией и степенью распространенности гетеротопий. Один из основных признаков эндометриоза — прогрессирующий **болевого синдром**, выраженный в предменструальном периоде и во время менструации. Характерны тянущие боли внизу живота и в области поясницы.

На фоне генитального эндометриоза происходит *нарушение менструальной и генеративной функций*, а также функций соседних органов — кишечника и мочевыводящих путей. Расстройство менструальной функции проявляется в виде гиперполименореи, меноррагии и менометроррагии и встречается, как правило, у больных аденомиозом.

Маточные кровотечения обильные, упорные, плохо поддаются симптоматическому лечению и часто приводят к развитию анемии. Прогрессированию анемии способствует и изменение метаболизма половых гормонов, отрицательно отражающееся на функции кроветворения.

Частота бесплодия при эндометриозе, по сведениям различных авторов, колеблется от 30 до 80%. Очень часто эндометриоз бывает случайной находкой во время хирургического вмешательства у женщин, оперируемых по поводу бесплодия. Бесплодие при эндометриозе обусловлено различными причинами: локализацией очагов эндометриоза в трубных углах матки, нарушением транспорта и имплантации плодного яйца, сопутствующим воспалительным процессом, неполноценной лютеиновой фазой и ановуляцией.

Эндометриоз тела матки (аденомиоз, внутренний эндометриоз) — одна из наиболее частых разновидностей генитального эндометриоза.

Ведущий симптом — альгодисменорея. Болевой синдром зависит от распространенности аденомиоза, глубины врастания в миометрий, вовлечения в процесс брюшины и близости расположения эндометриоза от крестцовоматочных связок. Боли выражены сильнее при узловой форме. Особенно сильными они бывают при поражении перешейка матки, крестцовоматочных связок. При поражении углов матки боли иррадиируют в соответствующую паховую область, при эндометриозе задней части перешейка матки — в прямую кишку.

Следующий по значимости симптом аденомиоза — обильные и продолжительные менструации (меноррагии), но может иметь место и метроррагия. Маточные кровотечения больше выражены при диффузном аденомиозе.

Аденомиоз часто (60–80% случаев) сочетается с миомой матки, при этом выявляют симптомы обоих заболеваний. При одновременном развитии миомы и аденомиоза выраженный болевой синдром, гиперполименорея и вторичная анемия сочетаются чаще.

Эндометриоз яичников занимает первое место по частоте среди наружного генитального эндометриоза.

Эндометриоз яичников до определенного момента может протекать бессимптомно, пока не начнутся микроперфорация камер и вовлечение в процесс брюшины таза или прилегающих органов. Во время менструации боли усиливаются. У 60–70% больных наблюдается альгодисменорея. При перфорации кисты развивается картина «острого живота».

Ретроцервикальный эндометриоз (эндометриоз ректовагинальной перегородки) может возникнуть первично, особенно часто после диатермокоагуляции шейки матки. Может быть и вторичным при аденомиозе, эндометриозе яичников и труб. При этой локализации очаги эндометриозной гетеротопии распространяются на крестцово-

маточные связки, прямую кишку, параметрий, задний свод влагалища, мочеточники. Болевой синдром выражен интенсивно, особенно при менструации. Отмечаются боль при половом акте, попытке сесть, дизурические явления, вздутие живота, запор, иррадиация боли в поясницу, копчик, задний проход.

Эндометриоз шейки матки и влагалища может иметь вид округлых точечных образований темно-фиолетового цвета, напоминающих «глазки» при локализации гетеротопий в многослойном плоском эпителии, или иметь вид светло-розовых полосок при гетеротопиях в цилиндрическом эпителии. Менструальный цикл, как правило, не нарушен, но возможны скудные кровянистые выделения непосредственно перед менструацией и сразу после ее окончания. Диагностика не представляет трудностей (рис. 10.2). Наблюдая женщину в течение цикла, можно обнаружить увеличение этих образований, интенсификацию их окраски во второй фазе цикла и, наконец, кровянистые выделения из очагов. В сложных случаях используют кольпоскопию.

Гораздо сложнее диагностировать очаги, находящиеся в цервикальном канале. Применяют цервикоскопию, но наиболее достоверным методом диагностики считается гистологическое исследование биоптата.

Диагностика

Большую роль играет клиническая картина течения заболевания (нарушение самочувствия, анемизация, выраженность болевого синдрома, длительные менструации, уменьшение периодичности, нарушение цикличности, конкретная симптоматика поражения того или иного органа), данные гинекологического обследования, специальных инструментальных, лабораторных методов исследования (сонография, КТ, МРТ).

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на семейный анамнез по женской линии (болезненные и обильные менструации у матери, сестер, перенесенные ими гинекологические заболевания и операции). Определенное значение имеют перенесенные акушерские и гинекологические операции, во время которых производились вскрытие полости матки (кесарево сечение, вылушивание фиброматозных узлов), операции по поводу перфорации матки, внематочной беременности и т.д. Ведущее диагностическое значение имеет указание на цикличность проявления заболевания, особенно болевого синдрома, и связь обострений с менструацией.

Результаты объективного исследования зависят от фазы менструального цикла. Это касается размеров очагов поражения или органа. С учетом изменчивости жалоб и объективных данных целесообразно обследование больных производить в различные фазы менструального цикла.

УЗИ — один из наиболее важных методов диагностики эндометриоза. Метод помогает уточнить локализацию, размеры эндометриoidных кист (рис. 10.3), обеспечивает надежную диагностику аденомиоза, дает возможность определить динамику в зависимости от менструального цикла, под влиянием лечения, но не позволяет выявить поверхностные имплантаты на брюшине, мелкоочаговые гетеротопии. УЗИ позволяет заподозрить локализацию патологического процесса в ректовагинальной перегородке.

УЗИ проводят во вторую фазу менструального цикла, за несколько дней до начала менструации. При этом наибольшее внимание, особенно для диагностики начальных этапов эндометриоза, необходимо обращать на состояние базального слоя эндометрия. При проведении эхографии предпочтительнее трансвагинальное сканирование.

Гистеросальпингографию проводят с помощью водных растворов контрастных веществ на 7–8-е сутки менструального цикла, так как в это время отторгнутый функциональный слой слизистой оболочки тела матки не мешает проникновению контрастного вещества в эндометриодные ходы. Характерной рентгенологической особенностью внутреннего эндометриоза является наличие «законтурных теней».

С помощью **гистероскопии** точно идентифицируют эндометриодные ходы, грубый рельеф стенок в виде хребтов и крипт. Для подтверждения факта эндометриодных гетеротопий в миометрии при проведении гистероскопии применяют *окситоциновый тест*. Введение окситоцина внутривенно приводит к сокращению миометрия, выжимающего содержимое гетеротопий. В результате из устьев эндометриодных ходов струйками выделяется кровь, что позволяет трактовать окситоциновый тест как положительный и подтвердить гистероскопически диагноз аденомиоза.

Кольпоскопию с последующей прицельной биопсией применяют для уточнения диагноза эндометриоза шейки матки.

Лапароскопию (осмотр органов брюшной полости с помощью оптической системы) проводят во вторую фазу менструального цикла, но не позднее, чем за 3–4 сут до ожидаемой менструации. Процедура может включать обследование и пальпацию тупым манипулятором кишечника, мочевого пузыря, матки, труб, яичников, прямокишечно-маточного углубления и широкой связки матки. Преимущество этого метода состоит в возможности идентифицировать распространение и тяжесть наружного эндометриодного процесса «с первого взгляда».

Классификация Американского общества фертильности — единственный международный стандарт оценки эндометриоза (см. выше), основана именно на данных лапароскопического исследования. В 1984 г. К. Семм (K. Semm), используя результаты диагностической лапароскопии, выделил так называемые *малые формы эндометриоза*.

К ним относятся гетеротопии, не превышающие 0,5 см. Как правило, малые формы не имеют выраженных клинических проявлений, за исключением бесплодия.

КТ позволяет точно определить характер патологического процесса, его локализацию, взаимосвязь с соседними органами, а также уточнить анатомическое состояние поло-

сти малого таза, в частности при эндометриoidных инфильтратах ретроцервикальной зоны и параметриев.

МРТ обеспечивает отличную визуализацию органов малого таза, позволяет определить локализацию, структуру гетеротопий и их взаимосвязь с соседними органами, а также дает возможность уточнить анатомическое состояние пораженных эндометриозом органов малого таза.

Определение уровня СА-125. Вследствие схожести эндометриоза с опухолевыми процессами было предложено использовать опухолевые маркёры, прежде всего СА-125, впервые описанный Р. Бастом и его коллегами (Bast R. et al., 1981) как антиген рака яичников. Однако концентрация СА-125 варьирует в довольно широких пределах не только у женщин без эндометриоза, но и у пациенток с начальной стадией, что ограничивает его использование для диагностики.

Определение маркёра СА-125 рекомендуется использовать для мониторинга результатов лечения и оценки тяжести процесса в динамике.

Дифференциальная диагностика

Эндометриоз в зависимости от его локализации приходится дифференцировать от различных заболеваний половых органов.

Эндометриоз матки (аденомиоз) дифференцируют от миомы матки (обычно с субмукозным миоматозным узлом). При наличии подслизистой миомы менструации становятся беспорядочными,

ациклическими, т.е. приобретают характер метроррагий. Для эндометриоза характерны меноррагии. При субмукозной миоме анемия, как правило, стабильная и нарастает в зависимости от кровопотери. При аденомиозе анемия после менструации сравнительно быстро ликвидируется. В плане диагностики применяют гистеросальпингографию и гистероскопию.

Чтобы отличить аденомиоз от рака эндометрия, применяют гистологическое исследование биоптата эндометрия, полученного с помощью плера (лучше) или в процессе отдельного диагностического выскабливания слизистых оболочек цервикального канала и полости матки (хуже для прогноза в случае рака).

Эндометриоз яичников необходимо дифференцировать от опухолевидных образований воспалительного характера, доброкачественных и злокачественных опухолей, туберкулеза придатков матки.

Эндометриоз шейки матки дифференцируют от истинной эрозии шейки матки, эндоцервицита, эритроплакии, рака шейки матки.

Ретроцервикальный эндометриоз сопровождается медленным ростом эндометриоидного образования, не имеет склонности к распаду, изъязвлений и кровоточивости ткани, при влагалищном исследовании обнаруживают синюшные «глазки». Дифференциальную диагностику ретроцервикального эндометриоза проводят с раком прямой кишки, влагалища, раком яичника III–IV стадии. Необходимо помнить, что у онкологических больных происходят значительные изменения в формуле крови, часто появляется асцит, обращает на себя внимание общее состояние больной и другие признаки раковой патологии.

Профилактика эндометриоза

Поскольку ведущее значение в патогенезе эндометриоза имеют смещение и имплантация элементов эндометрия за пределами полости

матки при нарушенном гормональном и иммунном гомеостазе, то меры профилактики должны учитывать эти факторы. Профилактика эндометриоза предполагает:

- своевременное и достаточно энергичное лечение хронических воспалительных процессов внутренних половых органов;

- внедрение современных средств контрацепции в целях предупреждения нежелательной беременности;

- строгий врачебный подход к проведению различных диагностических и лечебных процедур (диагностические выскабливания, гистеросальпингография, зондирование матки, гинекологические операции со вскрытием полости матки, кесарево сечение и др.);

- целенаправленное лечение маточных кровотечений с использованием гормональных препаратов после выскабливания слизистой оболочки полости матки;

- профилактику травм родовых путей (тщательное зашивание разрывов шейки матки, стенок влагалища, промежности);

- строгие показания для диатермокоагуляции и диатермоэксцизии шейки матки;

- своевременное выявление и коррекцию нарушений метаболизма половых гормонов.

Лечение

Современный подход к лечению больных эндометриозом состоит в комбинации хирургического метода, направленного на максимальное удаление эндометриоидных очагов, и гормономодулирующей терапии.

Хирургическое лечение

В настоящее время хирургическое удаление эндометриоидных очагов осуществляют с применением трех общепринятых доступов: путем лапаротомии, лапароскопии, влагалищным доступом; или же их комбинацией.

Хирургическое вмешательство должно быть первым этапом лечения, позволяющим точно установить диагноз, степень распространения и репродуктивные перспективы. Цель этого этапа в репродуктивном возрасте — максимальное иссечение эндометриoidных имплантатов и восстановление репродуктивной функции. Обычно резецируют эндометриoidные кисты, иссекают ректовагинальный инфильтрат, пораженную брюшину. Следует подчеркнуть, что радикальное иссечение обеспечивает лучшие отдаленные результаты по сравнению с коагуляцией независимо от вида энергии (лазерная, электрическая и др.), поскольку при коагуляции эндометриoidных гетеротопий удаляют лишь видимые или доступные очаги поражения, что в дальнейшем приводит к рецидивам заболевания. К тому же каутеризация (прижигание, англ. — *cauterization*, от греч. *kauter* — раскаленное железо) эндометриoidных очагов яичников значительно снижает фолликулярный пул, а значит, ухудшает фертильный прогноз.

В пре- и постменопаузе предпочтительно проводить радикальное лечение — пангистерэктомию. Субтотальную гистерэктомию при эндометриозе матки проводят, обязательно расширяя объем операции иссечением цервикального канала.

Медикаментозное лечение — второй этап лечения эндометриоза. Радикальных методов консервативной терапии нет. Именно поэтому различные терапевтические воздействия, используемые при лечении эндометриоза, преследуют в конечном итоге одну и ту же цель — угнетение гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и развитие атрофических изменений в ткани эндометриoidных гетеротопий.

Подбор препаратов (КОК, гестагены, антагонисты гонадотропинов, агонисты ГнРГ) и методика их применения зависят от возраста больных, локализации и степени распространения эндометриоза, переносимости медикаментов, сопутствующей гинекологической и соматической патологии.

Подобные мероприятия условно можно назвать созданием состояния ложной беременности (псевдобеременности) путем использования комбинированных эстроген-гестагенных препаратов или же активных антиэстрогенов (производных норстероидов, даназола) либо агонистов ЛГ — псевдоменопаузы. При этом необходимо напомнить, что псевдоменопауза не воспроизводит точное состояние естественной менопаузы.

Доказательности категории А (средства с эффективностью, доказанной рандомизированным контролируемым исследованием или по результатам систематического обзора подобных исследований) ни один из существующих консервативных методов лечения эндометриоза не имеет. Однако медикаментозную терапию с успехом применяют для купирования симптомов эндометриоза, например, болевого синдрома. Согласно рекомендациям Канадского общества акушеров-гинекологов, в качестве первой линии терапии должны рассматриваться КОК или монотерапия прогестинами, а агонисты ГнРГ — лишь медикаменты второй линии (уровень доказательности I-A).

Прогноз

Прогноз в целом благоприятный, однако при запущенных формах восстановление фертильности может представлять проблему. Радикальное хирургическое лечение в пре- и постменопаузе обеспечивает приемлемое качество жизни.

Список литературы:

1. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. – Ставрополь: СГМА, 2002. – 228 с.
2. Адамян Л.В., Демидов В.Н., Гус А.И. и др. Диагностика эндометриоза // В кн.: «Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии». – М.: ГЭОТАРМедия, 2012. – С.409–451.
3. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 1998. – 317 с.
4. Андреева Е.Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных. Дис. доктора медицинских наук. – М., 1997. – 333 с.
5. Баскаков В.П. и др. Эндометриозная болезнь. – С.-Петербург: Н-Л, 2002. – 460 с.

Рецензия на реферат выполненный
По теме «эндометриоз».
Ординатором 2-го года Тищенко Е.Н.

Кафедра перинатологии , акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Реферат выполнен на 16 страницах, в структуре реферата имеется титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность проблемы: эндометриоз является одной из актуальных проблем современной медицины, оставаясь в ряду самых загадочных и труднообъяснимых заболеваний, приносящих значительный ущерб здоровью женщин. Частота эндометриоза варьируется от 12 до 50 % женщин репродуктивного возраста.

В реферате полностью раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Точно используется терминология. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы. При написании реферата использованы современные источники литературы.

Реферат принят и оценён на

4 (хорошо)

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н

