

# ЗБЕРЕГТИ ГОЛОВНЕ...



**СИСТЕМА  
БЕЗПЕЧНОГО  
ВВЕДЕННЯ**

## **Золадекс 3,6/10,8 мг** гозерелін

- **ЗОЛАДЕКС** – синтетичний аналог природного ЛГРГ<sup>1,2</sup> з унікальною формою випуску у вигляді біодеградуєчої депо-капсули, яка забезпечує підтримку ефективних концентрацій при введенні кожні 12 тижнів протягом всього періоду лікування<sup>3,4,5</sup>
- **ЗОЛАДЕКС** у дозуванні 3,6 мг і 10,8 мг, забезпечує успіх у лікуванні ендометріозу та лейоміоми матки<sup>1-6</sup>
- **ЗОЛАДЕКС** забезпечує стійке зниження концентрації естрадіолу та лютенізуєчого гормону нижче за постменопаузальний рівень<sup>3</sup>
- **ЗОЛАДЕКС** – аЛГРГ з унікальною системою безпечною використання у вигляді шприца-аплікатора із захисним механізмом SafeSystem™ Syringe, який допомагає запобігти пораненню медичних працівників при введенні препарату<sup>5</sup>
- Спеціальна силіконізована голка шприца **ЗОЛАДЕКС**, яка має подвійну лазерну заточку, легко проникає через шкіру в підшкірну клітковину та гарантує низьку частоту реакцій у місці введення<sup>5</sup>

Особі, зображення яких містяться в матеріалі, є виключно моделями, і не є пацієнтами, використовуються виключно в ілюстративних цілях. Лікарський засіб Золадекс не призначений для використання у дітей.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЗОЛАДЕКС (ZOLADEX®) 3,6 мг. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2020 №1609. Реєстраційне посвідчення № UA/4236/01/01. 2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЗОЛАДЕКС (ZOLADEX®) 10,8 мг. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2020 №1609. Реєстраційне посвідчення № UA/4236/01/02. 3. Norikazu Masuda, Hiraji Iwata et al. Breast Cancer Res Treat (2011) 126:443–451. 4. Reichel RP, Shweppe KW, on behalf of the Zoladex Endometriosis Study Group. Goserelin (Zoladex) depot in the treatment of endometriosis. FertBility and Sterility. 1992;57(6): 1197-1202. 5. Safaraz K, Niazi Handbook of Pharmaceutical Manufacturing Formulations: Sterile Products. Informa Healthcare, 2016, NY, London: p. 425. 6. Bazzini N et al. Comparative study of different dosages of goserelin in size reduction of myomatous uteri. J Am Gynec Laparosc 2004; 11(4) 462-3.

### КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЗОЛАДЕКС (ГОЗЕРЕЛІН)

**Склад:** Золадекс 3,6 мг: 1 капсула для підшкірного введення пролонгованої дії містить гозереліну ацетат еквівалентно 3,6 мг гозереліну-основи. Золадекс 10,8 мг: 1 капсула для підшкірного введення пролонгованої дії містить гозереліну ацетат еквівалентно 10,8 мг гозереліну-основи. **Фармакологічні властивості.** Золадекс (D-Ser (Bu)<sup>9</sup>Azgly<sup>10</sup>ЛГ-РГ) є синтетичним аналогом природного лютенізуєчого гормону – рилізінг-гормону (ЛГ-РГ). При постійному застосуванні Золадекс пригнічує виділення гіпофізом лютенізуєчого гормону, що призводить до зниження сироваткової концентрації тестостерону у чоловіків та естрадіолу у жінок. На початковому етапі Золадекс, подібно до інших агоністів ЛГ-РГ, може спричиняти тимчасове збільшення сироваткової концентрації тестостерону у чоловіків та естрадіолу у жінок. **Показання до застосування.** Золадекс 3,6 мг. **Рак передміхурової залози.** Лікування раку передміхурової залози у таких випадках: лікування метастатичного раку передміхурової залози – застосування Золадексу сприяло виживаності, подібно до ефекту хірургічної кастрації; лікування місцеворозповсюдженого раку простати як альтернатива хірургічній кастрації – застосування Золадексу сприяло виживаності, подібно до ефекту застосування андрогенів; як ад'ювантна терапія до променевої терапії у пацієнтів з локалізованим раком передміхурової залози високого ризику або місцеворозповсюдженим раком передміхурової залози – застосування Золадексу покращувало виживаність без ознак хвороби; як ад'ювантна терапія до радикальної простатектомії у пацієнтів з місцеворозповсюдженим раком простати та високим ризиком прогресування захворювання – застосування Золадексу покращувало виживаність без ознак хвороби. **Рак молочної залози.** Лікування поширеного раку молочної залози, чутливого до гормонального впливу, у жінок у період перед- та перименопаузи. В якості альтернативи хіміотерапії в рамках стандартного лікування жінок у період перед/перименопаузи із естроген-рецептор (ER) позитивним раннім раком молочної залози. **Ендометріоз.**

Полегшує симптоми, включаючи біль, зменшення розміру та кількості ендометріальних ушкоджень. Потоншення ендометрія. Для попереднього потоншення ендометрія перед його абляцією або резекцією. **Фіброми матки.** У поєднанні з терапією препаратами заліза для поліпшення гематологічного статусу хворих на анемію із фіброматою перед хірургічною операцією. При екстракорпоральному заплідненні. Десенсибілізація гіпофіза при підготовці до стимуляції суперовуляції. **Золадекс 10,8 мг. Рак передміхурової залози.** Терапія раку простати, при якому можливий гормональний вплив. Ендометріоз. Терапія ендометріозу, включаючи полегшення симптомів, таких як біль, та зменшення розміру та кількості ендометріальних ушкоджень. **Фіброма матки.** Терапія фібродів, включаючи зменшення ушкоджень, покращення гематологічного стану та полегшення таких симптомів, як біль. Як допоміжний засіб при хірургічному втручанні з метою полегшення операційної техніки і зменшення втрат крові при операції. **Рак молочної залози** у жінок у період перименопаузи. **Противпоказання.** Гіперчутливість до гозереліну ацетату або до будь-якої з допоміжних речовин. Період вагітності або годування груддю. Дитячий вік. Побічні реакції. Побічними реакціями, про які повідомлялося під час терапії Золадексом дуже часто (≥ 1/10 пацієнтів), є зниження лібідо, припливи, гіпергідроз, акне (у жінок), еректильна дисфункція, вульвовагінальна сухість, збільшення грудей (у жінок) та реакції у місці введення. **Спосіб застосування та дози.** Золадекс 3,6 мг. Одну капсулу препарату Золадекс 3,6 мг вводити підшкірно у передню черевну стінку кожні 28 днів. **Золадекс 10,8 мг.** 1 капсулу (10,8 мг) лікарського засобу Золадекс вводити підшкірно в передню черевну стінку кожні 12 тижнів. Особливості застосування. Застосування агоністів ЛГ-РГ може призводити до зниження мінеральної щільності кісток. Існуючі дані свідчать, що у більшості жінок щільність кісток відновлюється після припинення застосування препарату.

**Для отримання більш детальної інформації перед призначенням слід ознайомитись з повною інструкцією для медичного застосування лікарського засобу. Категорія відпуску.** За рецептом. **Упаковка.** По 1 капсулі у шприц-аплікаторі із захисним механізмом; по 1 шприцу в конверті з прикріпленим прапорцем-анотацією з вологопоглинаючою капсулою; по 1 конверту в картонній коробці.

**Ця інформація для лікарів.** Призначено тільки для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики, а також для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. Якщо у Вас, у Вашого пацієнта, родича було відмічено виникнення побічної реакції чи випадок відсутності ефекту на будь-який з продуктів компанії АстраЗенека, будь ласка, повідомте про це в ТОВ «АстраЗенека Україна» одним із наведених нижче способів. Це можливо за телефоном: +38 044 39152 82 (запросити відповідального за фармакогляд) або електронною поштою PatientSafety.Ukraine@astrazeneca.com. Також, ви можете повідомити нам дану інформацію за посиланням: <https://contactazmedical.astrazeneca.com/content/astazeneca-champion/ua/uk/amp-form.html> (виберіть мову та опцію «повідомити про побічну реакцію»). Запити, що стосуються медичної інформації, направляйте, будь ласка, за адресою <https://contactazmedical.astrazeneca.com/content/astazeneca-champion/ua/uk/amp-form.html> (виберіть опцію «запит медичної інформації»). Також, запит можна відправити електронною поштою: [Ukraine-Medinfo@astrazeneca.com](mailto:Ukraine-Medinfo@astrazeneca.com) Реєстраційне посвідчення Золадекс 3,6 мг UA/4236/01/01 від 15.07.2020 до 15.07.2025 Реєстраційне посвідчення Золадекс 10,8 мг №UA/4236/01/02 від 15.07.2020 до 15.07.2025 Текст складено згідно з Інструкціями для медичного застосування, затвердженими Наказом МОЗ України №1609 від 15.07.2020. Дата останнього перегляду: 15.07.2020. ЗОЛАДЕКС – торгова марка, власність компанії АстраЗенека. © АстраЗенека 2006–2021. **За повною інформацією звертайтеся до ТОВ «АстраЗенека Україна»:** 01033, м. Київ, вул. Сімі Прахових, 54, 5-й поверх, тел. 391 52 82, факс 391 52 81.

В.О. Потапов, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології Дніпровського державного медичного університету

# Аденоміоз: проблемні питання лікування

## За матеріалами конференції

8-9 квітня в онлайн-форматі відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання репродуктивної медицини в Україні» (м. Дніпро). Організатором заходу виступив Дніпровський державний медичний університет за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Асоціації акушерів-гінекологів України, департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації. Учасники конференції розглянули найактуальніші питання акушерства, гінекології та репродуктології. Одну з таких тем висвітлив у своїй доповіді «Аденоміоз: проблемні питання лікування» завідувач кафедри акушерства і гінекології Дніпровського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор Валентин Олександрович Потапов.

**Ключові слова:** ендометріоз, аденоміоз, агоністи ГнРГ, гозерелін, Золадекс.



В.О. Потапов

Аденоміоз – це гормонозалежне хронічне захворювання, що являє собою інвазію й розростання ектопічних вогнищ залоз та стромы ендометрія у прилеглих шарах міометрія. Аденоміоз зустрічається в 10% жінок у загальній популяції та майже у 50% жінок, хворих на безпліддя. У 55-84% випадків аденоміоз поєднується з міомою матки. В ендометріюїдних тканинах відбуваються циклічні зміни, подібні до процесів в ендометрії, кульмінацією яких є ендометріюїдна кровотеча (Nothnick W.B., 2004).

Захворювання суттєво впливає на репродуктивну функцію і якість життя жінки, адже основними його проявами є больовий синдром, аномальні маткові кровотечі (АМК), безпліддя, невиношування вагітності, сексуальна дисфункція тощо (Moradi M. et al., 2014).

Розрізняють такі основні форми захворювання: вузлова, дифузна та змішана.

**Діагностика аденоміозу** є ускладненою, особливо при дифузній формі, і ґрунтується на непрямих ультразвукових ознаках. Щодо вузлової форми захворювання, то її часто важко диференціювати з міомою матки (J Hum, 2013). Гістероскопія ефективна лише при розташуванні ендометріюїдних гетеротопій у підслизовому шарі матки. У доопераційному періоді аденоміоз діагностується лише у 26% випадків. Точна діагностика можлива лише на підставі гістологічного дослідження видаленого біологічного матеріалу (з матки або вогнища аденоміозу).

Гістологічна діагностика аденоміозу здійснюється за наступними критеріями (Gordts S. et al., 2018):

- наявність ендометріальних залоз і стромы на відстані >2,5 мм від базального шару ендометрія;
- наявність проліферативних і відсутність секреторних змін в ектопічних залозах;
- реакція міометрія у вигляді гіперплазії та гіпертрофії м'язових волокон у зоні ендометріюїдної ектопії.

Крім діагностичних складнощів також виникають проблеми й у лікуванні аденоміозу, адже консервативна терапія не завжди виявляється ефективною. Симптомний аденоміоз є головною причиною гістеректомії (Nothnick W.B., 2004).

Професор В.О. Потапов зазначив, що сучасна парадигма підходів до терапії аденоміозу полягає в наступному (Nothnick W.B., 2004):

- запобігти розвитку захворювання неможливо, можна лише знизити ятрогенні ризики (наприклад, попередити необґрунтовані внутрішньоматкові діагностичні та оперативні втручання);
- повністювилікувати аденоміоз неможливо;
- терапія має бути тривалою;
- цілями лікування ендометріозу є усунення клінічної симптоматики, гальмування прогресування захворювання й допомога у реалізації репродуктивних планів пацієнтки.

**Основними методами лікування аденоміозу є хірургічний та консервативний.** Останній включає в себе етіопатогенетичну терапію, тобто застосування гормональних та антигормональних препаратів, та симптоматичну – у вигляді нестероїдних протизапальних препаратів [1].

Проте питання найбільш ефективного методу лікування залишається відкритим.

Серед хірургічних методів виділяють радикальні та органозберігаючі операції. Гістеректомія – радикальний підхід до лікування аденоміозу, який слід розглядати у жінок із тяжким больовим синдромом, що не зацікавлені у збереженні репродуктивної функції, або при поєднанні аденоміозу з міомою матки, а також за наявності тяжких проявів АМК (Mounsey A.L. et al., 2006; Jacobson T.Z. et al., 2008; Guo S.W. et al., 2009). До органозберігаючих операцій відносять циторедукцію вогнищ ураження, проте значення такого методу лікування для полегшення болю не з'ясоване, а успіх операції визначається виключно навичками хірурга (Jacobson T.Z. et al., 2008). Частота рецидиву аденоміозу після операції циторедукції протягом 5 років становить 40-50% (Guo S.W. et al., 2009).

Консервативна патогенетична терапія полягає в обмеженні впливу естрогенів на клітинну проліферацію. Препаратами вибору є агоністи гонадотропін-рилізінг-гормона (ГнРГ), комбіновані оральні контрацептиви (КОК), гестагени. Професор В.О. Потапов зазначив, що недоліками консервативної терапії є збереження ендометріюїдної гетеротопії (Jacobson T.Z. et al., 2008), яка сприяє відновленню симптомів після відміни лікування (тобто лікування має бути тривалим), а також резистентність ендометріюїдних вогнищ до ряду медикаментозних засобів (Guo S.W. et al., 2009).

**?** Який же лікарський засіб є оптимальним варіантом для лікування аденоміозу?

На думку доповідача, кращим антипроліферативним препаратом є той, який більшою мірою знижує кількість мітозів у тканинах. Клітина – найкращий незалежний експерт. Для оцінки проліферативної активності клітин використовують імуногістохімічне дослідження експресії антигена Ki-67 у тканинах біоптату (індекс проліферації). Білок Ki-67 з'являється саме тоді, коли клітина із фази спокою переходить у фазу мітозу.

Далі професор В.О. Потапов навів дані власного клінічного дослідження, метою якого було оцінити супресивний вплив агоніста ГнРГ гозереліну 3,6 мг (Золадекс) при аденоміозі у поєднанні з лейоміомою матки після органозберігаючих операцій у жінок репродуктивного віку [2].

У дослідженні взяли участь 41 жінка репродуктивного віку з міомою матки у поєднанні з аденоміозом, яким планувалося виконання міомектомії. У 22 жінок протягом 3 міс перед операцією застосовували агоністи ГнРГ (Золадекс) із метою зменшення вузлів і можливої кровотрати під час операції, а 19 жінок не отримували консервативного лікування.

**?** Чому саме Золадекс, а не дієногест 2 мг [1]?

Препарат Золадекс був синтезований ще у 1976 році вченими фармацевтичної компанії Imperial Chemical Industries (AstraZeneca) і з того часу пройшов безліч клінічних досліджень, у ході яких були визначені такі його терапевтичні ефекти:

- Золадекс у дозі 10,8 мг у терапії ендометріозу сприяє полегшенню больового синдрому та зменшенню розмірів і кількості ендометріюїдних вогнищ. У лікуванні фіброми матки препарат зменшує розмір вузла, сприяє покращенню гематологічного стану та полегшенню больового синдрому. Гозерелін 10,8 мг показаний як допоміжний засіб при хірургічному втручанні з метою полегшення операційної техніки та зменшення крововтрати під час операції.

- Золадекс у дозі 3,6 мг використовується для попереднього потоншення ендометрія перед його абляцією або резекцією; у поєднанні із препаратами заліза для поліпшення гематологічного статусу хворих на анемію із фібромами матки перед хірургічною операцією; а також для десенсибілізації гіпофіза при підготовці до стимуляції супервуляції.

Хоча дієногест у дозі 2 мг розглядається як препарат першої лінії для лікування аденоміозу, застосування гестагенів є чинниками активації росту міоми матки, тому в досліджуваних клінічних випадках більш раціональним було використання саме гозереліну.

У ході проведеного дослідження під час оперативного втручання були видалені вузли міоми і проведена циторедукція вогнищ аденоміозу з морфологічним та імуногістохімічним дослідженням клітин обох процесів. Дослідники виявили, що проліферативна активність у клітинах аденоміозу була у 2 рази нижчою, ніж у нормальному ендометрії. Крім того, було виявлено, що Золадекс майже у 3 рази знижував проліферативну активність клітин у вогнищах аденоміозу (рис. 1).

Спостерігаючи такий виражений антипроліферативний ефект Золадексу щодо тканин аденоміозу, професор В.О. Потапов із колегами дослідили ефективність застосування цього препарату у 28 жінок пізнього репродуктивного віку з дифузною формою симптомного аденоміозу [2]. Пацієнткам, через відсутність ефекту від іншої консервативної терапії (КОК, гестагени), планувалося проведення гістеректомії. У всіх жінок протягом 3 міс перед операцією застосовували агоністи ГнРГ (Золадекс) для зменшення больового синдрому та кровопостачання тканин у вогнищах аденоміозу.

Результати дослідження показали, що у 21 (75%) жінки спостерігалось значне покращення стану здоров'я, внаслідок чого стало можливим відмовитися від операції й продовжити терапію Золадексом до 6-9 міс (рис. 2).

Механізм дії гозереліну полягає у тому, що, будучи агоністом ГнРГ, він виснажує рецепторний апарат гіпофіза, який припиняє синтез фолікулолістимулюючого та лютеїнізуючого гормонів. Це, у свою чергу, пригнічує вироблення естрогенів та прогестерону яєчниками, адже гіперестрогенія – одна із причин розвитку доброякісних гіперпластичних гінекологічних захворювань. Під впливом гозереліну виникає так звана «тимчасова медикаментозна кастрація», в умовах якої блокується передача гормонального мітогенного сигналу з поверхні клітин на геном.

Продовження на стор. 24.

В.О. Потапов, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології Дніпровського державного медичного університету

## Аденоміоз: проблемні питання лікування

Продовження. Початок на стор. 23.

Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнок з генітальним ендометріозом» [1], першою лінією терапії ендометріозу є застосування дієносту (А). Проте частота рецидивів аденоміозу після 6-місячного курсу такої терапії становить 28,2%, натомість як при застосуванні Золадексу – 14,1% [2]. Причиною більш частих рецидивів і прогресування аденоміозу після лікування дієностом є низький рівень експресії прогестеронових рецепторів, виявлений у кожному п'ятому випадку аденоміозу.

Лікування ендометріозу агоністами ГнРГ має свої переваги та недоліки. Серед плюсів такої терапії виділяють те, що захисний протирецидивний ефект триває стільки, скільки вводиться препарат. Чим триваліше лікування, тим кращий від нього ефект. Недоліками такої терапії є те, що прийом препаратів обмежений 6 місяцями через можливий вплив на метаболізм кісткової тканини, а також асоціюється з менопаузальними симптомами (Сметник В.П. і соавт., 2008).

Після припинення патогенетичного лікування відновлюється функція яєчників, а отже, й повертається ризик стероїдної стимуляції зачатків аденоміозу та його рецидиву.

У зв'язку з цим професор В.О. Потапов навів нові терапевтичні мішені агоністів ГнРГ при лікуванні ендометріозу та два сучасні підходи до оптимізації терапії агоністами ГнРГ [3].

Перший підхід передбачає використання терапії прикриття, так званої add-back-терапії. Як зазначено у вітчизняному протоколі [1]: «Для запобігання втраті кісткової маси та гіпоестрогенним симптомам рекомендується призначити гормональну терапію прикриття (гестагени, замісна гормональна терапія) одночасно з початком застосування агоністів ГнРГ. Згідно з наявними даними, гормональна терапія прикриття не знижує ефективності лікування, спрямованого на полегшення больового синдрому».

Таким чином, add-back-терапія призначається з метою (Laufer M.K. et al., 2008):

- продовження періоду застосування агоністів ГнРГ (до 12 міс);
- мінімізації побічних ефектів гіпоестрогенії за збереження терапевтичної ефективності.

У якості препаратів для терапії прикриття, які необхідно призначити одночасно з початком терапії агоністами ГнРГ, застосовуються:

- низькодозові КОК з активними прогестагенами (левоноргестрел, дезогестрел, гестоден) у безперервному режимі;
- КОК для замісної гормональної терапії;
- трансдермальні форми естрогенів (17β-естрадіол, 0,05 мг, 0,025 мг);
- селективні модулятори естрогенових рецепторів (тіболон).

Контроль ефективності терапії прикриття здійснюється за рівнем естрадіолу (E2) у крові. Відповідно виділяють три рівні контролю:

- рівень А – гіперестрогенія (E2 >50 пг/мл), за якої відбувається прогресія аденоміозу без втрати щільності кісткової тканини;
- рівень В (терапевтичне вікно) – помірна гіпоестрогенія (25 < E2 < 35 пг/мл), за якої немає стимуляції росту вогнищ аденоміозу та відсутні побічні ефекти (втрати щільності кісткової тканини, вегетативні порушення);
- рівень С – глибока гіпоестрогенія (E2 < 20 пг/мл), коли відбувається атрофія вогнищ аденоміозу, але виникають побічні ефекти.

Щоб лікування було однаково ефективним і безпечним для пацієнтки, важливо досягти рівня E2 у крові саме в межах терапевтичного вікна.

Другий терапевтичний підхід передбачає схему послідовного призначення агоністів ГнРГ протягом 4-6 міс та дієносту 2 мг/добу протягом 12 міс (Kitawaki J. et al., 2013). Такий режим ефективніше знижує больовий синдром при ендометріозі й сприяє зменшенню маткових кровотеч на початку терапії дієностом, які є

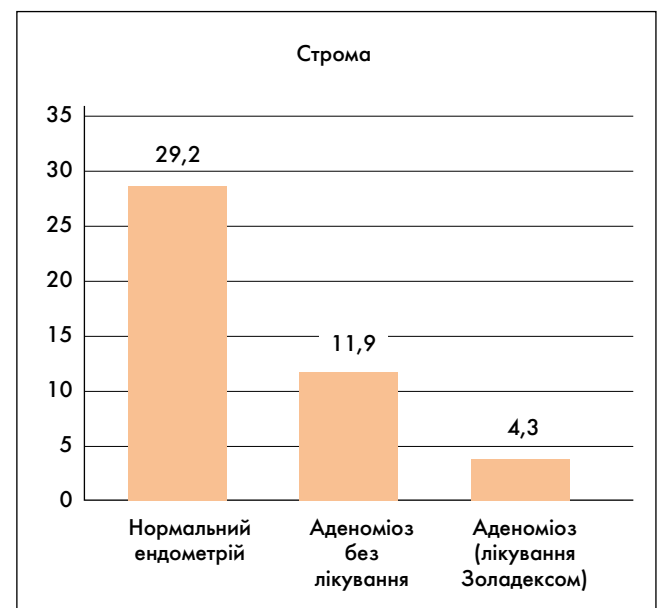
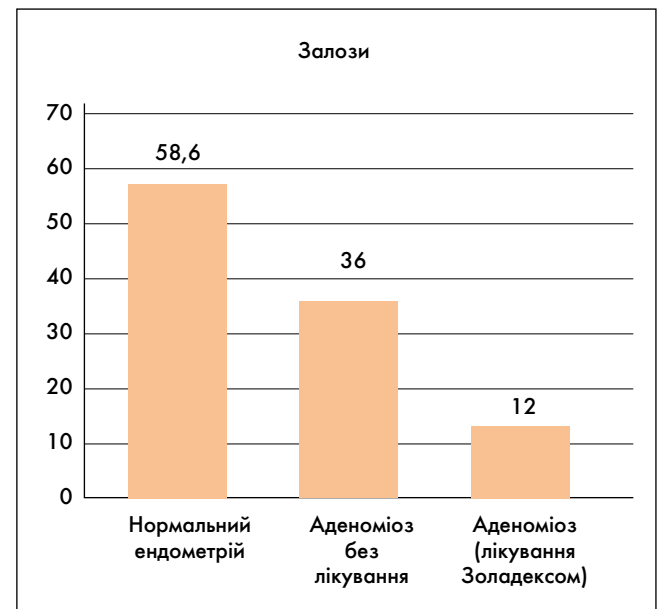


Рис. 1. Експресія Ki-67 у тканинах аденоміозу та в нормальному ендометрії (% позитивних клітин)

характерним побічним ефектом цього препарату і знижують прихильність до лікування.

Отже, за даними G.A.J. Dunselman (ESHRE, 2014), а також Evidence-Based Medicine Guidelines (Adenomyosis, 2021), використання агоністів гонадотропін-релізінг-гормона у терапії аденоміозу викликає гіпоестрогенний стан та аменорею, що призводить як до припинення менопаузи, так і болу, а також до зменшення кількості та розміру вогнищ запалення. Це, у свою чергу, може сприяти настанню успішної вагітності та пологів. Утім на сьогодні відсутні неспростовні докази на користь того чи іншого методу лікування аденоміозу. Тому важливо, щоб рішення, пов'язані з будь-яким терапевтичним планом, були індивідуалізованими й щоб жінка могла приймати їх на підставі свідомого вибору та розуміння процесів, що відбуваються у її організмі.

### Література

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнок з генітальним ендометріозом», наказ МОЗ України від 6.04.2016 р. № 319.
2. Потапов В.О., Івах В.І. Стратегія профілактики рецидивів лейоміоми матки в поєднанні з аденоміозом після органозберігаючих операцій у жінок репродуктивного віку // Репродуктивна ендокринологія, 2019. – № 5/49. – С. 16-21.
3. Kennedy S., Bergqvist A. et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis / Human Reproduction / Volume 20, Issue 10, October 2005. P. 2698-2704.

Підготувала **Марія Грицуля**

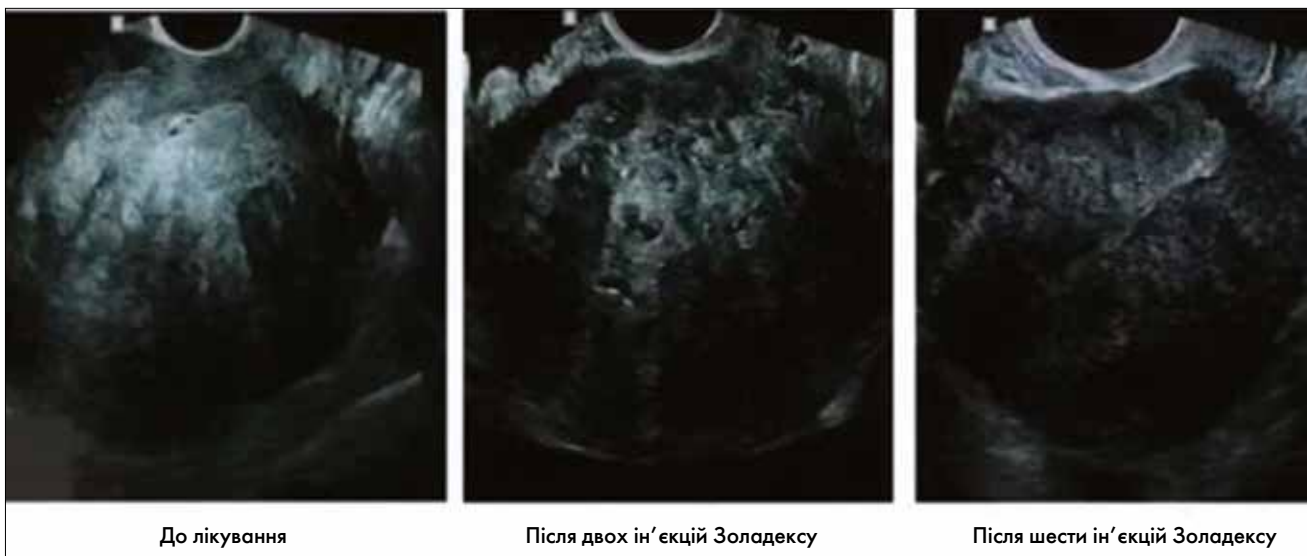


Рис. 2. Ультразвукові ознаки ефективності препарату Золадекс у пацієнтки з дифузною формою аденоміозу

## КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



### Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник

За ред. В.І. Горового, О.І. Яцини. – Вінниця: ТОВ «Твори», 2020. – 460 с.; іл.

Навчальний посібник висвітлює сучасні питання анатомії, термінології, епідеміології, етіології, патофізіології, діагностики та лікування різних видів нетримання сечі у жінок. Наведена власна оригінальна класифікація стресового нетримання сечі у жінок, а також методи консервативного та хірургічного лікування цього поширеного захворювання з позицій уродинамічних досліджень. Представлено сучасні класифікації пролапсів тазових органів та методи їх корекції у жінок із нетриманням сечі. Описані причини, методи діагностики та лікування імперативного, нейрогенного, парадоксального, коїтального, функціонального та нетримання сечі після завершення акту сечовипускання, які недостатньо повно описані у вітчизняній літературі. Дана характеристика сучасним абсорбуючим захисним гігієнічним засобам для пацієнок із нетриманням сечі.

Пропонується для практичного використання урологам, акушерам-гінекологам, хірургам, невропатологам, сімейним лікарям, фізіотерапевтам, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: 097-751-81-53.