

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МИОМА МАТКИ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Миома матки (лейомиома матки)

2. Код протокола: O

3. Код (коды) по МКБ-10:

D25 Лейомиома матки

D25.0 Подслизистая лейомиома матки

D25.1 Интрамуральная лейомиома матки

D25.2 Субсерозная лейомиома матки

D25.9 Лейомиома матки, неуточненная

4. Дата разработки протокола: 20.04.2013г.

5. Сокращения, используемые в протоколе: МРТ- магнитно резонансная томография, МЦ- менструальный цикл, АГ – абдоминальная гистерэктомия, ВГ – вагинальная гистерэктомия, ЛАВГ – вагинальная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией, СИЯ – синдром истощения яичников.

6. Категория пациентов: больные женщины с миомой матки

7. Пользователи протоколов: врач акушер-гинеколог, онкогинеколог

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение: Миома матки (лейомиома – гистологический диагноз) - доброкачественная опухоль из гладкомышечных волокон матки (1).

9. Клиническая классификация (1,2):

1. По локализации и направлению роста:

- Подбрюшинная (субсерозная) - рост миоматозного узла под серозную оболочку матки в сторону брюшной полости (внутрибрюшное расположение, внутрисвязочное расположение).

- Подслизистая (субмукозная) - рост миоматозного узла под слизистую оболочку матки в стороны полости органа (в полости матки, рождающаяся, родившаяся).

- Внутрстеночная (интерстициальная) - рост узла в толще мышечного слоя матки (в теле матки, в шейке матки).

2. По клиническим проявлениям:

- Бессимптомная миома матки (70-80% случаев).

- Симптомная миома матки (20-30% случаев) - клинические проявления симптомной миомы матки (нарушение менструального цикла по типу

менометроррагии, дисменорреи; болевой синдром различной степени выраженности и характера (тянущие, схваткообразные); признаки сдавления и/или нарушения функции тазовых органов; бесплодие; привычное невынашивание; вторичная анемия).

10. Показания для госпитализации:

Плановая госпитализация для хирургического лечения.

Экстренная госпитализация при маточных кровотечениях, клинике острого живота (некроз узла, перекрут ножки узла), выраженном болевом синдроме (схваткообразные боли внизу живота при рождающейся миоме матки)

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий: 1) жалобы: меноррагии (гиперполименорея, метрорагия, боли, анемия (III, 3,4)

2) физикальное обследование:

Бимануальное исследование: матка увеличена в размерах, определяются узлы, матка и узлы плотные (III, 3,4)

3) Лабораторные исследования: снижение гемоглобина (анемия различной степени выраженности) при отсутствии экстрагенитальной патологии.

4) Инструментальные исследования:

- Ультразвуковое исследование органов малого таза вагинальным и абдоминальным датчиками: размеры, количество, локализация, эхогенность, структура узлов, наличие сопутствующей гиперплазии эндометрия, патологии яичников (III, 5)

- В сомнительных случаях с целью дифдиагностики с опухолями яичников проводится МРТ малого таза (III, 5)

- Гистероскопия проводится для выявления подслизистых миоматозных узлов и патологии эндометрия (III, 6)

- Диагностическая лапароскопия проводится при необходимости дифференциальной диагностики (лейомиома или опухоли яичников) (III)

- Допплерография для распознавания вторичных изменений в миометрии, особенности васкуляризации узлов (5).

На догоспитальном уровне проводятся следующие методы обследования: изучение жалоб, вагинальное исследование, определение гемоглобина, УЗИ органов малого таза, МРТ малого таза, доплерография узлов и органов малого таза (матки).

12. Диагностические критерии:

12.1. Жалобы и анамнез:

У большинства женщин миома матки имеет бессимптомное течение, однако 20-30% пациенток выявляют жалобы, которые являются клиническими проявлениями осложнений миомы:

-Тазовая боль, тяжесть внизу живота;

- При возникновении таких осложнений, как некроз узла, инфаркт, перекрут ножки узла, может развиваться картина «острого живота». Могут быть резкие боли внизу живота и в пояснице, признаки раздражения брюшины (рвота, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки), лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение

- температуры тела;
- Увеличение частоты мочеиспускания;
 - Другие симптомы сдавления смежных органов: сдавливание окружающих тканей узлом миомы, который растет, способствует возникновению нарушений кровообращения с варикозным расширением, тромбозами сосудов опухоли, отеком, геморрагическими инфарктами, некрозом опухоли, которые проявляются постоянно выраженным болевым синдромом, иногда высокой температурой тела;
 - При субсерозной локализации миом в зависимости от их расположения могут возникать нарушения функций смежных органов (мочевого пузыря, мочеточников, прямой кишки);
 - При увеличении размеров опухоли более 14 недель беременности возможно развитие миелопатического и радикулалгического синдромов: в случае миелопатического варианта, который является результатом спинальной ишемии, больные жалуются на слабость и тяжесть в ногах, парестезии, которые начинаются через 10-15 минут после начала ходьбы и исчезают после кратковременного отдыха; при радикулалгическом синдроме, который развивается вследствие сдавливания маткой сплетений малого таза или отдельных нервов, женщин волнуют боли в пояснично-крестцовой области и нижних конечностях, расстройство чувствительности в виде парестезий.
 - Маточные кровотечения - одно из наиболее частых осложнений. Маточные кровотечения способствуют развитию анемии.

12.2. Физикальное обследование: Вагинальное исследование. матка увеличена в размерах, определяются узлы, матка и узлы плотные (III, 3,4)

12.3. Лабораторные исследования: снижение гемоглобина (анемия различной степени выраженности) при отсутствии экстрагенитальной патологии.

12.4. Инструментальные исследования:

- УЗИ абдоминальным и вагинальным датчиками
- УЗИ щитовидной железы
- МРТ малого таза, лапароскопия, гистероскопия, доплерометрия матки.

Женщинам с неопределенным диагнозом миомы после проведения трансвагинального ультразвукового исследования и трансвагинальной соногистерографии или тем, которые отказываются от проведения трансвагинальной ультрасонографии в связи с возможным дискомфортом, можно рекомендовать МРТ (С)

Женщинам, с диагностированной миомой матки, целесообразно определить состояние щитовидной железы, так как у 74% пациенток миома матки развивается на фоне патологии щитовидной железы (С).

При размерах лейомиомы больше 12 недель предпочтительно производить трансабдоминальное УЗИ (С).

Метод трансвагинальной эхографии высокоинформативное для диагностики гиперплазии эндометрия, однако при этом методе исследования часто не возможно определить субмукозную миому матки и полип эндометрия (А).

Применение трансвагинальной эхографии и трансвагинальной соногистерографии имеет большую диагностическую ценность при определении локализации субмукозных узлов по сравнению с гистероскопией (А). Предварительное проведение трансвагинальной соногистерографии у женщин с внутриматочной патологией в 40% случаев позволяет избежать гистероскопию (А).

При проведении гистероскопии необходимо использовать следующие рекомендации:

-более целесообразным является использование физраствора (А);
-процедура выполняется под анестезией (А).

Женщины с бессимптомным течением миомы размерами до 12 недель при отсутствии других патологических образований органов малого таза требуют дальнейшего углубленного обследования для выявления другой патологии, с которой возможно связано развитие миомы матки, и соответственно, необходимо проводить ее лечение. Они должны обращаться к врачу 1 раз в год, или в случае возникновения симптомов заболевания чаще (С).

Женщины с бессимптомной миомой более 12 недель должны консультироваться у специалистов индивидуально в согласованном режиме наблюдения, но не реже одного раза в год и получать консервативную терапию (С) в случае отказа от операции или при наличии противопоказаний к ней. Даже при отсутствии клинических проявлений заболевания, в связи с неблагоприятным прогнозом течения миомы размерами более 12 недель, несмотря на тормозящее действие гормонотерапии при больших размерах миомы, консервативная миомэктомия рекомендуется женщинам, заинтересованным в сохранении репродуктивной функции (С).

12.5. Показания для консультации специалистов:

- Консультация онкогинеколога при подозрении на гиперпластические процессы эндометрия или саркому матки.
- Консультация терапевта при анемии, для определения консервативного лечения.

12.6. Дифференциальная диагностика: проводится с аденомиозом, опухолями яичника. Используются инструментальные методы исследования (МРТ, гистероскопия, лапароскопия).

13. Цели лечения: Ликвидация симптомов заболевания, уменьшение размеров узлов.

14. Тактика лечения:

14.1. Немедикаментозное лечение: не существует

14.2. Медикаментозное лечение:

- Показания к консервативной терапии миомы матки:
- 1.Желание больной сохранить репродуктивную функцию.
 - 2.Клинически малосимптомное течение заболевания.
 - 3.Миома матки, которая не превышает размеров 12 недель беременности.
 - 4.Интерстициальное или субсерозное (на широком основании) расположение узла.
 - 5.Миома, сопровождающаяся экстрагенитальными заболеваниями с высоким

анестезиологическим и хирургическим риском.
6. Консервативное лечение как подготовительный этап к операции или как реабилитационная терапия в послеоперационном периоде после консервативной миомэктомии.

Медикаментозная терапия является методом выбора у женщин, не подлежащих хирургическому лечению или отказывающихся от него. Стоит отметить, что размеры миомы возвращаются к прежним в течение 6 месяцев после прекращения терапии (С).

Медикаментозное лечение включает негормональные средства и препараты гормональной терапии.

Негормональные средства - преимущественно симптоматическая терапия: гемостатики (при кровотечении) и спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты (при болевом синдроме), а также меры, направленные на лечение патологических состояний, которые могут способствовать росту миомы матки (патология щитовидной железы, воспалительные процессы гениталий) и на нормализацию обмена веществ (антиоксиданты, антиагреганты, поливитамины, фитотерапия) (С).

Гормональная терапия - основа медикаментозного лечения миомы, представляет собой корректирующую гормональную терапию, направленную на уменьшение как системной, так и локальной дисгормонемии (С).

Оральные контрацептивы приводят к уменьшению размеров миомы, могут уменьшать менструальную кровопотерю со значительным повышением гематокрита и других показателей гемограммы и могут применяться для гемостаза (В).

Даназол не рекомендуется в качестве начального лечения миомы, поскольку он не является эффективным как АГН-РГ и имеет андрогенные побочные эффекты (В).

Прогестагены используются в комплексе медикаментозного лечения миомы, которая сопровождается гиперпластическими процессами эндометрия с целью уменьшения локальной гиперэстрогемии. Используются препараты, дозы и режимы, обеспечивающие стромальную супрессию эндометрия (дидрогестерон 20-30 мг с 5 по 25 день менструального цикла (МЦ)), норэтистерон (10 мг с 5 по 25 день МЦ) и линестрол (20 мг с 5 по 25 день МЦ) (В).

Лечение агонистами Гн-РГ эффективно уменьшает размер узлов и матки, но применяется не более 6 месяцев в связи с развитием синдрома медикаментозной менопаузы при длительном применении (А). Женщинам с миомой, имеющих гиперпластические процессы эндометрия, рекомендуется применение Гн-РГ (гозерелин) совместно с назначением дидрогестерона по 20 мг с 5 по 25 день (в течение первого цикла) (С).

Лечение агонистами Гн-РГ (гозерелин) в комбинации с ЗГТ ("add-back" терапия эстрогенами и прогестинами) приводит к уменьшению размеров миомы, не вызывает проявлений медикаментозной менопаузы и является альтернативным методом лечения для женщин, которые имеют противопоказания к хирургическому лечению или информированный отказ от операции (В).

Женщинам с диагнозом миома, имеющих кровянистые выделения при применении ЗГТ, рекомендуется уменьшить дозу эстрогенов, или увеличить дозу прогестерона (С).

Наблюдений относительно подтверждения уменьшения размеров миомы при применении ВМС, выделяющие прогестаген, недостаточно, однако положительная динамика клинических проявлений позволяет рекомендовать этот метод в лечении миомы матки (С).

Таблица – Рекомендуемые препараты для гормональной терапии миомы

	Уровень достоверности и эффективности	Прекращение симптомов	Уменьшение размеров узлов	Максимальная длительность применения	Возможные побочные эффекты
КОК (при маточных кровотечениях)	В	Положительный эффект	Отсутствие эффекта	Не ограничена при отсутствии противопоказаний со стороны экстрагенитальных заболеваний	Тошнота, головная боль, масталгия
Аналоги Гн-Рг (трипторелин 3,75мг 1 раз на 28 днів)	А	Положительный эффект	Положительный эффект	6 мес	Симптомы медикаментозной менопаузы
ВМС с левоноргестрелом	В	Положительный эффект	Воздействие не доказано	5 лет	Нерегулярные мажущие выделения, экспульсия
Прогестагены с выраженным влиянием на эндометрий (при	В	Положительный эффект	Воздействие не доказано	6 мес	Тошнота, головная боль, масталгия

сопутствующей гиперплазии эндометрия)					
Даназол	A	Исследованный мало	Положительный эффект	6 мес	Андрогенный побочный эффект

14.3. Другие виды лечения: Не существует

14.4. Хирургическое лечение:

Решение о проведении гистерэктомии или миомэктомии принимается в зависимости от: возраста женщины, течения заболевания, желание сохранить репродуктивный потенциал, расположение и количества узлов (С):

Женщинам с большими размерами матки (более 18 недель) или наличием анемии перед проведением хирургического лечения рекомендуется назначение агонистов Гн-РГ (гозерелин, трипторелин) в течение 2 месяцев (В) при отсутствии онкогинекологического анамнеза.

Женщинам с диагнозом субмукозная миома и значительными кровотечениями, как альтернатива гистерэктомии, также проводится гистероскопическая миомэктомия, абляция или резекция эндометрия (В).

Женщинам в возрасте до 45 лет с субсерозными или интрамуральными симптомными миомами, заинтересованным в сохранении матки, как альтернатива гистерэктомии, рекомендуется миомэктомия (С) с обязательным интраоперационным гистологическим экспресс-исследованием удаленного узла.

Неприменима лапароскопическая миомэктомия женщинам, планиующим беременность, в связи с данными об увеличении риска разрыва матки (С).

Нет достаточных данных рекомендовать применение адгезивных средств при кровотечениях на фоне миомы (В).

Нет достаточных данных об эффективности использования окситоцина, вазопрессина во время операции для уменьшения кровопотери (В).

Нет достаточных данных для оценки эффективности лазериндуктивной интерстициальной термотерапии, миолизиса или криомиолизиса (С).

Эмболизация миомы может быть эффективной альтернативой миомэктомии или гистерэктомии (С).

Оперативное лечение случайно обнаруженной бессимптомной миомы с целью профилактики ее малигнизации - не рекомендуется (С).

Комбинированная терапия миомы.

Заключается в применении хирургического лечения в объеме консервативной миомэктомии на фоне медикаментозной терапии (использование аналогов Гн-РГ в до-и послеоперационном периоде).

Показания для комбинированной терапии (применение агонистов и лейомиомэктомии):

1. Заинтересованность женщины в сохранении матки и репродуктивной функции.
2. Миома с большим количеством узлов.
3. Миома с узлом размером более 5 см.

Этапы комбинированной терапии:

I этап – 2 инъекции АГН-РГ с интервалом 28 дней.

II этап - консервативная миомэктомия.

III этап - третья инъекция АГН-РГ.

Показания к миомэктомии, как II этап комбинированного лечения:

1. Отсутствие динамики уменьшения размеров миоматозного узла после 2-х инъекций аналогов Гн-РГ. Учитывая данные литературы о высоком риске малигнизации АГН-РГ резистентных узлов, считается целесообразным проводить срочное хирургическое вмешательство.

2. Сохранение клинической симптоматики (боль, нарушение функции смежных органов и т.д.) даже при положительной динамике размеров узла.

Преимущества проведения хирургических вмешательств на фоне назначения АГН-РГ:

- Уменьшение размеров узлов, васкуляризации и кровопотери;
- Уменьшение времени операции;
- Уменьшение времени нормализации функциональной массы и размеров матки после консервативной миомэктомии.

Показания к хирургическому лечению миомы:

1. Симптомная миома (с геморрагическим и болевым синдромом, наличием анемии, симптомов сдавления смежных органов).

2. Размер миомы 13-14 недель и более.

3. Наличие субмукозного узла.

4. Подозрение на нарушение питания узла.

5. Наличие субсерозного узла миомы на ножке (в связи с возможностью перекрута узла).

6. Быстрый рост (на 4-5 недель в году и более) или резистентность к терапии аналогами Гн-РГ).

7. Миома в сочетании с предопухоловой патологией эндометрия или яичников.

8. Бесплодие вследствие миомы матки.

9. Наличие сопутствующей патологии органов малого таза.

Принципы выбора доступа гистерэктомии:

1. Как для абдоминальной (АГ), так и для вагинальной гистерэктомии (ВГ) существуют четкие показания и противопоказания.

2. В ряде случаев показана ВГ с лапароскопической асистенции (ЛАВГ)

3. Если гистерэктомию можно выполнить любым доступом, то в интересах пациентки преимущество определяется в следующем порядке ВГ > ЛАВГ > АГ.

Показания и условия для выполнения ВГ:

- Отсутствие сопутствующей патологии приложений;
- Достаточная подвижность матки;
- Достаточный хирургический доступ;

- Размеры матки до 12 недель;
- Опытный хирург.

Противопоказания к проведению ВГ:

- Размеры матки больше 12 недель;
- Ограниченность подвижности матки;
- Сопутствующая патология яичников и маточных труб;
- Недостаточный хирургический доступ;
- Гипертрофия шейки матки;
- Недостижимость шейки матки;
- Операция по поводу пузырно-влагалищной свища в анамнезе;
- Инвазивный рак шейки матки.

Состояния, при которых предоставляется преимущество применению АГ:

- Есть противопоказания к ВГ, ЛАВГ затруднена или рискованно;
- Обязательное выполнение овариоэктомии, что невозможно выполнить другим способом.
- Спаечный процесс, вследствие сопутствующего эндометриоза и воспалительных заболеваний органов малого таза;
- Быстрый рост опухоли (подозрение на малигнизацию)
- Подозрение на малигнизацию сопутствующей опухоли яичника
- Миома широкой связки;
- Сомнения в доброкачественности эндометрия
- Сопутствующая экстрагенитальная патология.

Показания к субтотальной гистерэктомии (надвлагалищной ампутации матки):

1. В случаях, когда пациентка настаивает на сохранении шейки матки, при отсутствии патологии эпителия влагалищной части ее и эндоцервикса.
2. Тяжелая экстрагенитальная патология, требующая сокращения срока операции.
3. Выраженный спаечный процесс или тазовый эндометриоз, в связи с повышенным риском травмирования сигмовидной кишки или мочеочника или других осложнений.
4. Необходимость срочной гистерэктомии в исключительных случаях (отсутствие этапа удаления шейки сокращает продолжительность операции, имеет существенное значение при выполнении срочного оперативного вмешательства). Объем оперативного вмешательства в отношении придатков матки базируется на основе принципов:

В пользу профилактической овариоэктомии являются следующие аргументы:

Первый - в 1-5% случаев возникает необходимость в повторной операции доброкачественных опухолей яичников.

Второй - функция яичников после гистерэктомии несколько ухудшается и уже после двух лет у большинства женщин развивается синдром истощения яичников.

Против профилактической овариоэктомии свидетельствуют следующие аргументы:

Первое - высокий риск развития синдрома хирургической менопаузы после

удаления яичников, повышение смертности от остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний, требующих в большинстве случаев длительного применения ЗГТ.

Второе - психологические аспекты, связанные с удалением яичников.

Эмболизация является перспективным методом лечения симптомной миомы матки

- как самостоятельный метод, так и в качестве предоперационной подготовки к последующей миомэктомии, который позволяет уменьшить объем

интраоперационной кровопотери.

Преимущества эмболизации сосудов:

- Меньший объем кровопотери;
- Низкая частота инфекционных осложнений;
- Низкий уровень летальности;
- Сокращение сроков выздоровления;
- Сохранение фертильности.

Возможные осложнения эмболизации:

- Тромбоэмболические осложнения;
- Воспалительные процессы;
- Некроз субсерозного узла;
- Аменорея.

Показания к различным видам гистерэктомии в зависимости от клинической ситуации.

Показания/ситуация	Доступ			
	вагиналь ный	пробно ваганаль ный	ЛАВГ	абдомин альный
Маточные кровотечения	А			
Аденомиоз	А			
Лейомиома: матка до 12 недель	А			
Лейомиома: матка 13-16 недель			В1	А
Лейомиома: матка 17-24 недель			В1	А
Лейомиома: матка > 22-24 недель				А
Эндометриальная гиперплазия	А			
Рецидивирующий полип цервикального канала или эндометрия	А			
Сопутствующие психические расстройства	А			В1
Интраэпителиальная неоплазия шейки матки	А			
Злокачественный процесс эндометрия	В2		В1	А
Доброкачественная патология придатков матки при хорошей их подвижности			А	В1

Доброкачественная патология придатков матки при выраженном спаечном процес се			B1	A
---	--	--	----	---

Примечания: А - метод первого выбора, B1 - первый альтернативный метод, B2 - второй альтернативный метод.

14.5. *Профилактические мероприятия:* Специфической профилактики не существует

14.6. *Дальнейшее ведение:* После гистерэктомии в зависимости от объема операции:

- После субтотальной гистерэктомии – с придатками рекомендуются монофазные эстроген-гестагенные препараты; без придатков – профилактика СИЯ

- После тотальной гистерэктомии - с придатками рекомендуется ЗГТ эстрогенами, без придатков - профилактика СИЯ.

15. Индикаторы эффективности лечения: индукция ремиссии, купирование осложнений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

Критерии оценки для проведения мониторинга и аудита эффективности внедрения протокола.

1. Число оперативных вмешательств при миоме матки
2. Количество осложнений
3. Виды операции

16. Список разработчиков протокола:

1. Дощанова А.М. – д.м.н., профессор, врач высшей категории, зав.кафедрой акушерства и гинекологии по интернатуре АО «МУА».

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: Нет

18. Рецензенты: врач высшей категории, д.м.н., профессор Рыжкова С.Н.

19. Указание условий пересмотра протокола: при появлении новых доказанных данных

20. Список использованной литературы:

1. Клинические лекции по акушерству и гинекологии под редакцией Каюповой Н.А., II том 2000г

2. Гинекология. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007г.

3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2000 May. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 16).

4. Gynaecological tumours EBM Guidelines. 12.8.2005

5. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. /Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. —1248 с.: ил.

6. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Издательство «Медиа Сфера», выпуск №3.- 2004.

IV. Приложение

1. Диагностические следования

№	Основные диагностические исследования	Кратность применения	Вероятность применения
1	Бимануальное исследование	1 раз	100%
2	Общий анализ крови	1 раз	100%
3	УЗИ абдоминальным, вагинальным датчиком	1 раз	100%
№	Дополнительные диагностические исследования	Кратность применения	Вероятность применения
1	УЗИ щитовидной железы	1 раз	33%
2	МРТ малого таза	1 раз	33%
3	Лапароскопия	1 раз	10%
4	Гистероскопия	1 раз	10%
5	Допплерометрия матки	1 раз	70%

2. Изделия медицинского назначения и лекарственные средства

№	Основные	Количество в сутки	Длительность применения	Вероятность применения
1	Гормональная терапия: Эстроген-гестагенные препараты	1 таблетка в день	6 месяцев	33%
2	Аналоги Гн-Рг (трипторелин)	3,75мг 1 раз на 28 день	6 месяцев	33%
3	Даназол	400мг в сутки	6 месяцев	33%
№	Дополнительные	Количество в сутки	Длительность применения	Вероятность применения
	ВМС с левоноргестрелом	1 раз	5лет	33%
2	Гестагены (КОК-дидрогестерон, норэтистерон,	20-30мг с 5 о 25 день МЦ 10мг с 5 по 25 день МЦ	6 месяцев	33%