

## Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№
	Введен в действие	2020
Конфиденциально	Срок действия	2 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Эндометриоз» Коды МКБ: N80 Возрастная - взрослые, дети</i>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Зав. отделением гинекологии	Мусаева Диляра Оруджевна		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмаджидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудова Ф.Б.		
	Заведующая организационно-методическим отделом	Тагирбекова О.М.		
2021 г.				

### 1. Краткая информация

#### 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

**Эндометриоз** – патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки [1].

#### 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагенитальный, а генитальный, в свою очередь - на внутренний, аденомиоз (эндометриоз тела матки), и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления и др.). Эндометриоз является многофакторным заболеванием, и, несмотря на длительное его изучение, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна. Предложено множество теорий патогенеза эндометриоза: имплантационная (теория ретроградной менструации J. A. Sampson, 1921), метапластическая, эмбриональная, дисгормональная и теория нарушения иммунного баланса и др. Наряду с гиперэстрогенией, резистентностью к прогестерону, воспалительными изменениями, индукцией

неоангиогенеза, лежащих в основе инфильтративного роста, инвазии в окружающие ткани с последующей их деструкцией, распространения заболевания [2], в последнее десятилетие обсуждается роль в развитии эндометриоза стволовых клеток [3], генетических мутаций и эпигенетических факторов, к которым можно отнести факторы внешней среды и др. Несмотря на способность к инфильтративному росту, склонность к рецидивированию, тенденцию к инвазии, эндометриоз относится к доброкачественным пролиферативным заболеваниям [1].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Эндометриозом во всем мире страдает примерно 10% женщин, в основном, репродуктивного возраста. В связи с тем, что эндометриоз может протекать бессимптомно, его истинную распространенность оценить затруднительно. Учитывая многоликость клинических симптомов: циклические и хронические боли, бесплодие, аномальные маточные кровотечения, нарушение функции соседних органов и другие жалобы, снижающие качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин преимущественно репродуктивного возраста, эндометриоз остается одной из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода [4], [5].

### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

#### **Эндометриоз (N80):**

N80.0 – Эндометриоз матки;

N80.1 – Эндометриоз яичников;

N80.2 – Эндометриоз маточных труб;

N80.3 – Эндометриоз тазовой брюшины;

N80.4 – Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища;

N80.5 – Эндометриоз кишечника;

N80.6 – Эндометриоз кожного рубца;

N80.8 – Другой эндометриоз;

N80.9 – Эндометриоз неуточненный.

### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

#### **1.5.1 Клинические классификации эндометриоза:**

- по происхождению; [D.Redwine, 1987]
- по глубине поражения; [D.Martin, 1989]
- по локализациям экстрагенитального эндометриоза. [J. Rock и соавт. 1989]
- по анатомическим проявлениям [Huffman и соавт., 1951; Rivaet и соавт., 1962, Beecham и соавт, 1966; R. Kistner 1977]
- по локализации и площади поражения, сопутствующему спаечному процессу [rASRM,1996]
- по морфофункциональным особенностям и этиопатогенезу [Wicks, Larsonnet и соавт., 1949; Ph.Koninckx, 1994; M. Nisolle и соавт., 1997; I. Brosens и соавт., 2000];
- по анатомическим характеристикам и необходимому объему вмешательства, то есть клиническая классификация эндометриоза [L.V. Adamyan и соавт., 1993; A. Acosta, 1973; Buttram и соавт., 1978].

С. Chapron (2003) предложил классификацию глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением соседних органов по анатомическим проявлениям и необходимому объему вмешательства.

#### **1.5.2 Классификация внутреннего эндометриоза:**

- стадия I – патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки;
- стадия II – патологический процесс переходит на мышечные слои;
- стадия III – распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова;
- стадия IV – вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов [6].

Аденомиоз может быть диффузным, очаговым или узловым и кистозным. Характерное отличие от миомы матки – отсутствие капсулы и четких границ.

#### **1.5.3 Классификация эндометриoidных кист яичников:**

- стадия I – мелкие точечные эндометриoidные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей;
- стадия II – эндометриoidная киста одного яичника 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 (диаметр кисты одного яичника более 5–6 см и небольшая эндометриома другого). Эндометриoidные гетеротопии небольшого размера 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 [2].

#### **1.5.4 Классификация эндометриоза ретроцервикальной локализации:**

Для эндометриоза ретроцервикальной локализации общепризнана клиническая классификация, определяющая объем вмешательства и тактику лечения [1].

- стадия I – эндометриoidные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки;
- стадия II – прорастание эндометриoidной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист и в серозный покров ректосигмоидного отдела и прямой кишки;
- стадия III – распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки, серозный и мышечный покров прямой кишки;
- стадия IV – вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки с распространением процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки, а также распространение процесса в сторону параметрия, вовлекая дистальные отделы мочевыделительной системы (мочеточники и мочевой пузырь) [1], [2], [5], [7].

Одной из наиболее широко применяемых в мировой практике стала предложенная в 1979 году Американским обществом фертильности (с 1995 года - Американское общество по репродуктивной медицине) и пересмотренная в 1996 году классификация, основанная на подсчете общей площади поражения в баллах:

**I стадия** - минимальный эндометриоз (1-5 баллов);

**II стадия** - легкий эндометриоз (6-15 баллов);

**III стадия** - умеренный эндометриоз (16-40 баллов);

**IV стадия** - тяжелый эндометриоз (более 40 баллов).

Однако данная классификация не предусматривает наличия и распространения инфилтративных форм.

### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Наиболее значимыми клиническими проявлениями эндометриоза являются тазовая боль (дисменорея, диспареуния, дисхезия и хроническая тазовая боль (ХТБ) [8], [9], бесплодие, нарушения менструального цикла, аномальные маточные кровотечения, а также наличие опухолевидных образований (эндометриоидные кисты) в малом тазу.

**Эндометриоз следует заподозрить при наличии следующих симптомов, включая молодых женщин до 17 лет [10]:**

- Хроническая тазовая боль [11], [12];
- Дисменорея, негативно влияющая на качество жизни и повседневную активность;
- Боль, появляющаяся во время и/или после полового акта – диспареуния;
- Гастроинтестинальные симптомы, связанные с менструацией – боль в кишечнике, запоры или поносы, тенезмы;
- Симптомы со стороны мочевой системы, связанные с менструацией, например, боль при мочеиспускании, появление крови в моче;
- Бесплодие в сочетании с 1 или более симптомами.

**Можно заподозрить эндометриоз при наличии следующих факторов [13]:**

- Обильные менструальные кровотечения, посткоитальные кровотечения;
- Дисменорея и/или диспареуния, симптомы которой не исчезают или слабо купируются при приеме комбинированных оральные контрацептивов (КОК) и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС);
- Дисменорея и/или диспареуния, которая может явиться причиной отсутствия в школе или на работе;
- Неоднократные обращения в неотложном порядке по поводу дисменореи;
- Наличие эндометриоза у матери или сестры пациентки;
- Субфертильность при регулярной овуляции, проходимости фаллопиевых труб и нормальной спермограмме у партнера;
- Диарея, запор, тошнота, боли при дефекации, спазмы в кишечнике, вздутие живота и раннее насыщение;
- Наличие предменструальных и постменструальных скудных кровянистых выделений в виде мазни в течение  $\geq 2$  дней [14];
- Наличие аллергии на цветение трав, аллергического ринита и повышенной чувствительности к пищевым продуктам - относительный риск (ОР) 4,28 (95 % ДИ: 2,93-6,27) по сравнению с женщинами без эндометриоза [15];
- Депрессия, тревога, синдром хронической усталости - эндометриоз встречался значительно чаще (скорректированное отношение шансов 3,67; 95% ДИ, 1,53-8,84) [16];
- Наличие мигрени - частота мигрени среди больных эндометриозом в перименструальный период – 30,1- 47,2%, в то время как среди здоровых женщин – 15% ( $p < 0,001$ ) [17];
- Частые, императивные мочеиспускания с болью или без нее - пациентки с эндометриозом значительно чаще страдают интерстициальным циститом (ОР: 10,6; 95% ДИ: 1,9–56,5) [

## **2. Диагностика**

Диагноз устанавливается на основании данных жалоб и анамнеза пациенток, физикального обследования, а также данных инструментальных методов обследования (УЗИ органов малого таза, МРТ малого таза, диагностическая лапароскопия).

## 2.1 Жалобы и анамнез

Из анамнеза следует обратить внимание на наличие эндометриоза у ближайших родственников, на особенности менструальной и репродуктивной функции, число беременностей их течение и исход, перенесенные заболевания половых органов и операции на гениталиях (III-A). Основные жалобы:

- Болевой синдром различной степени выраженности, в зависимости от менструального цикла; Боль, связанная с эндометриозом, может представить любую из нижеследующих.
  - Болезненная менструация (дисменорея)
  - Болезненные половые контакты (диспареуния)
  - Болезненное мочеиспускание (дизурия)
  - Болезненная дефекация (дисхезия)
  - Боли в пояснице или внизу живота
  - Хроническая тазовая боль (нециклическая брюшная и тазовая боль, продолжающаяся, по крайней мере, в течение 6 месяцев).

## 2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано проведение визуального осмотра наружных половых органов, осмотра шейки матки в зеркалах, бимануального влагалищного и ректовагинального исследования (всем пациенткам с подозрением на эндометриоз) [19].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Гинекологическое исследование не всегда информативно. Могут быть выявлены следующие изменения [13], [20]:

- и. латеральное смещение шейки матки;
- v. фиксированная и резко смещенная матка;
- w. объемные образования придатков;
- x. наличие узлов в маточно – крестцовой области, утолщение, напряжение и/или образования в крестцово-маточной связке;
- у. укорочение и напряжение сводов влагалища;
- z. выраженный стеноз шейки матки;
- aa. наличие мелкобугристого образования в ректовагинальной области;
- ab. болезненность и ограничение подвижности слизистой кишечника (при ректовагинальном исследовании).

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

Специфическая лабораторная диагностика эндометриоза не разработана [21].

- Не рекомендовано исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови для диагностики эндометриоза [10], [19].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарий:** Повышенный уровень СА-125 может быть ассоциирован с эндометриозом [19]. Однако эндометриоз может присутствовать, несмотря на нормальный уровень СА125 (менее 35 МЕ / мл) [22].

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано назначение ультразвукового исследования органов малого таза (УЗИ) ультразвуковым трансвагинальным датчиком (при наличии) у пациенток с подозрением на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

**Комментарии:** УЗИ необходимо провести для диагностики подозреваемого эндометриоза, даже если гинекологический осмотр не выявил патологии для диагностики эндометриомы и глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеоточника.

Если выполнение трансвагинального УЗИ затруднено, то возможно проведение трансабдоминального и/или трансректального ультразвукового исследования [22].

Чувствительность трансвагинального УЗИ в диагностике эндометриоза составляет в среднем 91%; для глубоких инфильтративных форм – 79% и удовлетворяет критериям в случаях поражения крестцово-маточных связок, ректовагинальной перегородки, стенки влагалища, Дугласова пространства и ректосигмоидного отдела кишечника. Трансректальное УЗИ наиболее информативно для диагностики ректосигмоидного эндометриоза.

- Не рекомендовано использование МРТ малого таза для рутинной диагностики эндометриоза [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Следует рассмотреть проведение МРТ малого таза, чтобы оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеоточника [22], [30], [31]. Следует проводить МРТ (при возможности) при сочетанных заболеваниях – аденомиоз (узловая или кистозная форма) у пациенток репродуктивного возраста для выбора доступа и объема реконструктивно-пластической операции. Целесообразно обеспечить интерпретацию МРТ таза специалистом в области гинекологической визуализации [22].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) с чувствительностью 95%, удовлетворяет критериям для вагинального и ректосигмоидного эндометриоза [32].

- Рекомендовано проведение лапароскопии для расширения возможности диагностического поиска при наличии симптомов заболевания и в случаях отсутствия патологии по данным осмотра, УЗИ или МРТ [10], [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Лапароскопия является «золотым стандартом» диагностики эндометриоза [10], [22], [33].

- Рекомендовано проведение гистероскопии у пациенток с эндометриозом с целью исключения внутриматочной патологии при аномальных маточных кровотечениях (АМК), эндометриоз-ассоциированном бесплодии при отсутствии эффекта от проводимого лечения [10], [34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** При бесплодии у пациенток с эндометриозом и неэффективными 2 и более попытками ЭКО в анамнезе гистероскопия является методом исключения внутриматочных синехий, эндометрита, пороков развития гениталий с одновременным удалением этих заболеваний или коррекции порока развития матки, а также оценки проходимости маточных труб [10].

- Рекомендована лапароскопия для верификации диагноза эндометриоза, определения степени распространения, клинических форм, выявления инфильтративного эндометриоза, эндометриом, сочетанных заболеваний [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Лапароскопия при подозрении на эндометриоз должна быть предложена в следующих ситуациях [10]: когда для пациентки приоритетным является наступление беременности; наличие болевого синдрома и отсутствие эффекта от консервативного лечения.

- Рекомендовано для подтверждения эндометриоза проведение патологоанатомического исследования операционного материала [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Положительной морфологический результат подтверждает диагноз эндометриоза, отрицательный - не исключает его наличие [22].

Во всех случаях эндометриоза яичников и глубокого инфильтративного эндометриоза необходима биопсия для уточнения малигнизации [22].

- Рекомендовано провести визуальную оценку состояния мочеточников, мочевого пузыря, а также кишечника при подозрении на их вовлечение в инфильтративный процесс, при предоперационной подготовке провести специальное обследование для определения объема операции [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано при проведении лапароскопии у пациенток с эндометриозассоциированным бесплодием использовать стандартизованную методику и оценку индекса фертильности эндометриоза с учетом данных анамнеза и хирургического вмешательства (Endometriosis Fertility Index - EFI) [35].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Оценка снижения репродуктивной функции (LF-least function) при завершении операции у пациенток с эндометриозом и индекс фертильности эндометриоза (Endometriosis Fertility Index - EFI) представлены в таблицах (приложение Г3) [35], [36].

## 2.5 Иные диагностические исследования

- Рекомендовано использование визуальной аналоговой шкалы (приложение Г2), представляющей градацию боли от 0 (нет боли) до 10 (максимальная боль) в баллах у

пациенток с подозрением на эндометриоз и ХТБ для характеристики выраженности болевого синдрома и воздействия его на качество жизни [37].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

### **3. Лечение**

#### **3.1 Медикаментозное лечение**

Рекомендовано использование нестероидных противовоспалительных препаратов у пациенток с эндометриозом для купирования болевого синдрома [10], [38].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).**

**Комментарии:** Нестероидные противовоспалительные препараты могут быть назначены кратковременно до 3 месяцев при отсутствии противопоказаний самостоятельно или в сочетании с терапией первой линии. При недостаточном уменьшении болевого синдрома должно быть назначено другое лечение.

Рекомендовано использование нейромодуляторов (по анатомо-терапевтическо-химической классификации лекарственных средств (АТХ) – другие психостимуляторы и ноотропные препараты) у пациенток с эндометриозом при наличии нейропатической боли в качестве эмпирической медикаментозной терапии (без хирургической верификации диагноза) при отсутствии кистозных форм эндометриоза и других опухолей и опухолевидных образований гениталий [10], [22], [39].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Рекомендована монотерапия прогестагенами (по АТХ - Прогестагены) у пациенток с эндометриозом в качестве терапии первой линии [40], [41], [42], [43], [44], [45], [46], [47].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

**Комментарии:** Возможно проведение терапии прогестагенами в непрерывном режиме для обеспечения атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента; возможно применение прогестагенов в циклическом режиме у пациенток с эндометриозом, планирующих беременность [48].

Рекомендовано применение комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) – по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания )) у пациенток с эндометриозом для контрацепции, в качестве эмпирической терапии, профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения [22], [49], [50], [51].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Рекомендовано назначение агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ – по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) пациентам с распространенными и



инфильтративными формами эндометриоза при установленном диагнозе или после хирургического лечения [43], [52], [53].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарии:** Применение аГн-РГ более 6 месяцев требует назначения «add-back» терапии (возвратной терапии).

Рекомендовано использовать левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС-ЛНГ) – по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) у пациенток, не планирующих беременность, с эндометриозом и аномальными маточными кровотечениями [54], [55], [56], [57].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарии:** Длительность использования ВМС-ЛНГ (по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) составляет 5 лет, после чего можно продолжить лечение, введя новую систему. Побочные эффекты схожи с таковыми при непрерывном режиме использования других прогестагенов.

Рекомендовано ограниченное назначение даназола у пациенток с эндометриозом в связи с высокой частотой побочных эффектов (гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипоэстрогенный эффект) [58].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарии:** Применяется крайне редко в связи с выраженными побочными эффектами. Курс лечения даназолом обычно составляет 6 месяцев, после первых 2 месяцев, как правило, развивается аменорея. Менструальный цикл восстанавливается примерно через 4 недели после прекращения лечения. Клиническая эффективность даназола зависит от дозы препарата: при I–II стадии заболевания достаточна доза 400 мг/сут, при III–IV стадии возможно повышение дозы до 600–800 мг/сут.

### **3. 2 Хирургическое лечение**

Рекомендовано хирургическое лечение преимущественно с использованием лапароскопического доступа у пациенток с генитальным эндометриозом (при наличии условий и отсутствии противопоказаний) с целью определения степени распространения заболевания и удаления очагов [22], [43], [59].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарии:** Хирургический и медикаментозные методы лечения не должны противопоставляться. Преимущества и недостатки каждого метода должны быть тщательно взвешены до начала лечения с учетом индивидуальных особенностей случая. Это позволит

свести до минимума отрицательные результаты и, напротив, максимально достичь положительных [60].

При поражении смежных органов в хирургическую бригаду необходимо включать профильных специалистов (врач-уролог, врач-хирург и др.) или при наличии соответствующей сертификации у врача-акушера-гинеколога. Оперативное лечение у пациенток с III-IV ст. эндометриоза с вовлечением смежных органов, наличием обширного спаечного процесса оперативное лечение следует проводить в стационарах 3 группы (стационары, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам, разрабатывающие новые методы диагностики и лечения гинекологической патологии).

Рекомендована энуклеация стенки эндометриоидной кисты после ее опорожнения и промывания полости с использованием лапароскопического доступа (при возможности) для полного удаления патологического процесса, для морфологической верификации диагноза и уменьшения частоты рецидивирования [61], [62].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарии:** Энуклеация капсулы кисты позволяет минимизировать риск рецидива эндометриоза, способствует сохранению овариального резерва и, соответственно, увеличению вероятности наступления спонтанной беременности у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием [63]. Эвакуация эндометриоидной ткани в контейнере снижает риск распространения и рецидивирования заболевания [63].

Рекомендовано оперативное лечение узловой формы аденомиоза у пациенток с аномальными маточными кровотечениями (АМК) [10].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарии:** Частота наступления беременности у пациенток с аденомиозом 3–4-й стадии не превышает 10–15%, так как ни один из видов лечения не позволяет создать благоприятных условий для имплантации эмбрионов. Единственным эффективным методом лечения аденомиоза является тотальная гистерэктомия. При наличии бесплодия у пациенток с узловой формой аденомиоза, сопровождающегося АМК – возможно выполнение реконструктивно-пластической операции с максимальным удалением пораженной ткани, для уменьшения маточных кровотечений и повышения возможности реализации репродуктивной функции.

### **3.3 Иное лечение**

Не рекомендованы специальная диетотерапия, прием пищевых добавок, витаминов и

минеральных добавок в качестве метода лечения заболевания пациенткам с эндометриозом [10], [22].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Рекомендованы занятия йогой для уменьшения хронической тазовой боли и улучшения качества жизни у женщин с эндометриозом [64].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

Рекомендована акупунктура у пациенток с эндометриозом при болях [64].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).\_\_**

#### **4. Реабилитация**

Рекомендовано направлять пациенток при наличии жалоб на изменения психоэмоционального фона на консультацию к соответствующим специалистам (медицинский психолог) для оценки психоэмоционального состояния у женщин с эндометриозом для повышения качества жизни, а при наличии сексуальных нарушений – на консультацию к врачу-сексопатологу, медицинскому психологу [65].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).**

Комментарии: Для реабилитации при наличии соответствующих жалоб возможно применение психотерапии, техники релаксации, арт-терапии, упражнений на мышцы тазового дна (имбилдинга), гимнастики в воде, бальнеотерапии, медицинского массажа, электротерапии, поведенческой терапии, социального и сексуального консультирования, акупунктуры [35].

Рекомендуется консультация врача – физиотерапевта для определения тактики восстановительного лечения пациенток с эндометриозом после оперативного лечения [66], [67], [68], [69], [70].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Не рекомендовано использовать физические факторы у пациенток при всех формах эндометриоза, требующих оперативного лечения; при III-IV стадии распространения эндометриоза; при глубоких психоэмоциональных нарушениях; невротизации пациентки на фоне основного заболевания [69].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

#### **5. Профилактика**

При установлении диагноза необходимо определение групп здоровья и диспансерного учета согласно Приказу 572 н[1].

Рекомендуется динамическое амбулаторное наблюдение пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом с вовлечением в процесс кишечника, мочевого пузыря, мочеточников совместно со смежными специалистами по профилю, а также с наличием одной или более эндометриом диаметром более 3 см, при отказе от операции и наличии противопоказаний к оперативному лечению [22].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

## **Организация оказания медицинской помощи**

Рекомендовано перед проведением оперативного вмешательства по поводу эндометриоза получить информированное согласие пациентки на планируемый объем операции, возможность ее неэффективности в лечении болевого синдрома, рецидивирования, восстановления репродуктивной функции (что особенно важно при распространенных и инфильтративных формах эндометриоза) [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Перед лапароскопией с пациенткой должны быть обсуждены следующие вопросы [22]:

Что в себя включает лапароскопия;

Как операция повлияет на симптомы эндометриоза;

Преимущества и риски;

Возможный эффект на овариальный резерв и фертильность;

Возможность последующих операций (при вовлечении кишечника и мочевого пузыря).

Возможность медикаментозного лечения после операции.

### **Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:**

- 1) Хроническая тазовая боль;
- 2) Бесплодие;
- 3) Опухоли и опухолевидные образования малого таза (эндометриоидные кисты);
- 4) АМК.

### **2. Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:**

- 1) АМК;
- 2) разрыв эндометриоидной кисты или перекрут ножки кисты;
- 3) болевой синдром при наличии объемных образований в малом тазу;
- 4) симптомы острого живота.

Учитывая необходимость оказания высокоспециализированной медицинской помощи пациенткам с распространенным и инфильтративным эндометриозом, рекомендована госпитализация в медицинскую организацию 3 группы.

При вовлечении в процесс смежных органов необходима консультация соответствующих специалистов.

[1] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями)

## **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**

### **6.1 Эндометриоз и бесплодие**

Эндометриозом страдают 25-50% инфертильных женщин, а 30-50% женщин с эндометриозом имеют бесплодие [35]. Эндометриоз выявляется у 58% женщин, подвергшихся лапароскопии, как конечному этапу обследования по поводу бесплодия [71].

Доля эндометриоз-ассоциированного бесплодия, по-видимому, имеет расовые и географические особенности [63].

Пациенткам с эндометриоз-ассоциированным бесплодием не рекомендовано назначать гормональное лечение перед операцией, для улучшения спонтанного показателя наступления беременности, поскольку доказательства положительного эффекта гормональной терапии на фертильность отсутствуют [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано при оперативном лечении (лапароскопическим или лапаротомным доступами) проведение энуклеации капсулы эндометриоидных кист, что улучшает частоту спонтанной беременности, уменьшение частоты рецидивирования по сравнению с дренированием / коагуляцией эндометриомы ( $\geq 3-4$  см) [10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Удаление небольших эндометриом перед ЭКО не рекомендуется, особенно в случае повторных операций при подтвержденном диагнозе эндометриоза. Тем не менее, операция остается обязательной при наличии подозрительных результатов УЗИ и у женщин с синдромом тазовых болей. Как выжидательная, так и хирургическая тактика при эндометриоме яичнике у женщин, планирующих ВРТ, имеют потенциальные преимущества и риски, которые должны быть тщательно оценены перед принятием решения. Требуется

оценка овариального резерва (контроль АМГ и подсчет антральных фолликулов) перед планированием оперативного лечения у пациенток с эндометриозом яичников [10], [72].  
Рекомендовано перед подготовкой пациентки с эндометриозом к ЭКО назначение аГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) с заместительной «add-back»-терапией от 3-х до 6 месяцев до ЭКО, что коррелирует с увеличением частоты наступления беременности [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано хирургическое лечение пациенток с бесплодием и эндометриозом при любой степени распространения процесса, что улучшает репродуктивный прогноз [73].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендуется оперативное лечение лапароскопическим доступом при малых или умеренных формах эндометриоза, что улучшает показатели наступления беременности [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано у пациенток с бесплодием при эндометриозе I/II стадии (AFS/ASRM) провести хирургическое удаление эндометриоза в полном объеме для повышения частоты живорождения [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Оперативная лапароскопия у пациенток с эндометриозом, страдающих бесплодием, позволяет расширить поиск причин бесплодия, выявить сопутствующие нарушения или заболевания (воспаление, спаечный процесс, нарушения проходимости маточных труб) и провести их коррекцию.

Рекомендовано пациенткам с бесплодием при эндометриозе I/II стадии по AFS/ASRM выполнить оперативную лапароскопию (иссечение или абляция очагов эндометриоза), включая адгезиолизис, а не только диагностическую лапароскопию, для улучшения фертильности [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано у пациенток с бесплодием при эндометриозе I/II стадии по AFS/ASRM, наряду с механическим иссечением и коагуляцией, применять CO<sub>2</sub>-лазерную vaporization очагов эндометриоза, т.к. она ассоциирована с более высокой частотой спонтанных беременностей [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Не рекомендовано пациенткам с эндометриоз-ассоциированным бесплодием назначать

гормональное лечение после операции в случае радикального удаления очагов для улучшения спонтанных показателей беременности [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано использование методов ВРТ для достижения беременности после хирургического лечения женщинам с эндометриозом 3-4 стадии и нарушением проходимости маточных труб независимо от возраста пациентки и фертильности мужа, при неэффективности хирургического лечения и консервативного лечения в течение 6-12 месяцев [74].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Рекомендовано применение длинного протокола стимуляции функции яичников с аГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) при использовании методов ВРТ у пациенток с эндометриозом при наличии бесплодия [75].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Различия в эффективности протоколов стимуляции функции яичников с аГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) и антагонистов ГнРГ ((антГнРГ) по АТХ – Антигонадотропины) в программах ВРТ при эндометриозе не доказаны [75].

Ультрадлинный протокол с аГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) при инфилтративном, распространенном эндометриозе может обладать преимуществом.

Не рекомендуется дополнительная гормонотерапия перед применением ВРТ пациенткам с аденомиозом I-II стадии распространения [10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано назначение аГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) в течение 3-4 месяцев при аденомиозе 3-4 стадии распространения для увеличения частоты наступления беременности при использовании методов ВРТ [76].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

## **6.2 Эндометриоз у подростков (до 18 лет)**

Симптомы заболевания достаточно часто начинаются в очень молодом возрасте. Около двух третей взрослых женщин с эндометриозом сообщают о симптомах, возникающих до 20 лет [77], [78]. Все большее количество исследований свидетельствует о том, что тяжелые формы эндометриоза и глубокий инфилтративный эндометриоз достаточно распространены среди подростков. Почти 50% подростков, у которых эндометриоз диагностируется во время лапароскопии, имеют тяжелую форму заболевания [79], [80].

Наиболее распространенной локализацией эндометриоза у подростков являются яичники,

Дугласово пространство, задние листки широких связок, крестцово-маточные связки [81].

Промежуток времени от начала менархе до формирования эндометриоза, требующего хирургического вмешательства, составляет минимально 4 года [82].

Подростки с диагнозом эндометриоз, в основном, предъявляют жалобы на наличие таких симптомов, как боли (в том числе хроническая тазовая боль), дисменореей и диспареунию [83].

Особую значимость приобретает хирургическая (лапароскопическая) диагностика эндометриоза у подростков. Наиболее характерны боли внизу живота, в поясничной области, носящие циклический или постоянный характер [79]. Важен для диагностики и учет семейного анамнеза эндометриоза и наличие множественных жалоб и сопутствующих заболеваний (гастрит, энтерит, холецистит и др.).

### **Цели лечения эндометриоза у подростков [73]:**

лечение симптомов,

профилактика дальнейшего прогрессирования заболевания,

сохранение репродуктивной функции.

Рекомендовано использовать методы консервативного лечения и при показаниях – хирургического лечения эндометриоза у подростков для облегчения симптомов, остановки прогрессирования заболевания и сохранения будущей фертильности [49], [84], [85], [86], [87], [88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано использовать НПВС для лечения болевого синдрома у подростков в качестве терапии первой линии, при их неэффективности альтернативой могут быть КОК (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)) [89].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Назначение агонистов ГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) не рекомендовано до 18 лет [87].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** При назначении этой группы препаратов необходимо применение «addback» терапии, контроль уровня кальция и метаболитов витамина Д в сыворотке крови, а также плотности костной ткани в связи с возможностью потери костной ткани у подростков при назначении агонистов ГнРГ.

Рекомендовано совместное ведение с врачом - педиатром пациенток с подозрением или выявленным эндометриозом в возрасте до 18 лет [10], [49].



Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано хирургическое лечение у подростков при выраженном болевом синдроме, который не купируется медикаментозной терапией, при наличии объемных образований в малом тазу [87].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Острые боли при эндометриозе могут быть причиной экстренной госпитализации в хирургические стационары и ошибочно выполненной операции по поводу предполагаемого острого аппендицита, кишечной непроходимости или внутрибрюшного кровотечения.

### **6.3 Эндометриоз в постменопаузе**

Частота выявления эндометриоза у женщин в постменопаузе составляет 2–5%. Важнейшими вопросами, которые встают перед врачом при ведении пациенток в постменопаузе являются: риск малигнизации [90] (особенно при инфильтративных формах и наличии эндометриом) и возможность проведения МГТ при наличии показаний [91], [92], [93]. У женщин в постменопаузе чаще диагностируются поражения кишечника и эндометриоидные кисты яичников (чаще как рецидив эндометриоза или ранее не диагностированное заболевание). Согласно данным R.Koninckx и соавторов эндометриоз в менопаузе может развиваться и самостоятельно (de novo) [94].

Рекомендовано хирургическое лечение пациенток с эндометриозом любой локализации, особенно при наличии объемных образований гениталий при возможности лапароскопическим доступом у пациенток в постменопаузе как с целью ликвидации самого объемного образования, так и для исключения онкологических заболеваний [95], [96].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарии:** Описаны многочисленные случаи рецидива заболевания в постменопаузе как в случае использования менопаузальной гормональной терапии (МГТ), так и без нее, а также примеры диагностированного впервые эндометриоза [94]. При выявлении эндометриоидных кист яичника и экстрагенитальных форм заболевания следует проявлять онкологическую настороженность. Следует помнить, что при персистенции эндометриоза в постменопаузе повышается риск малигнизации, что требует безотлагательного оперативного лечения.

Рекомендовано применять непрерывный комбинированный режим МГТ независимо от того, была ли произведена гистерэктомия или нет, у пациенток с эндометриозом,

имеющих показания к данному лечению [91], [92], [93].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Данная терапия снижает риск рецидива заболевания и малигнизации оставшихся очагов эндометриоза.

#### 6.4 Эндометриоз и рак

Рекомендовано оперативное удаление всех образований в области придатков матки, выявленных во время гинекологического осмотра и/или при использовании методов визуализации, что увеличивает возможности ранней диагностики злокачественного процесса [97], [98], [99].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: Несмотря на низкую распространенность рака яичников в популяции, как и незначительную частоту его выявления при эндометриозе (менее 1%), взаимосвязь эндометриоза и рака яичников имеет высокое клиническое значение, особенно при светлоклеточном и эндометриоидном раке. При проведении хирургического лечения эндометриоза должно быть проведено патологоанатомическое исследование биоптата эндометриоидной ткани с целью уточнения диагноза и исключения сопутствующего злокачественного процесса.

**VI.** Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: *Порядок информирования не требуется.*

#### **VII. Показания для госпитализации:**

- Для уточнения диагноза и проведения инвазивных диагностических методов (гистероскопия, лапароскопия);
- Проведения хирургического лечения (эндометриоз яичников, эндометриоз послеоперационных рубцов, ретроцервикальный эндометриоз, при непереносимости или отсутствии эффекта от гормональных препаратов, сочетание эндометриоза с другими гинекологическими заболеваниями);
- Отсутствие клинического эффекта от консервативной терапии болевого синдрома в течение 6 месяцев;
- Бесплодие.

#### **Экстренная госпитализация**

- Аденомиоз при наличии метроменоррагии для гистероскопии или хирургического лечения.
- Выраженный болевой синдром, не купирующийся лекарственными препаратами.
- Разрыв эндометриоидной кисты.

#### **VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:**

N	Критерии качества	Оценка выполнения Да\нет
1	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	
2	Назначена медикаментозная терапия боли при ее наличии	
3	Назначено лечение АМК при его наличии	

4	Выполнено хирургическое лечение при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного лечения или при наличии показаний к операции	
5	Выполнена лапароскопия у пациенток с эндометриозассоциированным бесплодием при отсутствии эффекта от ранее проведенного лечения или бесплодии неясного генеза	

#### IX. Регламентирующие документы:

Диагностика, лечение	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями);		Клинические рекомендации «Эндометриоз», 2020 г. РОАГ.

#### X. Информация для пациента (кратко о заболевании):

Эндометриоз – это заболевание, когда ткань, сходная по строению с внутренней оболочкой матки (эндометрием), встречается в других местах, обычно в области таза, вокруг матки, в яичниках.

Эндометриоз иногда бывает трудно диагностировать. Для диагностики этого заболевания, как правило, применяется УЗИ органов малого таза, а при необходимости - МРТ и КТ.

Наиболее точным методом диагностики является лапароскопия.

Эндометриоз - это хроническое заболевание, которое может влиять на Ваше физическое, сексуальное, психологическое и социальное благополучие. Наиболее частые симптомы эндометриоза: тазовая боль, болезненные, иногда нерегулярные или обильные менструации. Возможна боль во время или после полового контакта и нарушение детородной функции.

Варианты лечения включают обезболивающие нестероидные противовоспалительные препараты, гормоны и / или хирургическое вмешательство.

Хирургическое вмешательство наиболее чаще проводится лапароскопическим доступом.

Однако при тяжелых формах заболевания возможно проведение операции лапаротомным доступом.

Для восстановления детородной функции медикаментозное лечение не является

эффективным, необходимо проведение хирургического лечения.

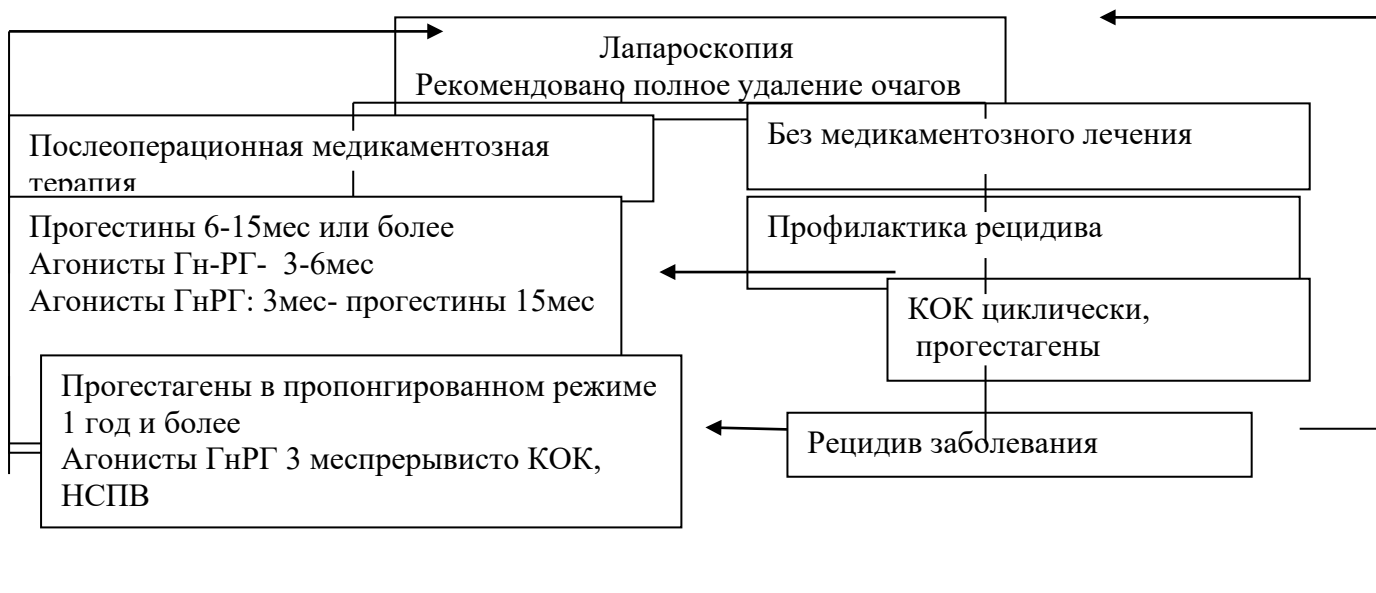
Дополнительными методами лечения эндометриоза являются упражнения, которые могут улучшить ваше самочувствие и уменьшить некоторые симптомы эндометриоза; исключение из рациона определенных продуктов, таких как молочные или пшеничные продукты; психотерапия и консультирование.

Несмотря на ограниченное количество доказательств эффективности, некоторым женщинам могут уменьшить боль и улучшить качество жизни следующие интервенции: рефлексология, чрескожная электрическая нервная стимуляция (ЧЭНС), иглоукалывание, витамин В1 и препараты магния, традиционная китайская медицина, фитотерапия и гомеопатия.

## XI. Алгоритмы действий врача (схема):

### Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Тактика врача после оперативного лечения эндометриоза [120]



### Алгоритм действий врача при подозрении на эндометриоз [8]

