

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
Зав.кафедрой: д.м.н., проф. В.Б.Цхай

Благал.
[подпись]

Реферат:
«Эндометриоз и бесплодие»

Выполнил: клинический ординатор кафедры
перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета Кочинян Гоар
Гамлетовна

Проверил: асс. Коновалов Вячеслав
Николаевич

Красноярск
2020

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Рецензия асс.кафедры Коновалова Вячеслава Николаевича на реферат ординатора второго года обучения по специальности «Акушерство и Гинекология» Кочинян Гоар Гамлетовны по теме : «Эндометриоз»

Основные оценочные критерии рецензии:

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Наличие орфографических ошибок	+
3	Соответствие текста реферата теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Использование известных научных источников	+
9	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка : положительная / отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата: 27.12.20

Подпись рецензента:



Подпись ординатора:



Оглавление

Термины и определения

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)
 - 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
 - 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
 - 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
 - 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
 - 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
 - 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
 - 2.1 Жалобы и анамнез
 - 2.2 Физикальное обследование
 - 2.3 Лабораторные диагностические исследования
 - 2.4 Инструментальные диагностические исследования
 - 2.5 Иные диагностические исследования
 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
 - 3.1 Медикаментозное лечение
 - 3.2 Хирургическое лечение
 - 3.3 Иное лечение
 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации
 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
 6. Организация оказания медицинской помощи
 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
 - 7.1 Эндометриоз и бесплодие
 - 7.2 Эндометриоз у подростков (до 18 лет)
 - 7.3 Эндометриоз в постменопаузе
 - 7.4 Эндометриоз и рак
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы

Термины и определения

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

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

Эндометриоз традиционно подразделяют на:

- 1) генитальный
 - внутренний, аденомиоз (эндометриоз тела матки)
 - наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления и др.).
- 2) экстрагенитальный

Эндометриоз является многофакторным заболеванием, но этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна.

Теории патогенеза эндометриоза:

- 1) имплантационная (теория ретроградной менструации J. A. Sampson, 1921),
- 2) метапластическая,
- 3) эмбриональная,
- 4) дисгормональная
- 5) теория нарушения иммунного баланса и др.

Наряду с гиперэстрогенией, резистентностью к прогестерону, воспалительными изменениями, индукцией неоангиогенеза, лежащих в основе инфильтративного роста с распространением заболевания, в последнее десятилетие обсуждается роль в развитии эндометриоза стволовых клеток, 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.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Эндометриозом во всем мире страдает примерно 10% женщин, в основном, репродуктивного возраста. Учитывая многоликость клинических симптомов, снижающих качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин репродуктивного возраста, эндометриоз остается одной из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода.

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:

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

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

Эндометриоз. Классификации.

Наружного	Инфильтративного (ретроцервикального)	Аденомиоза																														
 <p style="text-align: center; font-size: small;">AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE REVISITED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS</p> <p style="font-size: x-small;">Name: _____ Date: _____ Age: _____ Height: _____ Weight: _____ Race: _____ Ethnicity: _____ Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Endometriosis</th> <th>Stage</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Superficial</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Deep</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Adenomyosis</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small;"> 1) In the absence of the information to compare, we should change the score assignment to 0 for absence of endometriosis (stage 0) or 1 for 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100. </p> <p style="text-align: center;">rASRM, 1996</p> <p>Частое несоответствие стадии распространения, определенной путем подсчета баллов, истинной тяжести заболевания</p>	Endometriosis	Stage	1	2	3	4	Superficial	1	1	2	3	4	Deep	1	2	3	4	5	Adenomyosis	1	2	3	4	5	Other	1	2	3	4	5	 <p>Стадия I Стадия II</p>  <p>Стадия III Стадия IV</p> <p>Адамян Л. В. с соавт. 1993</p> <p>Закономерности развития от более легких к более тяжелым стадиям нет!</p>	 <p>Стадия I Стадия II Стадия III</p>  <p>Стадия IV</p> <p>Классификация внутреннего эндометриоза (аденомиоза) в зависимости от распространения процесса</p>  <p>Узловой аденомиоз Очаговый аденомиоз Диффузный аденомиоз</p> <p>Виды аденомиоза. Аденомиоз может быть диффузным, очаговым, кистозным или узловым.</p> <p>Адамян Л. В. с соавт. 1993</p>
Endometriosis	Stage	1	2	3	4																											
Superficial	1	1	2	3	4																											
Deep	1	2	3	4	5																											
Adenomyosis	1	2	3	4	5																											
Other	1	2	3	4	5																											

9) **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.

Аденомиоз может быть:

- диффузным,
- очаговым
- узловым и кистозным.

Характерное отличие от миомы матки – отсутствие капсулы и четких границ.

1.5.3 Классификация эндометриоидных кист яичников:

- стадия I** – мелкие точечные эндометриоидные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей;
- стадия II** – эндометриоидная киста 1 яичника размером не более 5–6 см с мелкими эндометриоидными включениями на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника;
- стадия III** – эндометриоидные кисты обоих яичников (диаметр кисты одного яичника более 5–6 см и небольшая эндометриома другого). Небольшие эндометриоидные гетеротопии на

париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника;

стадия IV – двусторонние эндометриодные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы – мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс.

1.5.4 Классификация эндометриоза ретроцервикальной локализации:

стадия I – эндометриодные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки;

стадия II – прорастание эндометриодной 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).

Классификация, основанная на подсчете общей площади поражения в баллах:

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

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

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

стадия IV- тяжелый эндометриоз (более 40 баллов).

Однако данная классификация не предусматривает наличия и распространения инфильтративных форм.

Классификация 8/8

I стадия — 1-5

II стадия — 6-15

III стадия — 16-40

IV стадия — >40

Revised American Society of
Reproductive Medicine
classification, rASRM 1996

Эндометриоз			Размер очага		
			<1 см	1-3 см	>3 см
Брюшина	Поверхностный		1	2	4
	Глубокий		2	4	6
Яичники	Правый	Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	4	16	20
	Левый	Поверхностный	1	2	4
		Глубокий	4	16	20
Облитерация позадматочного пространства			Частичная 4		Полная 40
Спайки			<1/3 запаяно	1/3-2/3 запаяно	>2/3 запаяно
Яичники	Правый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16
	Левый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16
Трубы	Правый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16
	Левый	Нежные	1	2	4
		Плотные	4	8	16

1.6

Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

- 1) тазовая боль (дисменорея, диспареуния, дисхезия и хроническая тазовая боль (ХТБ))
- 2) бесплодие
- 3) нарушения менструального цикла
- 4) аномальные маточные кровотечения
- 5) наличие опухолевидных образований (эндометриодные кисты) в малом тазу.

Эндометриоз следует заподозрить при наличии следующих симптомов, включая молодых женщин до 17 лет:

- Хроническая тазовая боль;
- 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:

-Обильные менструальные кровотечения, посткоитальные кровотечения;

-Дисменорея и/или диспареуния, симптомы которой не исчезают или слабо купируются при приеме КОК и НПВС, которые могут 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 ≥ 2 дней;

-Наличие аллергии на цветение трав, аллергического ринита и повышенной чувствительности к пищевым продуктам - относительный риск выше по сравнению с женщинами без эндометриоза;

-Депрессия, тревога, синдром хронической усталости - эндометриоз встречался значимо чаще;

-Наличие мигрени - частота мигрени среди больных эндометриозом в перименструальный период – 30,1- 47,2%, в то время как среди здоровых женщин – 15%;

-Частые, императивные мочеиспускания с болью или без нее - пациентки с эндометриозом значительно чаще страдают интерстициальным циститом.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

См. раздел «Клиническая картина».

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).

Могут быть выявлены следующие изменения:

-латеральное смещение шейки матки;

-фиксированная и резко смещенная матка;

-объемные образования придатков;

-наличие узлов в маточно – крестцовой области, утолщение, напряжение и/или образования в крестцово-маточной связке;

-укорочение и напряжение сводов влагалища;

-выраженный стеноз шейки матки;

-наличие мелкобугристого образования в ректовагинальной области;

-болезненность и ограничение подвижности слизистой кишечника (при ректовагинальном исследовании).

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Специфическая лабораторная диагностика эндометриоза не разработана.

Не рекомендовано исследование уровня антигена аденогенных раков СА-125 в крови для диагностики эндометриоза.

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

2.4 Инструментальные диагностические исследования

1) Рекомендовано назначение УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком (при наличии) у всех пациенток с подозрением на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания 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 УЗИ. 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.

2) Не рекомендовано использование МРТ малого таза для рутинной диагностики эндометриоза.

Показания:

1) чтобы оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеоточника.

2) при сочетанных заболеваниях – аденомиоз (узловая или кистозная форма) у пациенток репродуктивного возраста для выбора доступа и объема реконструктивно-пластической операции.

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

3) Рекомендовано проведение диагностической лапароскопии при наличии симптомов заболевания и в случаях отсутствия патологии по данным осмотра, УЗИ или МРТ.

Лапароскопия является «золотым стандартом» диагностики эндометриоза. Показания:

-для верификации диагноза эндометриоза,

-определения степени распространения, клинических форм,

-выявления инфильтративного эндометриоза, эндометриом, сочетанных заболеваний.

-у пациенток с эндометриозассоциированным бесплодием с **оценкой снижения репродуктивной функции (LF)** при завершении операции и оценкой **индекса фертильности эндометриоза с учетом данных анамнеза и хирургического вмешательства (EFI)**

Условие: когда для пациентки приоритетным является наступление беременности; наличие болевого синдрома и отсутствие эффекта от консервативного лечения.

Определение индекса фертильности при эндометриозе

Определение минимальной сохраненной функции по заключению хирурга

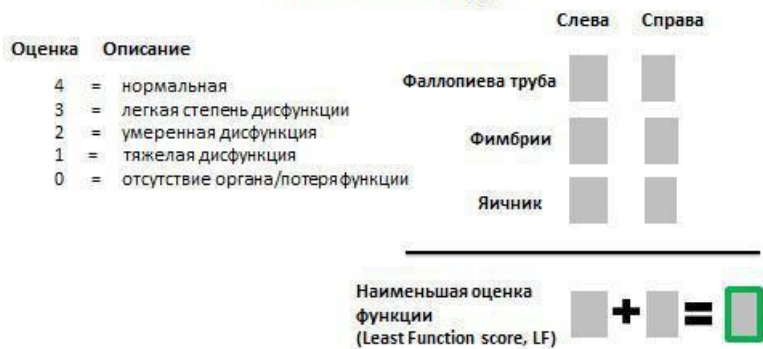


Рисунок 1. Расчет индекса фертильности эндометриоза. Важно отметить, что для расчета наименьшей функции (LF-score) необходимо выбрать наименьший балл в каждой из колонок (слева и справа) и сложить их. В случае отсутствия одного из яичников, для расчета LF-score нужно удвоить выбранный наименьший балл из другой колонки.

Расчет индекса фертильности при эндометриозе

Анамнестические данные			Данные хирургического вмешательства		
Фактор	Определение	Баллы	Фактор	Определение	Баллы
Возраст	≤ 35 лет	2	LF-оценка <input type="checkbox"/>	От 7 до 8	3
	От 36 до 39 лет	1		От 4 до 6	2
	≥ 40 лет	0		От 1 до 3	0
Длительность периода бесплодия	≤ 3 лет	2	AFS-классификация Оценка эндометриоза	Менее 16	1
	Более 3 лет	0		≥ 16	0
Предыдущие беременности	Наличие	1	AFS-классификация Полная оценка	Менее 71	1
	Отсутствие	0		≥ 71	0
Итог анамнестических данных: <input type="checkbox"/>			Итог операционных данных: <input type="checkbox"/>		

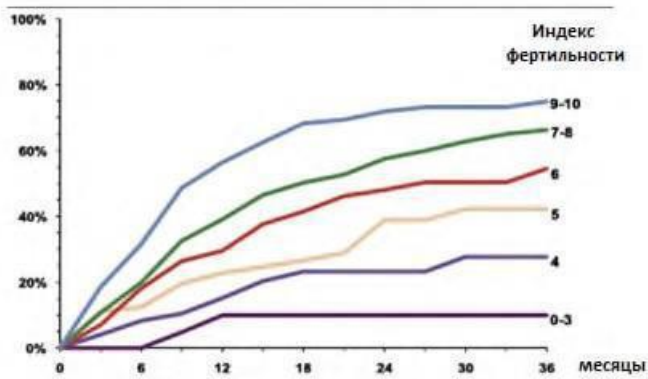
Индекс фертильности = +

Пояснение: Расчет этого показателя включает в себя данные хирургического заключения после лапароскопии, данные анамнеза и другие параметры оценки по AFS-классификации. Необходимым условием для расчета индекса фертильности является лапароскопически подтвержденный эндометриоз с заключением хирурга, включающее оценку функции главных анатомических структур, участвующих в репродукции.

Ключ (интерпретация): Индекс фертильности варьирует от 0 до 10 (10 – лучший прогноз). Существует рекомендуемая номограмма, связанная с оценкой индекса фертильности, помогающая сориентироваться в прогнозе и частоте наступления беременности в случае наличия эндометриоза.

Рисунок 2. Клиническая оценка индекса фертильности (по Adamson and Pasta, Fertil Steril 2010;94(5):1609-15)

Частота наступления беременности при определенном индексе фертильности



- 4) Рекомендовано проведение гистероскопии у пациенток с эндометриозом с целью исключения внутриматочной патологии при АМК, эндометриоз-ассоциированном бесплодии при отсутствии эффекта от проводимого лечения.

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.

- 5) Рекомендовано для подтверждения эндометриоза проведение патологоанатомического исследования операционного материала.

Положительной морфологический результат подтверждает диагноз эндометриоза, отрицательный - не исключает его наличие.

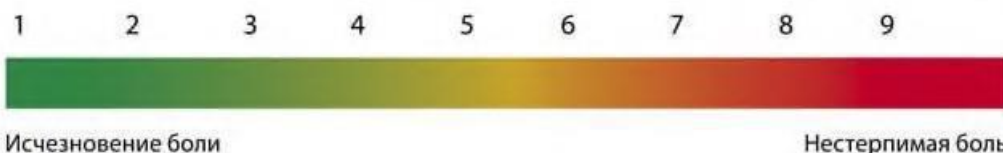
Во всех случаях эндометриоза яичников и глубокого инфильтративного эндометриоза необходима биопсия для уточнения малигнизации.

- б) 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.

2.5 Иные диагностические исследования

Рекомендовано использование визуальной аналоговой шкалы, 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.

ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА



3. Лечение

Хирургический и медикаментозные методы лечения не должны противопоставляться.

3.1 Медикаментозное лечение

- 1) Рекомендовано использование НПВС у пациенток с эндометриозом для купирования болевого синдрома. 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.

2) Рекомендовано использование нейромодуляторов 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.

3) Рекомендована монотерапия прогестагенами у пациенток с эндометриозом в качестве терапии первой линии в непрерывном режиме для обеспечения атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента; возможно применение прогестагенов в циклическом режиме у пациенток с эндометриозом, планирующих беременность.

4) Рекомендовано применение КОК у пациенток с эндометриозом для контрацепции, в качестве эмпирической терапии, профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения.

5) Рекомендовано назначение агонистов гонадотропин-рилизинг гормона пациентам с распространенными и инфильтративными формами эндометриоза при установленном диагнозе или после хирургического лечения.

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

б) Рекомендовано использовать ВМС-ЛНГ у пациенток, не планирующих беременность, с эндометриозом и АМК.

Комментарии: Длительность использования ВМС-ЛНГ составляет 5 лет, после чего можно продолжить лечение, введя новую систему. Побочные эффекты схожи с таковыми при непрерывном режиме использования других прогестагенов.

7) Рекомендовано ограниченное назначение даназола у пациенток с эндометриозом в связи с высокой частотой побочных эффектов (гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипострогенный эффект).

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 - 400 мг/сут, при III–IV стадии - 600–800 мг/сут.

3.2 Хирургическое лечение

1) 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.

2) При поражении смежных органов в хирургическую бригаду необходимо включать профильных специалистов (врач-уролог, врач-хирург) 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 ВМП женщинам).

3) 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, уменьшения частоты рецидивирования, сохранения овариального резерва и, соответственно, увеличению вероятности наступления спонтанной беременности у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием. Эвакуация эндометриоидной ткани в контейнере снижает риск распространения и рецидивирования заболевания.

4) Рекомендовано оперативное лечение узловой формы аденомиоза у пациенток с 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

- 1) Не рекомендованы специальная диетотерапия, прием пищевых добавок, витаминов и минеральных добавок в качестве метода лечения заболевания пациенткам с эндометриозом.
- 2) Рекомендованы занятия йогой для уменьшения хронической тазовой боли и улучшения качества жизни у женщин с эндометриозом.
- 3) Рекомендована акупунктура у пациенток с эндометриозом при болях.

Несмотря на ограниченное количество доказательств эффективности, некоторым женщинам могут уменьшить боль и улучшить качество жизни следующие интервенции: исключение из рациона определенных продуктов, таких как молочные или пшеничные продукты; рефлексология, чрескожная электрическая нервная стимуляция (ЧЭНС), иглоукалывание, витамин В1 и препараты магния, традиционная китайская медицина, фитотерапия и гомеопатия.

4. Медицинская реабилитация

- 1) 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.

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.

- 2) Рекомендуются консультация врача – физиотерапевта для определения тактики восстановительного лечения пациенток с эндометриозом после оперативного лечения.
- 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.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

При установлении диагноза необходимо определение групп здоровья и диспансерного учета. Рекомендуются 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 1 или более эндометриом диаметром более 3 см, при отказе от операции и наличии противопоказаний к оперативному лечению.

6. 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).

Комментарии: Перед лапароскопией с пациенткой должны быть обсуждены следующие вопросы:

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.

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.

7. Дополнительная информация

7.1 Эндометриоз и бесплодие

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

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.

Не рекомендовано пациенткам с эндометриоз-ассоциированным бесплодием назначать гормональное лечение после операции в случае радикального удаления очагов для улучшения спонтанных показателей беременности.

- 1) 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.

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. Требуется оценка овариального резерва (контроль АМГ и подсчет антральных фолликулов) перед планированием оперативного лечения у пациенток с эндометриомами яичников.

- 2) Рекомендовано перед подготовкой пациентки с эндометриозом к ЭКО назначение аГнРГ с заместительной «add-back»-терапией от 3-х до 6 месяцев до ЭКО, что коррелирует с увеличением частоты наступления беременности.
- 3) Рекомендовано хирургическое лечение пациенток с бесплодием и эндометриозом при любой степени распространения процесса, что улучшает репродуктивный прогноз.
- 4) Рекомендуется оперативное лечение лапароскопическим доступом при малых или умеренных формах эндометриоза, что улучшает показатели наступления беременности.
- 5) Рекомендовано у пациенток с бесплодием при эндометриозе I/II стадии (AFS/ASRM) провести хирургическое удаление эндометриоза в полном объеме (иссечение или абляция очагов эндометриоза, включая адгезиолизис, а не только диагностическую лапароскопию) для улучшения фертильности.

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.

- 6) Рекомендовано у пациенток с бесплодием при эндометриозе I/II стадии по AFS/ASRM, наряду с механическим иссечением и коагуляцией, применять CO₂-лазерную вапоризацию очагов эндометриоза, т.к. она ассоциирована с более высокой частотой спонтанных беременностей.
- 7) 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.
- 8) Рекомендовано применение длинного протокола стимуляции функции яичников с аГнРГ при использовании методов ВРТ у пациенток с эндометриозом при наличии бесплодия.

Комментарии: Различия в эффективности протоколов стимуляции функции яичников с аГнРГ и антГнРГ в программах ВРТ при эндометриозе не доказаны.

Ультратонкий протокол с аГнРГ при инфильтративном, распространенном эндометриозе может обладать преимуществом.

- 9) Не рекомендуется дополнительная гормонотерапия перед применением ВРТ пациенткам с аденомиозом I-II стадии распространения.
- 10) Рекомендовано назначение аГнРГ в течение 3-4 месяцев при аденомиозе 3-4 стадии распространения для увеличения частоты наступления беременности при использовании методов ВРТ.

7.2 Эндометриоз у подростков (до 18 лет)

Симптомы заболевания достаточно часто начинаются в очень молодом возрасте. Около 2/3 взрослых женщин с эндометриозом сообщают о симптомах, возникающих до 20 лет. Почти 50% подростков, у которых эндометриоз диагностируется во время лапароскопии, имеют тяжелую форму заболевания.

Наиболее распространенной локализацией эндометриоза у подростков являются яичники, Дугласово пространство, задние листки широких связок, крестцово-маточные связки.

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

Подростки с диагнозом эндометриоз, в основном, предъявляют жалобы на наличие таких симптомов, как боли (в том числе хроническая тазовая боль), боли внизу живота, в поясничной области, носящие циклический или постоянный характер, дисменорею и диспареунию.

Особую значимость приобретает хирургическая (лапароскопическая) диагностика эндометриоза у подростков. 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:

- лечение симптомов,
- профилактика дальнейшего прогрессирования заболевания,
- сохранение репродуктивной функции.

- 1) Рекомендовано использовать методы консервативного лечения и при показаниях – хирургического лечения эндометриоза у подростков для облегчения симптомов, остановки прогрессирования заболевания и сохранения будущей фертильности.
- 2) Рекомендовано использовать НПВС для лечения болевого синдрома у подростков в качестве терапии первой линии, при их неэффективности альтернативой могут быть КОК.
- 3) Назначение агонистов ГнРГ не рекомендовано до 18 лет.

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.

4) Рекомендовано совместное ведение с врачом - педиатром пациенток с подозрением или выявленным эндометриозом в возрасте до 18 лет.

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

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.

7.3 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 (особенно при инфильтративных формах и наличии эндометриом)
-возможность проведения МГТ при наличии показаний.

У женщин в постменопаузе чаще диагностируются поражения кишечника и эндометриоидные кисты яичников (чаще как рецидив эндометриоза или ранее не диагностированное заболевание), но может развиваться и самостоятельно.

- 1) 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.

Описаны многочисленные случаи рецидива заболевания в постменопаузе как в случае использования МГТ, так и без нее, а также примеры диагностированного впервые эндометриоза. При выявлении эндометриоидных кист яичника и экстрагенитальных форм заболевания следует проявлять онкологическую настороженность, так как повышается риск малигнизации, что требует безотлагательного оперативного лечения.

- 2) Рекомендовано применять непрерывный комбинированный режим МГТ независимо от того, была ли произведена гистерэктомия или нет, у пациенток с эндометриозом, имеющих показания к данному лечению.

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

7.4 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.

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.

Критерии оценки качества медицинской помощи

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 эндометриоз-ассоциированным бесплодием при отсутствии эффекта от ранее проведенного лечения или бесплодия неясного генеза

Алгоритм действий врача при подозрении на эндометриоз



Тактика врача

после оперативного лечения эндометриоза



Список литературы

Адамян Л. В. Состояние репродуктивной системы у больных доброкачественными опухолями внутренних гениталий и принципы восстановительного лечения //Москва. – 1985. Москва. ↔ ↔ ↔ ↔ ↔

Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. Эндометриозы. – 2006., Медицина. Москва. ↔ ↔

Кира Е. Ф., Цвелев Ю. В. Эндометриоидная болезнь //Гинекология: руководство для врачей/Под ред. ВН Серова и ЕФ Кира. М.: Литера. – 2008., Литера. Москва. ↔ ↔

Андреева Е. Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медикогенетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных //Дисс.... докт. мед. наук. – 1997. Москва. ←

Овакимян А. С. Клиническая иммуноморфологическая характеристика хронической тазовой боли при различных формах наружного генитального эндометриоза : дис. – М., 2016: 27, 2016. Москва. ←

Ласкевич А. В. и др. Комплексное лечение хронической тазовой боли при наружном генитальном эндометриозе //Problemy Reproduktsii. – 2017. – Т. 23. – №. 6. ←

Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015. ← ← ←

Адамян Л. В. и др. Диагностика эндометриоза // В кн.: «Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии». //Москва: ГЕОТАР-Медиа. – 2012. ←

Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции. ←