

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

Институт последипломного образования  
Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Эндометриоз. Этиология и патогенез. Классификация. Диагностика.  
Лечение.

Выполнила ординатор 2 года обучения  
по специальности акушерство и гинекология

Кудашкина Юлия Святославовна

Проверил Доцент

Шагеев Тимур Анварьевич

Красноярск 2024

## **Аннотация**

Несмотря на значительные успехи в диагностике и терапии, эндометриоз остается основной причиной гинекологической заболеваемости занимая в ее структуре 3-е место после воспалительных заболеваний придатков матки и миомы. На сегодняшний день около 200 млн женщин страдают данной патологией. Заболеваемость не зависит от расовой принадлежности и социально-экономического статуса.

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

По данным статистических исследований средний возраст при установлении диагноза эндометриоза  $27,5 \pm 7,5$  лет, в то время как средний возраст появления симптомов, предположительно обусловленных эндометриозом –  $20,1 \pm 6,8$  лет. Таким образом, данная нозология является значимой для репродуктологии, поскольку страдают в основном женщины раннего репродуктивного периода.

В настоящее время разработаны новые, более точные методы диагностики, современные подходы к ведению пациенток с эндометриозом позволяют оказывать качественную высококвалифицированную помощь больным, тем самым улучшая качество жизни пациенток.

## **Оглавление**

1. Введение
2. Определение. Патогенез
3. Классификация
4. Клиническая картина
5. Диагностика
6. Лечение
7. Показания для плановой и экстренной госпитализации в медицинскую организацию
8. Эндометриоз и бесплодие
9. Эндометриоз у подростков
10. Эндометриоз в постменопаузе
11. Алгоритмы действий
12. Заключение
13. Список литературы

## **Введение**

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

## **Определение. Патогенез**

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

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, 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

## **Классификация**

### **Клинические классификации эндометриоза:**

- по происхождению;
- по глубине поражения;
- по локализациям экстрагенитального эндометриоза;
- по анатомическим проявлениям;
- по локализации и площади поражения, сопутствующему спаечному процессу;
- по морфофункциональным особенностям и этиопатогенезу;
- по анатомическим характеристикам и необходимому объему вмешательства, то есть клиническая классификация эндометриоза;

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

### **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 или узловым и кистозным. Характерное отличие от миомы матки – отсутствие капсулы и четких границ.

### **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 одного 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). Эндометриоидные гетеротопии небольшого размера на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника;
- стадия IV – двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы – мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс

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

- стадия I – эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки;
- стадия II – прорастание эндометриоидной 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 мочевого пузыря).





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 инфильтративных форм



# Эндометриоз. Классификации.

Наружного	Инфильтративного (ретроцервикального)	Аденомиоза																																																																																								
 <p><b>AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE</b> REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS</p> <p>Site: _____ Date: _____ Referring Physician: _____ Referring Institution: _____ Referring Address: _____ Referring Telephone: _____ Referring Fax: _____ Referring E-mail: _____ Referring Hospital: _____ Referring Department: _____ Referring Clinic: _____ Referring Office: _____ Referring Room: _____ Referring Floor: _____ Referring Building: _____ Referring City: _____ Referring State: _____ Referring Zip: _____ Referring Country: _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Endometriosis</th> <th>Class</th> <th>1 Case</th> <th>2 Cases</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>None</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1. Superficial</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Deep</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3. Deep</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>4. Deep</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>5. Deep</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>6. Deep</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>7. Deep</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>8. Deep</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>9. Deep</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>10. Deep</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>11. Deep</td> <td>11</td> <td>11</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>12. Deep</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>13. Deep</td> <td>13</td> <td>13</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>14. Deep</td> <td>14</td> <td>14</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>15. Deep</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>16. Deep</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>17. Deep</td> <td>17</td> <td>17</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>18. Deep</td> <td>18</td> <td>18</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>19. Deep</td> <td>19</td> <td>19</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>20. Deep</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>If the maximum end of the uterine tube is completely obscured change the score appropriate to the extent of obstruction of the uterine tube to 1-10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000.</small></p> <p>Additional Endometriosis: _____ Associated Pathology: _____</p>  <p><b>rASRM, 1996</b></p> <p>Частое несоответствие стадии распространения, определенной путем подсчета баллов, истинной тяжести заболевания</p>	Endometriosis	Class	1 Case	2 Cases	None	0	0	0	1. Superficial	1	1	2	2. Deep	2	2	4	3. Deep	3	3	6	4. Deep	4	4	8	5. Deep	5	5	10	6. Deep	6	6	12	7. Deep	7	7	14	8. Deep	8	8	16	9. Deep	9	9	18	10. Deep	10	10	20	11. Deep	11	11	22	12. Deep	12	12	24	13. Deep	13	13	26	14. Deep	14	14	28	15. Deep	15	15	30	16. Deep	16	16	32	17. Deep	17	17	34	18. Deep	18	18	36	19. Deep	19	19	38	20. Deep	20	20	40	 <p>Стадия I      Стадия II</p> <p>Стадия III      Стадия IV</p> <p><b>Адамян Л. В. с соавт. 1993</b></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><b>Классификация внутреннего эндометриоза (аденомиоза) в зависимости от распространения процесса</b></p> <p>Узловой аденомиоз      Очаговый аденомиоз      Диффузный аденомиоз</p> <p>Виды аденомиоза. Аденомиоз может быть диффузным, очаговым, кистозным или узловым.</p> <p><b>Адамян Л. В. с соавт. 1993</b></p>
Endometriosis	Class	1 Case	2 Cases																																																																																							
None	0	0	0																																																																																							
1. Superficial	1	1	2																																																																																							
2. Deep	2	2	4																																																																																							
3. Deep	3	3	6																																																																																							
4. Deep	4	4	8																																																																																							
5. Deep	5	5	10																																																																																							
6. Deep	6	6	12																																																																																							
7. Deep	7	7	14																																																																																							
8. Deep	8	8	16																																																																																							
9. Deep	9	9	18																																																																																							
10. Deep	10	10	20																																																																																							
11. Deep	11	11	22																																																																																							
12. Deep	12	12	24																																																																																							
13. Deep	13	13	26																																																																																							
14. Deep	14	14	28																																																																																							
15. Deep	15	15	30																																																																																							
16. Deep	16	16	32																																																																																							
17. Deep	17	17	34																																																																																							
18. Deep	18	18	36																																																																																							
19. Deep	19	19	38																																																																																							
20. Deep	20	20	40																																																																																							

## Клиническая картина

Наиболее значимыми клиническими проявлениями эндометриоза являются тазовая боль (дисменорея, диспареуния, дисхезия и хроническая тазовая боль (ХТБ) , 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 :

- 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 комбинированных оральных

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 мази в течение  $\geq 2$  дней;**
- 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 ;
- Депрессия, тревога, синдром хронической усталости - эндометриоз встречался значимо чаще (скорректированное отношение шансов 3,67; 95% ДИ, 1,53-8,84) ;
- 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

## **Диагностика**

### **Физикальное обследование:**

Проведение визуального осмотра наружных половых органов, осмотра шейки матки в зеркалах, бимануального влагалищного и ректовагинального исследования (всем пациенткам с подозрением на эндометриоз).

Гинекологическое исследование не всегда информативно. Могут быть выявлены следующие изменения:

- 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)

**Специфическая лабораторная диагностика эндометриоза не разработана.**

## **Инструментальные диагностические исследования:**

1. УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком.
2. МРТ малого таза (не для рутинной диагностики!)

Следует рассмотреть проведение МРТ малого таза, чтобы оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеоточника. 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

3. Лапароскопия для расширения возможности диагностического поиска при наличии симптомов заболевания и в случаях отсутствия патологии по данным осмотра, УЗИ или МРТ. (**“золотой стандарт” диагностики эндометриоза!**)

**Также для для верификации диагноза эндометриоза, определения степени распространения, клинических форм, выявления инфильтративного эндометриоза, эндометриом, сочетанных заболеваний.**

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

4. Гистероскопия у пациенток с эндометриозом с целью исключения внутриматочной патологии при аномальных маточных кровотечениях (АМК), эндометриоз-ассоциированном бесплодии при отсутствии эффекта от проводимого лечения.

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. Для подтверждения эндометриоза - проведение патологоанатомического исследования операционного материала.

## Лечение

### Медикаментозная терапия.

1. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов для купирования болевого синдрома.

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.

2. Использование нейромодуляторов 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. Монотерапия прогестагенами в качестве терапии первой линии

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.

4. Комбинированные оральные контрацептивы ((КОК) для контрацепции, в качестве эмпирической терапии, профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения.
5. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона пациентам с распространенными и инфильтративными формами

эндометриоза при установленном диагнозе или после хирургического лечения.

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

6. Использование левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС-ЛНГ) у пациенток, не планирующих беременность, с эндометриозом и аномальными маточными кровотечениями.
7. Рекомендовано ограниченное назначение даназола у пациенток с эндометриозом в связи с высокой частотой побочных эффектов (гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипоэстрогенный эффект)



## Хирургическое лечение

1. 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.

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).

2. 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.
3. Рекомендовано оперативное лечение узловой формы аденомиоза у пациенток с аномальными маточными кровотечениями.

## 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.

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

- Рекомендуется 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

**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.

## Эндометриоз и бесплодие

- 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.
- 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).
- 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.

- Рекомендовано хирургическое лечение пациенток с бесплодием и эндометриозом при любой степени распространения процесса, что улучшает репродуктивный прогноз.
- 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.
- Рекомендовано применение длинного протокола стимуляции функции яичников с аГнРГ при использовании методов ВРТ у пациенток с эндометриозом при наличии бесплодия.
- Рекомендовано назначение аГнРГ в течение 3-4 месяцев при аденомиозе 3-4 стадии распространения для увеличения частоты наступления беременности при использовании методов ВРТ.

## **Эндометриоз у подростков**

Симптомы заболевания достаточно часто начинаются в очень молодом возрасте. Около двух третей взрослых женщин с эндометриозом сообщают о симптомах, возникающих до 20 лет.

Все большее количество исследований свидетельствует о том, что тяжелые формы эндометриоза и глубокий инфильтративный эндометриоз достаточно распространены среди подростков. 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), дисменорею и диспареунию.

Особую значимость приобретает хирургическая (лапароскопическая) диагностика эндометриоза у подростков. Наиболее характерны боли внизу живота, в поясничной области, носящие циклический или постоянный характер. 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.

Рекомендовано использовать методы консервативного лечения и при показаниях – хирургического лечения эндометриоза у подростков для облегчения симптомов, остановки прогрессирования заболевания и сохранения будущей фертильности.

- НПВС для лечения болевого синдрома в качестве терапии первой линии, при их неэффективности альтернативой могут быть КОК.
- Назначение агонистов ГнРГ не рекомендовано до 18 лет.
- Рекомендовано хирургическое лечение при выраженном болевом синдроме, который не купируется медикаментозной терапией, при наличии объемных образований в малом тазу.

## 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) и 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)

Согласно данным R.Koninckx и соавторов эндометриоз в менопаузе может развиваться и самостоятельно.

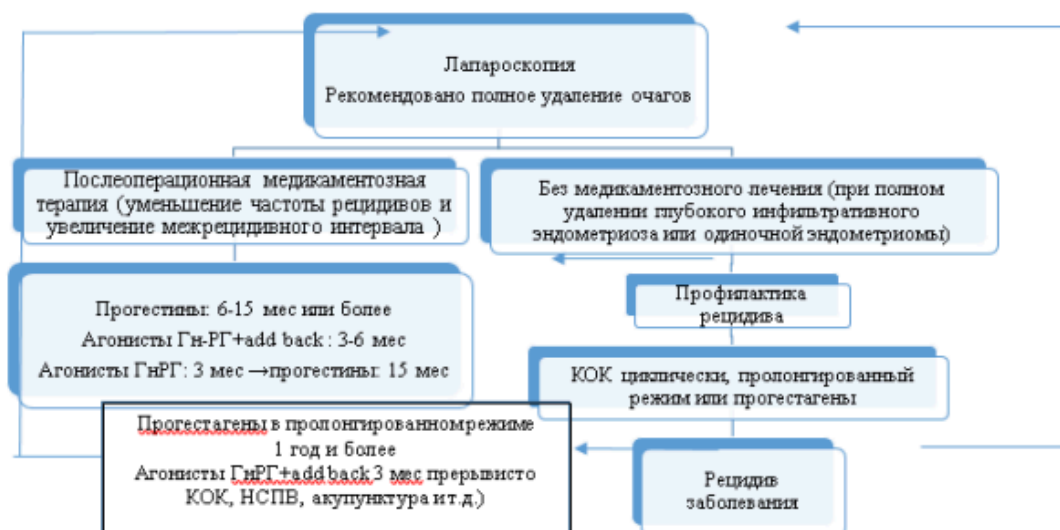
- Рекомендовано хирургическое лечение с эндометриозом любой локализации, особенно при наличии объемных образований гениталий при возможности лапароскопическим доступом как с целью ликвидации самого объемного образования, так и для исключения онкологических заболеваний.
- Рекомендовано применять непрерывный комбинированный режим МГТ независимо от того, была ли произведена гистерэктомия или нет, у пациенток с эндометриозом, имеющих показания к данному лечению

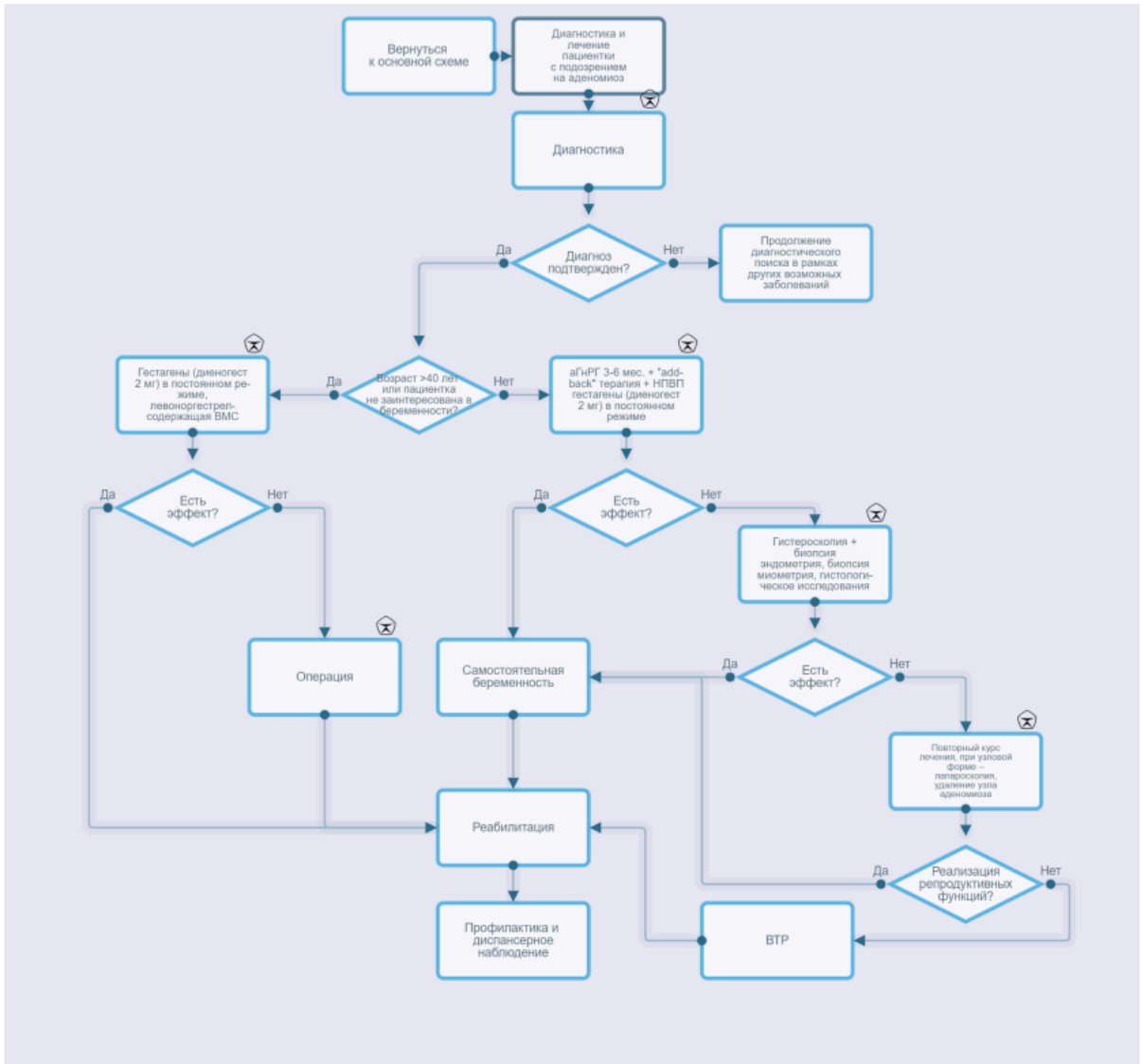
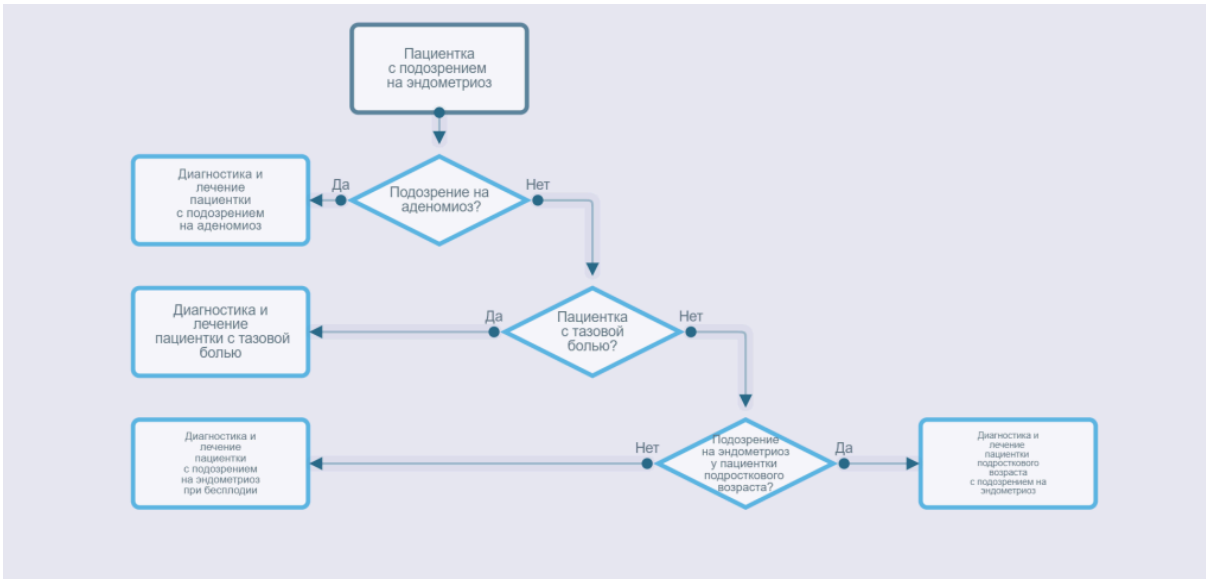


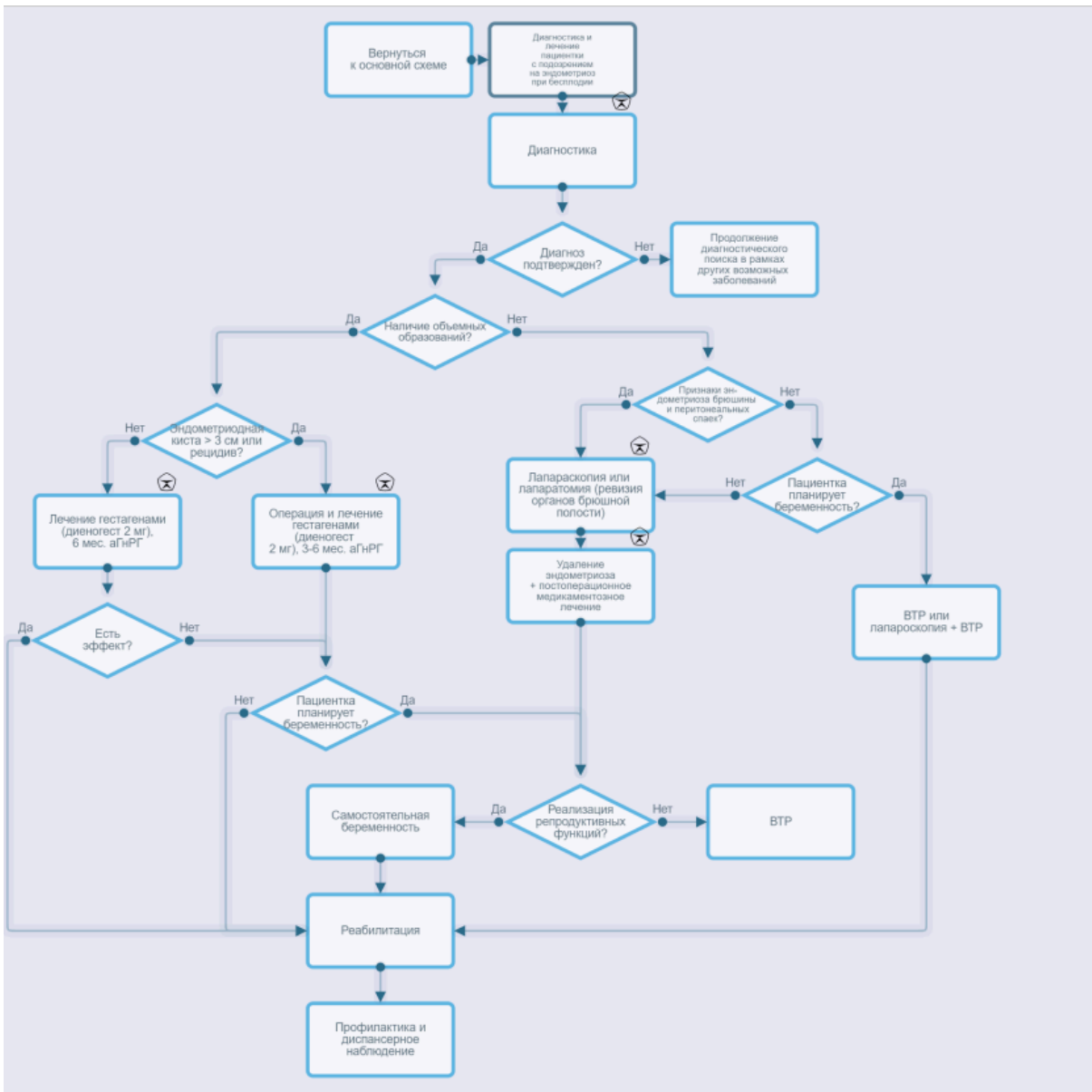
## Алгоритмы действий



## Тактика врача после оперативного лечения эндометриоза [120]







## **Заключение**

Несмотря на активное изучение, этиопатогенетический механизм эндометриоза до сих пор не вполне понятен. Заболевание встречается в репродуктивном возрасте достаточно часто, и в большинстве случаев его дебют связан с менструацией.

По-видимому, число менструаций, которые происходят у женщины на протяжении жизни, является одним из главных факторов, определяющих риск развития эндометриоза.

Беременность и лактация считаются протективными факторами за счет того, что в связи с ними менструации отсутствуют. Чем больше беременностей и чем меньше менструаций, тем сильнее защита, в то время как отсутствие беременностей или поздняя беременность и большее число менструаций вызывают увеличение риска развития эндометриоза.

Выбор тактики ведения больных и методов терапии должен быть индивидуальным с учетом выраженности симптомов, локализации очагов эндометриоза, возраста пациентки и ее желания восстановить репродуктивную функцию, побочных эффектов лечения, а также сложности оперативного вмешательства и стоимости терапии.

## Список литературы

1. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. Эндометриозы. – 2006., Медицина. Москва
2. Клинические рекомендации Эндометриоз 2020
3. Кира Е. Ф., Цвелев Ю. В. Эндометриоидная болезнь //Гинекология: руководство для врачей/Под ред. ВН Серова и ЕФ Кира. М.: Литера. – 2008., Литера. Москва.
4. Овакимян А. С. Клиническая иммуноморфологическая характеристика хронической тазовой боли при различных формах наружного генитального эндометриоза: дис. – М., 2016: 27, 2016. Москва.
5. Ласкевич А. В. и др. Комплексное лечение хронической тазовой боли при наружном генитальном эндометриозе //Problemy Reproduktsii. – 2017. – Т. 23. – №. 6.
6. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015.
7. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции.
8. Адамян Л. В. и др. Диагностика эндометриоза // В кн.: «Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии». //Москва: ГЕОТАР-Медиа. – 2012.
9. Cozzolino M. et al. Variables associated with endometriosis-related pain: a pilot study using a visual analogue scale //Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics. – 2019
10. Boneva R. S., Lin J. M. S., Unger E. R. Early menopause and other gynecologic risk indicators for chronic fatigue syndrome in women //Menopause (New York, NY). – 2015

11. Feldman M. K. et al. Systematic interpretation and structured reporting for pelvic magnetic resonance imaging studies in patients with endometriosis: value added for improved patient care //Abdominal Radiology. – 2019
12. Singh S. S., Suen M. W. H. Surgery for endometriosis: beyond medical therapies //Fertility and sterility. – 2017
13. Oral E. et al. Concomitant endometriosis in malignant and borderline ovarian tumours //Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2018
14. 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)
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. N 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».