



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

## Эндометриоз

Кодирование по Международной статистической  
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **N80**

Год утверждения (частота пересмотра): **2024**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Пересмотр не позднее: **2026**

ID: **259**

Разработчик клинической рекомендации

- **Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

---

# Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы 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
- 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
- 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)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

# Список сокращений

aГн-РГ – агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона);

АМК – аномальное маточное кровотечение;

ВМС-ЛНГ – левоноргестрел в форме системы внутриматочной терапевтической;

ВРТ – вспомогательные репродуктивные технологии;

КОК – комбинированные оральные контрацептивы (по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации);

МГТ – менопаузальная гормональная терапия;

МПА – медроксипрогестерон\*\*;

МПК – минеральная плотность костной ткани;

МРТ – магнитно-резонансная терапия;

НПВС – нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты;

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

ХТБ – хроническая тазовая боль.

# Термины и определения

**Эндометриоз** – патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки [1], [2].

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

# **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], [3].

## **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 [4]. 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 [5], в последнее десятилетие обсуждается роль в развитии эндометриоза стволовых клеток [6], 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 [7], [8], [9], [10].



# **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, Larsonet 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].

C. Charpon (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 [11].

Аденомиоз может быть диффузным, очаговым или 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 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 [5].

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

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

- 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 мочевой пузырь) [1], [5], [8], [12].

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.

В основе классификации Enzian (2021 года) лежит описание расположения эндометриоидных очагов, глубина их инвазии в органы и ткани малого таза, а также наличие инфильтрации в

смежные органы и нарушение их функций. Классификация обеспечивает преемственность между предоперационной визуализирующей и хирургической оценкой степени тяжести эндометриоза [13].

Классификация эндометриоза AAGL 2021 позволяет идентифицировать объективные интраоперационные данные и использовать ее для оценки сложности хирургического вмешательства [14].

## **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) [15], [16], 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 [17]:**

- Хроническая тазовая боль [18], [19];
- 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 [20]:**

- Обильные менструальные кровотечения, посткоитальные кровотечения;
- Дисменорея и/или диспареуния, симптомы которой не исчезают или слабо купируются при приеме комбинированных оральных контрацептивов (КОК) (по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) и нестероидных противовоспалительных и противоревматических 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 [21];
- 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 [22];
- Депрессия, тревога, синдром хронической усталости - эндометриоз встречался значимо чаще (скорректированное отношение шансов 3,67; 95% ДИ, 1,53-8,84) [23];
- Наличие мигрени - частота мигрени среди больных эндометриозом в перименструальный период – 30,1- 47,2%, в то время как среди здоровых женщин – 15% ( $p < 0,001$ ) [24];
- 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) [25].

Внетазовая локализация эндометриоза [26]: легкие, глаз, диафрагма, перикард, нервные окончания и сплетения, послеоперационные рубцы и др., поражения указанных структур сопровождаются следующими симптомами: спонтанный пневмоторакс, одышка, боли в грудной клетке, гемолакия – «красные слезы» [27] и т.д. Симптомы внетазового эндометриоза имеют циклический характер, усиливающийся в дни менструации, поддающийся лечению препаратами, эффективными в отношении эндометриоза, подавляющие активность эндометриоза.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

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 ректоабдоминального исследования (всем пациенткам с подозрением на эндометриоз) [28].

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

**Комментарии:** Гинекологическое исследование не всегда информативно. Могут быть выявлены следующие изменения [20], [29]:

- 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 ректоабдоминальном исследовании).

При гинекологическом осмотре необходимо отмечать местную (миофасциальные триггерные точки) и генерализованную гипералгезию и повышенную болевую чувствительность (аллодинию) как свидетельства центральной сенсibilизации.

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

Специфическая лабораторная диагностика эндометриоза не разработана [30].

- **Не рекомендовано** исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови для диагностики эндометриоза [17], [28], [3], [31].

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

**Комментарий:** Повышенный уровень СА-125 может быть ассоциирован с эндометриозом [28]. Однако эндометриоз может присутствовать, несмотря на нормальный уровень СА125 (менее 35 МЕ / мл) [32].

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендовано** назначение ультразвукового исследования органов малого таза (комплексного) (УЗИ) ультразвуковым трансвагинальным датчиком (при наличии) у пациенток с подозрением на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания [32], [33], [34], [35], [36], [37], [38], [39], [26].

### Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

**Комментарии:** УЗИ необходимо провести для диагностики подозреваемого эндометриоза [9], даже если гинекологический осмотр не выявил патологии для диагностики эндометриомы и глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеоточника.

Если выполнение ультразвукового исследования матки и придатков трансвагинального затруднено, то возможно проведение ультразвукового исследования матки и придатков трансабдоминального и/или ультразвукового исследования матки и придатков трансректального [32].

Чувствительность трансвагинального УЗИ матки и придатков 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. Ультразвуковое исследование матки и придатков трансректальное наиболее информативно для диагностики ректосигмоидного эндометриоза.

- **Не рекомендовано** использование МРТ малого таза для рутинной диагностики эндометриоза [32].

### 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 [32], [40], [41]. 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 [32].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) с чувствительностью 95% удовлетворяет критериям для вагинального и ректосигмоидного эндометриоза [42].

- **Рекомендовано** проведение лапароскопии для расширения возможности диагностического поиска при наличии симптомов заболевания и в случаях отсутствия патологии по данным осмотра, УЗИ или МРТ [17], [32].

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

**Комментарии:** Лапароскопия является «золотым стандартом» диагностики эндометриоза [17], [32], [43].

- **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 [17], [44].

## **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 [17].

- **Рекомендована** лапароскопия для верификации диагноза эндометриоза, определения степени распространения, клинических форм, выявления инфильтративного эндометриоза, эндометриом, сочетанных заболеваний [32].

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

**Комментарии:** Лапароскопия при подозрении на эндометриоз должна быть предложена в следующих ситуациях [17]: когда для пациентки приоритетным является наступление беременности; наличие болевого синдрома и отсутствие эффекта от консервативного лечения.

- **Рекомендовано** для подтверждения эндометриоза проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала матки [32].

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

**Комментарии:** Положительной морфологический результат подтверждает диагноз эндометриоза, отрицательный - не исключает его наличие [32].

Во всех случаях эндометриоза яичников и глубокого инфильтративного эндометриоза необходима биопсия яичника для уточнения малигнизации [32].

- **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 [32].

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

- **Рекомендовано** при проведении лапароскопии у взрослых пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием использовать стандартизованную методику и оценку индекса фертильности эндометриоза с учетом данных анамнеза и хирургического вмешательства (Endometriosis Fertility Index - EFI) [45].

**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 Г2) [45], [46].

## 2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендовано** использование визуальной аналоговой шкалы (приложение Г1), 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 [47].

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

# 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

## 3.1 Медикаментозное лечение

- **Рекомендовано** использование нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов у пациенток с эндометриозом для купирования болевого синдрома [3], [17], [48].

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

**Комментарии:** Нестероидные противовоспалительные и противоревматические 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 [17], [32].

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

- **Рекомендована** монотерапия прогестагенами (по АТХ - Гестагены) у пациенток с эндометриозом в качестве терапии первой линии [3], [22], [26], [49], [50], [51], [52], [53], [54], [55], [56].

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

**Комментарии:** Возможно проведение терапии гестагенами в непрерывном режиме для обеспечения атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента; возможно применение гестагенов в циклическом режиме у пациенток с эндометриозом, планирующих беременность [57].

- **Рекомендовано** применение комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) – по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) у пациенток с эндометриозом для контрацепции, в качестве эмпирической терапии, профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения [32], [58], [59], [60].

**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 [26], [52], [61], [62], [58], [63].

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

**Комментарии:** Применение аГн-РГ более 6 месяцев требует назначения «add-back» терапии (возвратной терапии) [3].

- **Рекомендовано** использовать левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС-ЛНГ) – по АТХ – Пластиковые гестагенсодержащие ВМС) у взрослых пациенток, не планирующих беременность, с эндометриозом и аномальными маточными кровотечениями [26], [58], [64], [65], [66], [67].

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

**Комментарии:** Длительность использования ВМС-ЛНГ (по АТХ – Пластиковые гестагенсодержащие ВМС) у взрослых пациенток составляет 5 лет, после чего можно продолжить лечение, введя новую систему. Побочные эффекты схожи с таковыми при непрерывном режиме использования других гестагенов [58].

- **Рекомендовано** ограниченное назначение даназола у взрослых пациенток с эндометриозом в связи с высокой частотой побочных эффектов (гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипоэстрогенный эффект) [68].

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

**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.

- **Рекомендовано** назначение ингибиторов ароматазы пациенткам с болевым синдромом, ассоциированным с эндометриозом, рефрактерным к другому медикаментозному или хирургическому лечению [26].

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

**Комментарии:** Ингибиторы ароматазы могут назначаться в сочетании с комбинированными гормональными контрацептивами (по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации), прогестагенами (по АТХ – гестагены), агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ – по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) [26].



- **Не рекомендуется** назначение гормональной терапии перед оперативным вмешательством в связи с отсутствием положительного влияния на результаты операции как в отношении клинической симптоматики, так и восстановления репродуктивной функции [26].

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

**Комментарии:** Предоперационное гормональное лечение вызывает уменьшение («маскировку») очагов, тем самым способствуя нерадикальному их удалению.

### 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 [32], [52], [69].

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

**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 [70].

Интраоперационно следует рассмотреть вопрос о возможности использования антиспаечных мер, таких как окисленная целлюлоза, препаратов на основе гиалуроновой кислоты с целью уменьшения образования послеоперационных спаек [26].

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).

Роботизированная хирургия стала более часто применяться для хирургического лечения эндометриоза [71].

- **Рекомендована** энуклеация стенки эндометриоидной кисты (по НМУ - Удаление кисты яичника) после ее опорожнения и промывания полости с использованием лапароскопического доступа (при возможности) для полного удаления патологической процесса, для морфологической верификации диагноза и уменьшения частоты рецидивирования [26], [72], [73], [74].

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

**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 [75]. Эвакуация эндометриоидной ткани в контейнере снижает риск распространения и рецидивирования заболевания [75].

При проведении хирургического вмешательства у женщин с эндометриомой яичника можно рассмотреть вопрос о вапоризации капсулы кисты лазером СО 2 [26].

В случае обширного эндометриоза (эндометриоидных кист, ретроцервикального эндометриоза с вовлечением тазовых структур) следует обсудить перед оперативным вмешательством риски снижения овариального резерва, обусловленные как самой эндометриоидной кистой, так и оперативным вмешательством, рассмотреть вопрос о возможности сохранения фертильности.

- **Рекомендовано** оперативное лечение узловой формы аденомиоза у пациенток с аномальными маточными кровотечениями (АМК) [17].

## **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.

- У взрослых пациенток с распространенными формами эндометриоза 4 степени (инфильтративный эндометриоз, эндометриоидные кисты) с реализованной репродуктивной функцией, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, наличии выраженного болевого синдрома, аномальных маточных кровотечений, **рекомендовано** проведение тотальной гистерэктомии [26].

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

**Комментарии:** Субтотальную гистерэктомию (ампутацию матки) не следует проводить. При сохранении яичников риск прогрессирования заболевания сохраняется.

- **Рекомендовано** информировать пациентку после операции о возможности рецидивирования и необходимости наблюдения и продолжительного лечения [26].

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

- **Рекомендовано** проведение врачебной комиссии для решения вопроса о целесообразности операции, определения дальнейшей тактики ведения беременности у пациенток с эндометриоидными кистами при беременности [1].

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

**Комментарии:** Следует рассматривать беременность у пациенток, страдающих эндометриозом, аденомиозом, глубоким инфильтративным эндометриозом как беременность высокого риска в связи с возможными акушерскими осложнениями как со стороны матери, так и стороны плода (преждевременные роды, самопроизвольный аборт, разрывы кисты и др.).

### 3.3 Иное лечение

- **Не рекомендованы** специальная диетотерапия, прием пищевых добавок, витаминов и минеральных добавок в качестве метода лечения заболевания пациенткам с эндометриозом [17], [32].

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

- **Рекомендованы** занятия йогой для уменьшения хронической тазовой боли и улучшения качества жизни у женщин с эндометриозом [76].

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

- **Рекомендована** акупунктура (по НМУ - Воздействие на точки акупунктуры другими физическими факторами) у пациенток с эндометриозом при болях [76].

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

### 3.4 Эндометриоз у подростков (до 18 лет)

У подростков необходимо тщательно собрать анамнез, чтобы выявить возможные факторы риска развития эндометриоза, такие как положительный семейный анамнез, обструктивные пороки развития половых органов, раннее менархе или короткий менструальный цикл [26].

Симптомы заболевания достаточно часто начинаются в очень молодом возрасте. Около двух третей взрослых женщин с эндометриозом сообщают о симптомах, возникающих с подросткового возраста [90], [91]. 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 [92], [93].

Наиболее распространенной локализацией эндометриоза у подростков являются яичники, Дугласово пространство, задние листки широких связок, крестцово-маточные связки [94]. От первых симптомов возникновения заболевания до установления диагноза в среднем проходит 7-10 лет, при этом подростки ожидают помощи в 2-3 раза дольше взрослых женщин [26].

Подростки с диагнозом эндометриоз, в основном, предъявляют жалобы на наличие таких симптомов, как болевой синдром (в том числе хроническая тазовая боль, ациклическая боль), дисменорея, диспареуния, гастроинтестинальные симптомы (дисхезия, тошнота, вздутие живота), дизурия [26], [95].

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

### **Цели лечения эндометриоза у подростков [86]:**

- 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 [58], [96], [97], [98], [99], [100].

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

- **Рекомендовано** использовать НПВС для лечения болевого синдрома у подростков в качестве терапии первой линии, при их неэффективности альтернативой могут быть прогестагены (по АТХ - гестагены) или КОК (по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) при необходимости контрацепции [26], [101].

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

- Назначение агонистов ГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) **не рекомендовано** до 18 лет [99].

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

**Комментарии:** При назначении этой группы препаратов необходимо применение «add-back» 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 [17], [58].

## 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 [99].

## 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.

### 3.5 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 [102] (особенно при инфильтративных формах и наличии эндометриом) и возможность проведения МГТ при наличии показаний [103], [104], [105]. 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) [106].

Следует избегать назначения схем лечения вазомоторных симптомов, содержащих только эстрогены, у женщин в постменопаузе с эндометриозом в анамнезе, поскольку эти схемы могут быть связаны с более высоким риском злокачественной трансформации [26].

- **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 [107], [108].

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

**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 [106]. 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 [103], [104], [105].

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

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

## **3.6 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 [109], [110], [111].

### **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 патолого-анатомическое исследование биоптата эндометриоидной ткани (по НМУ - Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала) с целью уточнения диагноза и исключения сопутствующего злокачественного процесса.

Целесообразно информировать женщин с эндометриозом, запрашивающих информацию о риске развития рака, о том, что эндометриоз не связан со значительно более высоким риском развития рака в целом. Хотя эндометриоз связан с более высоким риском развития рака яичников, молочной железы и щитовидной железы, в частности, увеличение абсолютного риска по сравнению с женщинами в общей популяции невелико [26].

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

- **Рекомендовано** направлять пациенток при наличии жалоб на изменения психоэмоционального фона на прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный для оценки психоэмоционального состояния у женщин с эндометриозом для повышения качества жизни, а при наличии сексуальных нарушений – на прием (осмотр, консультация) врача-сексолога первичный, прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный [77].

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

**Комментарии:** Эндометриоз может сопровождаться повышенной тревожностью и/или депрессией [26].

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 [45].

- **Рекомендуется** осмотр (консультация) врача–физиотерапевта для определения тактики восстановительного лечения пациенток с эндометриозом после оперативного лечения [26], [78], [79], [80], [81], [82].

**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 [81].

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

## 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

При установлении диагноза необходимо определение групп здоровья и диспансерного учета согласно Приказу 1130 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 [32].

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

**Комментарии:** Пациентке с эндометриозом целесообразно рекомендовать вести здоровый образ жизни, правильно питаться, сократить употребление алкоголя и регулярно заниматься физической активностью [26].

---

[1] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями)



## 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) [32].

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

**Комментарии:** Перед лапароскопией с пациенткой должны быть обсуждены следующие вопросы [32]:

- 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.

# 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

## 7.1 Эндометриоз и бесплодие

Эндометриозом страдают 25-50% инфертильных женщин, а 30-50% женщин с эндометриозом имеют бесплодие [45], [2]. Эндометриоз выявляется у 58% женщин, подвергшихся лапароскопии, как конечному этапу обследования по поводу бесплодия [83]. Доля эндометриоз-ассоциированного бесплодия, по-видимому, имеет расовые и географические особенности [75].

- 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 [32].

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

**Комментарии:** Использование НПВС, ингибиторов ароматазы у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием нецелесообразно.

- **Рекомендовано** при оперативном лечении (лапароскопическим или лапаротомным доступами) проведение энуклеации капсулы эндометриоидных кист (по НМУ - Удаление кисты яичника), что улучшает частоту спонтанной беременности, уменьшение частоты рецидивирования по сравнению с дренированием / коагуляцией эндометриомы ( $\geq 3-4$  см) [17].

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

**Комментарий:** Удаление небольших эндометриом перед ЭКО (по НМУ - Экстракорпоральное оплодотворение, культивирование и внутриматочное введение эмбриона) 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 эндометриомами яичников [17], [84], [85] и контроль после операции через 3-6 месяцев.

- **Рекомендовано** перед подготовкой пациентки с эндометриозом III-IV степени после операции к беременности назначение аГнРГ (по АТХ – Аналоги гонадотропин-рилизинг

гормона) с заместительной «add-back»-терапией от 3-х до 6 месяцев, что коррелирует с увеличением частоты наступления беременности [32].

**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 [86].

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

- **Рекомендуется** оперативное лечение лапароскопическим доступом при малых или умеренных формах эндометриоза, что улучшает показатели наступления беременности [32].

**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 [32].

**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 [32].

**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 вапоризацию очагов эндометриоза, т.к. она ассоциирована с более высокой частотой спонтанных беременностей [32].

**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 [32].

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

- **Не рекомендуется** дополнительная гормонотерапия перед применением ВРТ пациенткам с аденомиозом I-II стадии распространения [17].

**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 [89].

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

# Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения Да/Нет
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	
2.	Назначены нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты у пациенток с эндометриозом для купирования болевого синдрома	
3.	Выполнено хирургическое лечение при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного лечения или при наличии показаний к операции	

# Список литературы

1. Адамян Л. В. Состояние репродуктивной системы у больных доброкачественными опухолями внутренних гениталий и принципы восстановительного лечения: Дис... д-ра мед. наук //Москва. – 1985. Москва.
2. Crump J, Suker A, White L. Endometriosis: A review of recent evidence and guidelines. *Aust J Gen Pract.* 2024 Jan-Feb;53(1-2):11-18. .
3. Burghaus S. et al. Diagnosis and treatment of endometriosis. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2k Level, AWMF registry number 015/045, August 2020) //Geburtshilfe und Frauenheilkunde. – 2021. .
4. Hirata T. et al. Clinical practice guidelines for the treatment of extragenital endometriosis in Japan, 2018 //Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. – 2020. .
5. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. Эндометриозы. – 2006., Медицина. Москва.
6. Koninckx P. R. et al. An endometriosis classification, designed to be validated //Gynecological Surgery. – 2011. – Т. 8. – №. 1. – С. 1-6. .
7. Parazzini F. et al. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2017. – Т. 209. – С. 3-7. .
8. Кура Е. Ф., Цвелев Ю. В. Эндометриозидная болезнь //Гинекология: руководство для врачей/ Под ред. ВН Серова и ЕФ Кура. М.: Литера. – 2008., Литера. Москва.
9. Singh S. S. et al. Guideline No. 449: Diagnosis and Impact of Endometriosis—A Canadian Guideline //Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2024. .
10. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. *Hum Reprod Open.* 2020. .
11. Nichols D. H., Clarke-Pearson D. L. Gynecologic, Obstetric, & Related Surgery. – Mosby, 1999. .
12. Андреева Е. Н. Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных //Дисс... докт. мед. наук. – 1997. Москва.
13. Di Giovanni A. et al. Comparison Between Sonography-Based and Surgical Evaluation of Endometriotic Lesions Using the #Enzian Classification – A Retrospective Data Analysis. *Ultraschall Med.* 2023. .
14. Abrao M. S. et al. AAGL 2021 endometriosis classification: an anatomy-based surgical complexity score //Journal of minimally invasive gynecology. – 2021. – Т. 28. .

15. "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. – Т. 41. – №. 03. – С. 170-175.,” Mar. , doi: 10.1055/s-0039-1679879.
16. Latthe P. et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity //BMC public health. – 2006. – Т. 6. – №. 1. – С. 177. .
17. Guideline N. Endometriosis: diagnosis and management. – 2017. .
18. Овакимян А. С. Клиническая иммуноморфологическая характеристика хронической тазовой боли при различных формах наружного генитального эндометриоза : дис. – М., 2016: 27, 2016. Москва.
19. Ласкевич А. В. и др. Комплексное лечение хронической тазовой боли при наружном генитальном эндометриозе //Problemy Reproduktsii. – 2017. – Т. 23. – №. 6. .
20. Heitmann R. J. et al. Premenstrual spotting of  $\geq 2$  days is strongly associated with histologically confirmed endometriosis in women with infertility //American journal of obstetrics and gynecology. – 2014. – Т. 211. – №. 4. – С. 358. e1-358. e6. .
21. Bungum H. F., Vestergaard C., Knudsen U. B. Endometriosis and type 1 allergies/immediate type hypersensitivity: a systematic review //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2014. – Т. 179. – С. 209-215. .
22. 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. – Т. 22. – №. 8. – С. 826. .
23. Ferrero S. et al. Increased frequency of migraine among women with endometriosis //Human reproduction. – 2004. – Т. 19. – №. 12. – С. 2927-2932. .
24. Morotti M. et al. Comparing treatments for endometriosis-related pain symptoms in patients with migraine without aura //Journal of comparative effectiveness research. – 2012. – Т. 1. – №. 4. – С. 347-357. .
25. Ryan S. A. The treatment of dysmenorrhea //Pediatric Clinics. – 2017. – Т. 64. – №. 2. – С. 331-342. .
26. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022. .
27. Muñoz-Olarte M. et al. Hemolacria or bloody tears in presumed lacrimal endometriosis: a case report //Rev. chil. obstet. ginecol.(En línea). – 2023. .
28. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015. .
29. Adamson G. D., Pasta D. J. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system //Fertility and sterility. – 2010. – Т. 94. – №. 5. – С. 1609-1615. .



30. Speer L., Mushkbar S., Erbele T. *Chronic pelvic pain in women //American family physician.* – 2016. – T. 93. – №. 5. – С. 380-387. .
31. Hirsch M. et al. *Diagnosis and management of endometriosis: a systematic review of international and national guidelines //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* – 2018. .
32. Dunselman G. A. J. et al. *ESHRE guideline: management of women with endometriosis //Human reproduction.* – 2014. – T. 29. – №. 3. – С. 400-412. .
33. Адамян Л. В. и др. *Диагностика эндометриоза // В кн.: «Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии». //Москва: ГЕОТАР-Медиа.* – 2012. .
34. Van den Bosch T., Van Schoubroeck D. *Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosis: State of the art //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* – 2018. – T. 51. – С. 16-24. .
35. Exacoustos C., Manganaro L., Zupi E. *Imaging for the evaluation of endometriosis and adenomyosis //Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology.* – 2014. – T. 28. – №. 5. – С. 655-681. .
36. Van Holsbeke C. et al. *Endometriomas: their ultrasound characteristics //Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* – 2010. – T. 35. – №. 6. – С. 730-740. .
37. Exacoustos C. et al. *Ultrasound mapping system for the surgical management of deep infiltrating endometriosis //Fertility and sterility.* – 2014. – T. 102. – №. 1. – С. 143-150. e2. .
38. Noventa M. et al. *Ultrasound techniques in the diagnosis of deep pelvic endometriosis: algorithm based on a systematic review and meta-analysis //Fertility and sterility.* – 2015. – T. 104. – №. 2. – С. 366-383. e2. .
39. Barbieri R. L. *Why are there delays in the diagnosis of endometriosis //OBG Manag.* – 2017. – T. 29. – С. 8-11. .
40. 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. – С. 1-15. .
41. Medeiros L. R. et al. *Accuracy of magnetic resonance in deeply infiltrating endometriosis: a systematic review and meta-analysis //Archives of gynecology and obstetrics.* – 2015. – T. 291. – №. 3. – С. 611-621. .
42. G. Uysal et al., “Novel Medical Treatment Modalities of Endometriosis,” *Kafkas Journal of Medical Sciences*, vol. 5, no. 3, pp. 109–119, 2015, doi: 10.5505/kjms.2015.24572. .
43. Abbott J. et al. *Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial //Fertility and sterility.* – 2004. – T. 82. – №. 4. – С. 878-884. .

44. Gordts S., Grimbizis G., Campo R. *Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis //Fertility and sterility.* – 2018. – T. 109. – №. 3. – C. 380-388. e1. .
45. Tomassetti C. et al. *Reproducibility of the Endometriosis Fertility Index: a prospective inter-/intra-rater agreement study //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* – 2020. – T. 127. – №. 1. – C. 107-114. .
46. Nisenblat V. et al. *Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis //Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2016. – №. 2. .
47. Bourdel N. et al. *Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? //Human reproduction update.* – 2015. – T. 21. – №. 1. – C. 136-152. .
48. Cobellis, Luigi, et al. *“The treatment with a COX-2 specific inhibitor is effective in the management of pain related to endometriosis.” European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 116.1 (2004): 100-102. .*
49. Singh S. S., Suen M. W. H. *Surgery for endometriosis: beyond medical therapies //Fertility and sterility.* – 2017. – T. 107. – №. 3. – C. 549-554. .
50. Römer T. *Long-term treatment of endometriosis with dienogest: retrospective analysis of efficacy and safety in clinical practice //Archives of gynecology and obstetrics.* – 2018. – T. 298. – №. 4. – C. 747-753. .
51. Lee J. H. et al. *Effectiveness of dienogest for treatment of recurrent endometriosis: multicenter data //Reproductive Sciences.* – 2018. – T. 25. – №. 10. – C. 1515-1522. .
52. Bedaiwy M. A., Allaire C., Alfaraj S. *Long-term medical management of endometriosis with dienogest and with a gonadotropin-releasing hormone agonist and add-back hormone therapy //Fertility and sterility.* – 2017. – T. 107. – №. 3. – C. 537-548. .
53. de Paula Andres M. et al. *Dienogest in the treatment of endometriosis: systematic review //Archives of gynecology and obstetrics.* – 2015. – T. 292. – №. 3. – C. 523-529. .
54. MOMOEDA M. *A randomized, double-blind, multicenter, parallel, dose-response study of dienogest in patients with endometriosis //Jpn Pharmacol Ther.* – 2007. – T. 35. – C. 769-783. .
55. Osuga Y., Fujimoto-Okabe H., Hagino A. *Evaluation of the efficacy and safety of dienogest in the treatment of painful symptoms in patients with adenomyosis: a randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled study //Fertility and sterility.* – 201. .
56. Crosignani P. G. et al. *Subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate versus leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain //Human Reproduction.* – 2006. – T. 21. – №. 1. – C. 248-256. .

57. Серов В. Н., Сухих Г. Т. *Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология* //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции.
58. ACOG. *Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent*. 2018. date of access 22.07.24 <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/12/dysmenorrhea-and-endometriosis-in-the-adolescent>. .
59. Vilasagar S., Bougie O., Singh S. S. *A Practical Guide to the Clinical Evaluation of Endometriosis-Associated Pelvic Pain* //Journal of minimally invasive gynecology. – 2019. .
60. Flyckt R., Kim S., Falcone T. *Surgical management of endometriosis in patients with chronic pelvic pain* //Seminars in reproductive medicine. – Thieme Medical Publishers, 2017. – T. 35. – №. 01. – С. 054-064. .
61. Brown J., Pan A., Hart R. J. *Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis* //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – №. 12. .
62. Schroder A. K., Diedrich K., Ludwig M. *Medical management of endometriosis: a systematic review* //IDrugs: the investigational drugs journal. – 2004. – T. 7. – №. 5. – С. 451-463. .
63. NICE Guideline “Endometriosis: diagnosis and management”. September 2017. Last updated: 16 April 2024 date of access 22.07.24 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/chapter/Context>. .
64. S. Ferrero, G. Evangelisti, and F. Barra, “Current and emerging treatment options for endometriosis,” *Expert Opin. Pharmacother.*, vol. 19, no. 10, pp. 1109–1125, Jul. 2018, doi: 10.1080/14656566.2018.1494154.
65. Johnson N. P. et al. *Consensus on current management of endometriosis* //Human Reproduction. – 2013. – T. 28. – №. 6. – С. 1552-1568. .
66. A. M. Abou-Setta, Ed., Abou-Setta A. M. et al. *Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery* //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – №. 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
67. Petta C. A. et al. *Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis* //Human Reproduction. – 2005. – T. 20. – №. 7. – С. 1993-1998. .
68. Selak V. et al. *Danazol for pelvic pain associated with endometriosis* //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2001. – №. 4. .
69. Jacobson T. Z. et al. *WITHDRAWN: Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis* //Cochrane Database Syst Rev. – 2014. – T. 2014. – №. 8. – С. CD001300. .
70. Pantou A. et al. *The Role of Laparoscopic Investigation in Enabling Natural Conception and Avoiding in vitro Fertilization Overuse for Infertile Patients of Unidentified Aetiology and Recurrent Implantation Failure Following in vitro Fertilization* //Journ. .

71. Ferrari F. A. et al. *Robotic surgery for deep-infiltrating endometriosis: is it time to take a step forward?* //Frontiers in medicine. – 2024. .
72. Leyland N. et al. *Endometriosis: diagnosis and management* //Journal of Endometriosis. – 2010. – Т. 2. – №. 3. – С. 107-134. .
73. Dan H., Limin F. *Laparoscopic ovarian cystectomy versus fenestration/coagulation or laser vaporization for the treatment of endometriomas: a meta-analysis of randomized controlled trials* //Gynecologic and obstetric investigation. – 2013. – Т. 76. – №. 2. . .
74. Motan T, Antaki R, Han J, Elliott J, Cockwell H. *Guideline No. 435: Minimally Invasive Surgery in Fertility Therapy.* J Obstet Gynaecol Can. 2023. .
75. Hwang H. et al. *Clinical evaluation and management of endometriosis: guideline for Korean patients from Korean Society of Endometriosis* //Obstetrics & gynecology science. – 2018. – Т. 61. – №. 5. – С. 553-564. .
76. Mira T. A. A. et al. *Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis* //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2018. – Т. 143. – №. 1. – С. 2-9. .
77. Culley L. et al. *The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review* //Human reproduction update. – 2013. – Т. 19. – №. 6. – С. 625-639. .
78. Haugstad G. K. et al. *Somatocognitive therapy in the management of chronic gynaecological pain. A review of the historical background and results of a current approach* //Scandinavian journal of pain. – 2011. – Т. 2. – №. 3. – С. 124-129. .
79. Bender T. et al. *Hydrotherapy, balneotherapy, and spa treatment in pain management* //Rheumatology international. – 2005. – Т. 25. – №. 3. – С. 220-224. .
80. Tu F. F. et al. *Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study* //American journal of obstetrics and gynecology. – 2008. – Т. 198. – №. 3. – С. 272. e1-272. e7. .
81. Касьянова И. М. *Минеральные ванны* //Медицинская реабилитация/Под ред. ВМ Боголюбова. – 1998. – С. 96., БИНОМ. Москва.
82. Смулевич А. Б. *Депрессии при соматических и психических заболеваниях.* – Издательство "Медицинское информационное агентство", 2003. Москва.
83. Lee S. Y. et al. *Recurrence of ovarian endometrioma in adolescents after conservative, laparoscopic cyst enucleation* //Journal of pediatric and adolescent gynecology. – 2017. – Т. 30. – №. 2. – С. 228-233. .
84. RCOG. *Endometriosis. Information for you.* .

85. *Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1: Ovarian Endometrioma. Hum Reprod Open. 2017. .*
86. *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al. Endometriosis: diagnosis and management. SOGC clinical practice guideline no. 244 //J Obstet Gynaecol Can. – 2010. – T. 32. – C. S1-S28. .*
87. *Somigliana E., Garcia-Velasco J. A. Treatment of infertility associated with deep endometriosis: definition of therapeutic balances //Fertility and sterility. – 2015. – T. 104. – №. 4. – C. 764-770. .*
88. *Rodriguez-Purata J. et al. Endometriosis and IVF: are agonists really better? Analysis of 1180 cycles with the propensity score matching //Gynecological Endocrinology. – 2013. – T. 29. – №. 9. – C. 859-862. .*
89. *Younes G., Tulandi T. Effects of adenomyosis on in vitro fertilization treatment outcomes: a meta-analysis //Fertility and sterility. – 2017. – T. 108. – №. 3. – C. 483-490. .*
90. *Yang Y. et al. Adolescent endometriosis in China: a retrospective analysis of 63 cases //Journal of pediatric and adolescent gynecology. – 2012. – T. 25. – №. 5. – C. 295-299. .*
91. *Dowlut-McElroy T., Strickland J. L. Endometriosis in adolescents //Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. – 2017. – T. 29. – №. 5. – C. 306-309. .*
92. *Gordts S., Koninckx P., Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis //Fertility and sterility. – 2017. – T. 108. – №. 6. – C. 872-885. e1. .*
93. *Koninckx P. R. et al. Epidemiology of subtle, typical, cystic, and deep endometriosis: a systematic review //Gynecological Surgery. – 2016. – T. 13. – №. 4. – C. 457-467. .*
94. *Lee D. Y. et al. Clinical characteristics of adolescent endometrioma //Journal of pediatric and adolescent gynecology. – 2013. – T. 26. – №. 2. – C. 117-119. .*
95. *Saridogan E. et al. Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1: Ovarian Endometrioma //Здоровье женщины. – 2018. – №. 5. – C. 119-123. .*
96. *Greco C. D. Management of adolescent chronic pelvic pain from endometriosis: a pain center perspective //Journal of pediatric and adolescent gynecology. – 2003. – T. 16. – №. 3. – C. S17-S19. .*
97. *Ballweg M. L. Big picture of endometriosis helps provide guidance on approach to teens: comparative historical data show endo starting younger, is more severe //Journal of pediatric and adolescent gynecology. – 2003. – T. 16. – №. 3. – C. S21-S26. .*
98. *Knox B. et al. A longitudinal study of adolescent dysmenorrhoea into adulthood //European journal of pediatrics. – 2019. – T. 178. – №. 9. – C. 1325-1332. .*

99. Dessole M., Melis G. B., Angioni S. *Endometriosis in adolescence //Obstetrics and gynecology international.* – 2012. – T. 2012. .
100. Saridoğan E. *Adolescent endometriosis //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* – 2017. – T. 209. – C. 46-49. .
101. Galczyński K. et al. *Ovarian endometrioma—a possible finding in adolescent girls and young women: a mini-review //Journal of ovarian research.* – 2019. – T. 12. – №. 1. – C. 1-8. .
102. Cope A. G., VanBuren W. M., Sheedy S. P. *Endometriosis in the postmenopausal female: clinical presentation, imaging features, and management //Abdominal Radiology.* – 2019. – C. 1-10. .
103. Al Kadri H. et al. *Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause //Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2009. – №. 1. .
104. Soliman N. F., Hillard T. C. *Hormone replacement therapy in women with past history of endometriosis //Climacteric.* – 2006. – T. 9. – №. 5. – C. 325-335. .
105. Zanello M. et al. *Hormonal Replacement Therapy in Menopausal Women with History of Endometriosis: A Review of Literature //Medicina.* – 2019. – T. 55. – №. 8. – C. 477. .
106. de Almeida Asencio F. et al. *Symptomatic endometriosis developing several years after menopause in the absence of increased circulating estrogen concentrations: a systematic review and seven case reports //Gynecological Surgery.* – 2019. – T. 16. – №. 1. – . .
107. Gemmell L. C. et al. *The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review //Human reproduction update.* – 2017. – T. 23. – №. 4. – C. 481-500. .
108. Inceboz U. *Endometriosis after menopause //Women's Health.* – 2015. – T. 11. – №. 5. – C. 711-715. .
109. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines<sup>TM</sup>). Ovarian Cancer Including Fallopian Tube Cancer & Primary Peritoneal Cancer., vol. Version 2. 2011.*
110. Oral E. et al. *Concomitant endometriosis in malignant and borderline ovarian tumours //Journal of Obstetrics and Gynaecology.* – 2018. – T. 38. – №. 8. – C. 1104-1109. .
111. Anglesio M. S., Yong P. J. *Endometriosis-associated ovarian cancers //Clinical obstetrics and gynecology.* – 2017. – T. 60. – №. 4. – C. 711-727. .

# Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

**Адамян Лейла Владимировна** - академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

**Андреева Елена Николаевна** - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора - директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ГНЦ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, президент Международной ассоциация акушеров, гинекологов и эндокринологов, член Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, РОСГЭМ.

**Абсатарова Юлия Сергеевна** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, является членом международной ассоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

**Артымук Наталья Владимировна** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово).

**Беженарь Виталий Федорович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

**Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

**Гус Александр Иосифович** - доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения функциональной диагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

**Доброхотова Юлия Эдуардовна** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ЛФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Заслуженный врач РФ, Заслуженный Деятель науки РФ, Лауреат Премии Правительства РФ, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

**Долгушина Наталья Витальевна** - д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, гласный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин, член Президиума правления Российского общества акушеров-гинекологов.

**Калинина Елена Анатольевна** - доктор медицинских наук, заведующая отделением вспомогательных технологий в лечении бесплодия ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, является членом Российского общества акушеров-гинекологов

**Леваков Сергей Александрович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов

**Малышкина Анна Ивановна** - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов

**Назаренко Татьяна Алексеевна** - д.м.н., профессор, директор института репродуктивной медицины ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

**Пивазян Лаура Горовна** – врач-акушер-гинеколог ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

**Сутурина Лариса Викторовна** – д.м.н., профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (г. Иркутск).



**Уварова Елена Витальевна** - член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующая 2 гинекологическим отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Министерства здравоохранения РФ, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ИПО ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Министерства здравоохранения Российской Федерации, президент Ассоциации детских и подростковых гинекологов России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

**Файзуллин Ильдар Фаридович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, председатель общества акушеров-гинекологов Республики Татарстан, заслуженный деятель науки Республики Татарстан, заслуженный врач Республики Татарстан, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

**Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный акушер-гинеколог ФМБА России, заместитель директора ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины.

**Тоноян Нарине Марзпетуновна** – к.м.н., врач-акушер-гинеколог ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

**Хашукоева Ассият Зульчифовна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушества и гинекологии лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу

**Хашенко Елена Петровна** - Кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник 2 гинекологического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

**Чернуха Галина Евгеньевна** - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, президент МОО Ассоциация гинекологов-эндокринологов.

**Ярмолинская Мария Игоревна** – профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гинекологии и эндокринологии репродукции ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

**Яроцкая Екатерина Львовна** - доктор медицинских наук, профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

**Конфликт интересов:**

Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

## Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-акушеры-гинекологи,
2. Врачи-эндокринологи,
3. Врачи-хирурги,
4. Врачи-урологи,
5. Врачи-онкологи,
6. Врачи семейной медицины,
7. Студенты, ординаторы, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических,

лечебных, реабилитационных вмешательств)

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

# Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями);
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».
3. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015.
4. NICE Guideline “Endometriosis: diagnosis and management”. September 2017. Last updated: 16 April 2024 date of access 22.07.24 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/chapter/Context>
5. ACOG. Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. 2018. date of access 22.07.24 <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/12/dysmenorrhea-and-endometriosis-in-the-adolescent>
6. Leyland N., Casper R., Laberge Ph. et al. Endometriosis: Diagnosis and Management // Clinical Practice Guideline // JOGC. – 2010. – Vol. 32. – № 7. – P. 1–27.
7. ACOG Committee Opinion No. 760 Summary: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. Obstet Gynecol. 2018;132(6):1517-1518.
8. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines™). Ovarian Cancer Including Fallopian Tube Cancer & Primary Peritoneal Cancer. Version 2. – 2011.
9. Hwang H, Chung YJ, Lee SR, Park HT, Song JY, Kim H, Lee DY, Lee EJ, Kim MR, Oh ST. Clinical evaluation and management of endometriosis: guideline for Korean patients from Korean Society of Endometriosis. Obstet Gynecol Sci. 2018 Sep;61(5):553-564.
10. Endometriosis and infertility: a committee opinion. ASRM. 2012
11. Endometriosis: Diagnosis and Management. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. No. 244, July 2010
12. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции.

13. Abrao M. S. et al. AAGL 2021 endometriosis classification: an anatomy-based surgical complexity score //Journal of minimally invasive gynecology. – 2021. – T. 28. – №. 11. – С. 1941-1950
14. Hirsch M. et al. Diagnosis and management of endometriosis: a systematic review of international and national guidelines //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2018
15. Burghaus S. et al. Diagnosis and treatment of endometriosis. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2k Level, AWMF registry number 015/045, August 2020) //Geburtshilfe und Frauenheilkunde. – 2021. – T. 81. – №. 04. – С. 422-446
16. Singh S. S. et al. Guideline No. 449: Diagnosis and Impact of Endometriosis—A Canadian Guideline //Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2024
17. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022

### Классификации эндометриоза

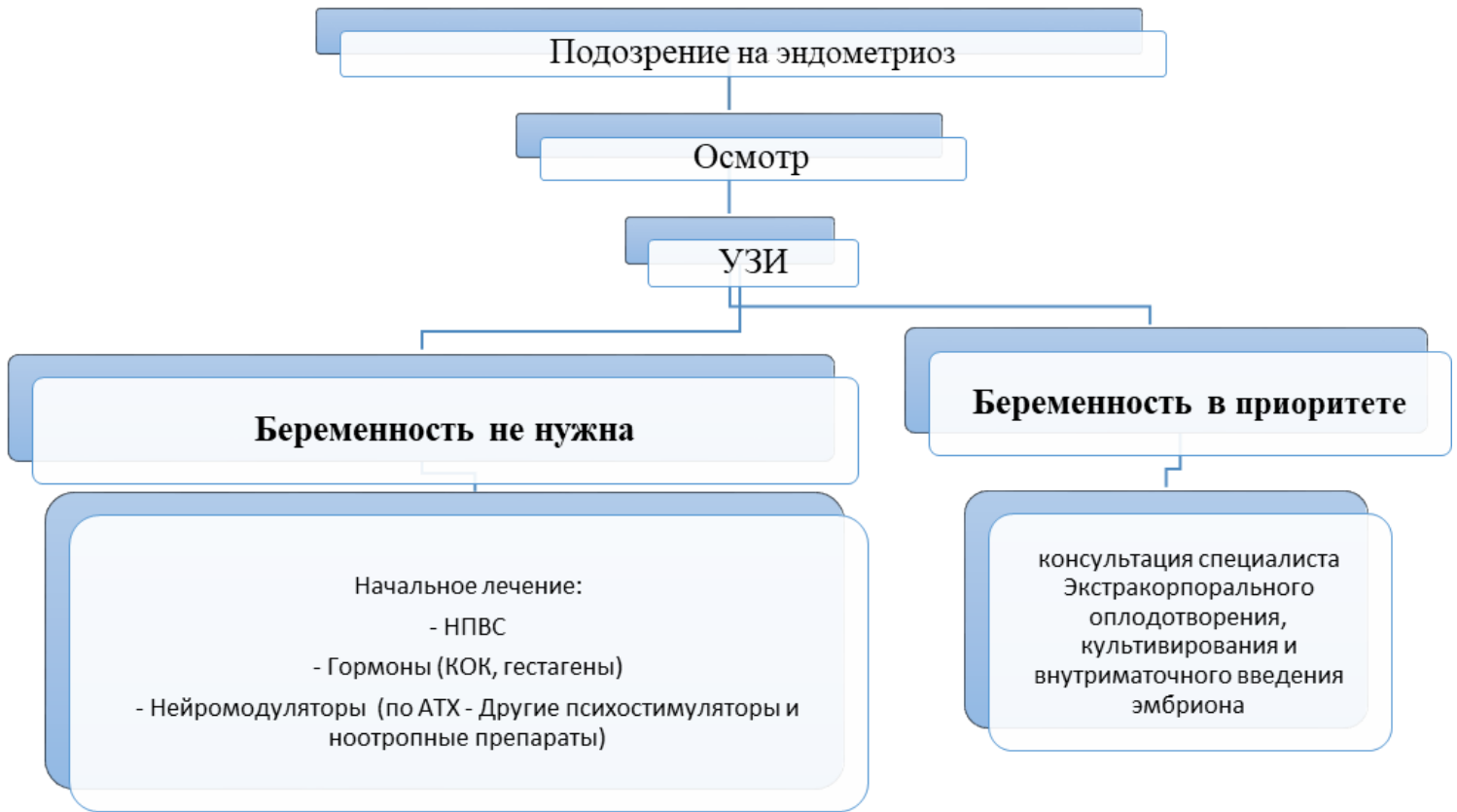
## Эндометриоз. Классификации.

Наружного	Инфильтративного (ретроцервикального)	Аденомиоза																																																											
<div style="text-align: center;">  <p>AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS</p> </div> <div style="font-size: small;"> <p>Person's Name: _____ Date: _____</p> <p>Age (years): _____ Menstrual Cycle (days): _____</p> <p>Stage (ASRM): _____ Symptom(s): _____</p> <p>Stage (ASRM): _____ Recommended Treatment: _____</p> <p>Stage (ASRM): _____ Program: _____</p> <p>Total: _____</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">CLASSIFICATION</th> <th colspan="3">Endometriosis</th> </tr> <tr> <th>&lt; 1 cm</th> <th>1-3 cm</th> <th>&gt; 3 cm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">OVARY</td> <td>Superficial</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Deep</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">PERITONEUM</td> <td>Peritoneal</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Complex</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Complex</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">ADENOMIOSIS</td> <td>&lt; 1 thickness</td> <td>1-2 thickness</td> <td>&gt; 2 thickness</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>4</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>4</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Vagina</td> <td>Uterine</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>4</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uterine</td> <td>4</td> <td>16</td> </tr> </tbody> </table> <div style="font-size: x-small; margin-top: 5px;"> <p>* If the thickness of the uterine wall is completely obscured change the score assigned to it</p> <p>Abbreviations: peritoneal (peritoneum), retroperitoneum, or thick (1/2) thick, heterotopic deposits, thick (3/4) dense peritoneal wall</p> <p>Classification: 0, 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> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Additional Endometriosis: _____ Associated Pathology: _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>To be Used with Normal Tubes and Ovaries</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>To be Used with Absent Tubes and/or Ovaries</p>  </div> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: large;">rASRM, 1996</p> <p style="text-align: center;">Частое несоответствие стадии распространения, определенной путем подсчета баллов, истинной тяжести заболевания</p> </div>	CLASSIFICATION	Endometriosis			< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm	OVARY	Superficial	2	4	Deep	2	4	Uterine	2	4	Uterine	2	4	PERITONEUM	Peritoneal	2	4	Complex	2	4	Uterine	2	4	Complex	2	4	ADENOMIOSIS	< 1 thickness	1-2 thickness	> 2 thickness	Uterine	2	4	Uterine	4	16	Uterine	4	16	Vagina	Uterine	2	4	Uterine	4	16	Uterine	2	4	Uterine	4	16	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>Стадия I</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>Стадия II</b></p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>Стадия III</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>Стадия IV</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: large;">Адамян Л. В. с соавт. 1993</p> <p style="text-align: center;">Закономерности развития от более легких к более тяжелым стадиям нет!</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>Стадия I</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>Стадия II</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>Стадия III</b></p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  <p><b>Стадия IV</b></p> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: large;">Классификация внутреннего эндометриоза (аденомиоза) в зависимости от распространения процесса</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>Узловой аденомиоз</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>Очаговый аденомиоз</b></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>Диффузный аденомиоз</b></p> </div> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: large;">Виды аденомиоза. Аденомиоз может быть диффузным, очаговым, кистозным или узловым. Адамян Л. В. с соавт. 1993</p>
CLASSIFICATION		Endometriosis																																																											
	< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm																																																										
OVARY	Superficial	2	4																																																										
	Deep	2	4																																																										
	Uterine	2	4																																																										
	Uterine	2	4																																																										
PERITONEUM	Peritoneal	2	4																																																										
	Complex	2	4																																																										
	Uterine	2	4																																																										
	Complex	2	4																																																										
ADENOMIOSIS	< 1 thickness	1-2 thickness	> 2 thickness																																																										
	Uterine	2	4																																																										
	Uterine	4	16																																																										
	Uterine	4	16																																																										
Vagina	Uterine	2	4																																																										
	Uterine	4	16																																																										
	Uterine	2	4																																																										
	Uterine	4	16																																																										

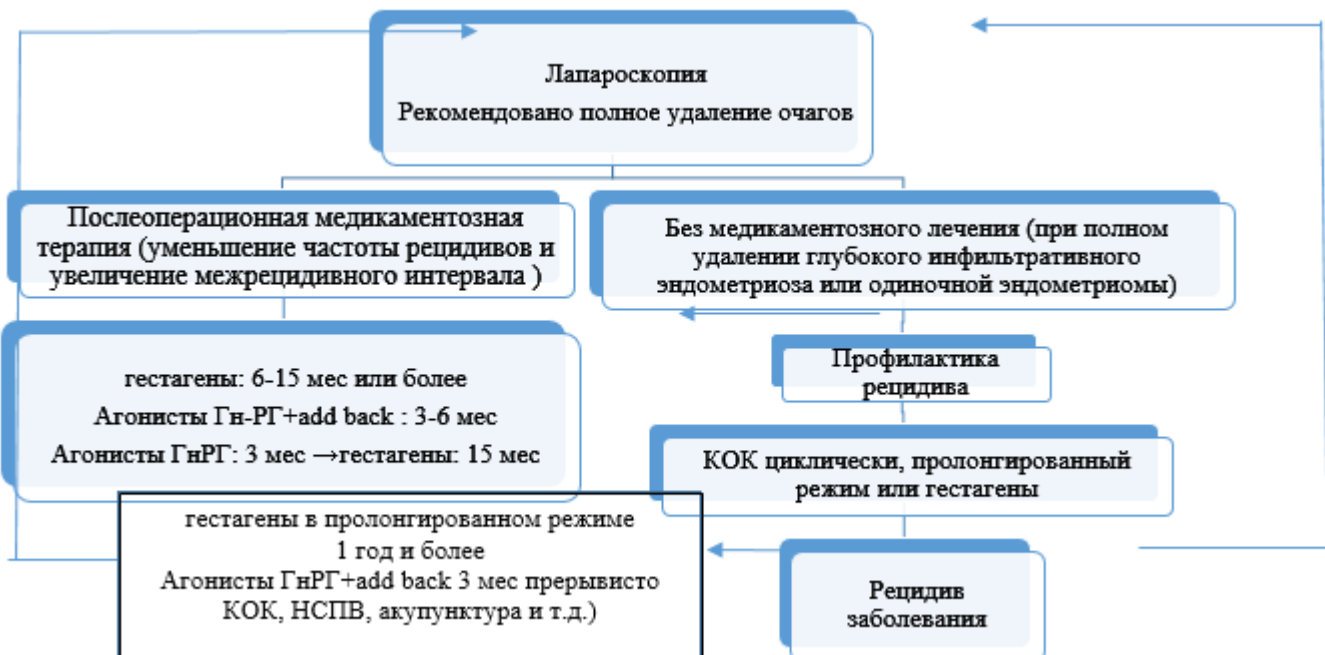


# Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм действий врача при подозрении на эндометриоз [8]



Тактика врача после оперативного лечения эндометриоза [120]





# Приложение В. Информация для пациента

- 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 комплексное, 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 и противоревматические препараты – по АТХ - нестероидные противовоспалительные и противоревматические 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.
- Несмотря на ограниченное количество доказательств эффективности, некоторым женщинам могут уменьшить боль и улучшить качество жизни следующие интервенции: рефлексология, чрескожная электрическая нервная стимуляция (ЧЭНС – по НМУ - Чрескожная электронейростимуляция при заболеваниях периферической нервной системы), иглоукалывание, витамин В1 (по АТХ - тиамин\*\*) и препараты магния, традиционная китайская медицина, фитотерапия и гомеопатия.

# Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

## Приложение Г1 Визуально- аналоговая шкала боли (ВАШ)

Название на русском языке: Визуально-аналоговая шкала боли

Оригинальное название: Visual analogue scale.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация валидацией): visualanalogscaleVAS. Clark, W. Crawford

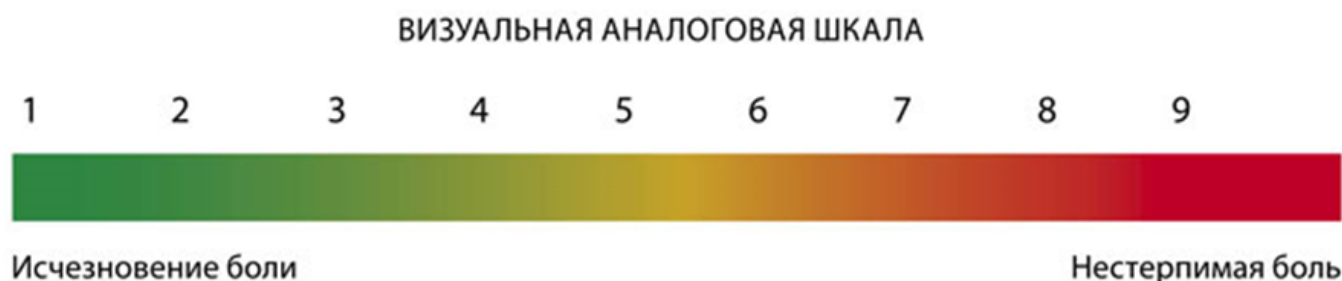
Chokhavatia, Sita S.Kashani, Abbas. Pain Management Secrets. 2009.

Clark, Susanne Bennett

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Содержание (шаблон):



Ключ: ВАШ представляет собой прямую линию длиной 10 см. Пациенту предлагается сделать на линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли. Начальная точка линии обозначает отсутствие боли – 0, затем идет слабая, умеренная, сильная, конечная, невыносимая боли – 10. Расстояние между левым концом линии и сделанной отметкой измеряется в миллиметрах.

Пояснения: Производить оценку рекомендуем при включении пациента в исследование до вмешательства (лечение, операция). Так как заполнение анкеты ВАШ не требует много времени, оценку можно проводить ежедневно в течение всего курса лечения. Полученные таким образом данные могут явиться ценным отображением обезболивающего эффекта проводимого лечения. Следует так же по возможности вести учет объема анальгезирующей терапии и включать ее анализ в отчетные данные при оценке болевого синдрома.

## Приложение Г2. Определение индекса фертильности при эндометриозе

Название на русском языке: Определение индекса фертильности при эндометриозе.

Оригинальное название: Endometriosis fertility index.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): The Endometriosis Fertility Index, EFI.

G. David Adamson, M.D. and David J. Pasta, M.S. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertil Steril* 2010;94(5):1609-15

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

Содержание (шаблон):

**Рисунок 1. Расчет индекса фертильности эндометриоза. (Адаптировано по Adamson and Pasta, *Fertil Steril* 2010;94(5):1609-15)** 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.

## Определение минимальной сохраненной функции по заключению хирурга

Оценка	Описание		Слева	Справа
4	= нормальная	Фаллопиева труба	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	= легкая степень дисфункции			
2	= умеренная дисфункция	Фимбрии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	= тяжелая дисфункция			
0	= отсутствие органа/потеря функции	Яичник	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Наименьшая оценка функции  
(Least Function score, LF)



## Расчет индекса фертильности при эндометриозе

Анамнестические данные			Данные хирургического вмешательства		
Фактор	Определение	Баллы	Фактор	Определение	Баллы
Возраст	≤ 35 лет	2	LF-оценка	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:			Итог операционных данных:		

**Индекс фертильности = +**

Пояснение: Расчет этого показателя включает в себя данные хирургического заключения после лапароскопии, данные анамнеза и другие параметры оценки по AFS-классификации [American Fertility Society. Revised American Fertility Society classification of endometriosis: 1985. Fertil Steril 1985;43:351–2.] (Рис. 1). Необходимым условием для расчета индекса фертильности является лапароскопически подтвержденный эндометриоз с заключением врача-хирурга, включающее оценку функции главных анатомических структур, участвующих в репродукции. Разработаны специальные таблицы для интраоперационного определения степени нарушения функции органов малого таза [1,3].

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 (рис.2).

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

## Частота наступления беременности при определенном индексе фертильности

