

Ендометріоз: діагностика та лікування (NG73)

Настанова NICE

Опубліковано: 6 вересня 2017 року. Останнє оновлення: 16 квітня 2024 року

Джерело: www.nice.org.uk/guidance/ng73. ISBN: 978-1-4731-5918-1

Переклад Л. В. Пахаренко

Ваша відповідальність

Рекомендації в цій настанові представляють погляд Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги (National Institute for Health and Care Excellence, NICE), вона сформована після ретельного вивчення наявних доказів. Передбачається, що фахівці та практикуючі лікарі, приймаючи рішення, повинні повністю враховувати цю настанову, а також індивідуальні особливості, уподобання та цінності своїх пацієнтів або людей, які користуються їхніми послугами, а також індивідуальні потреби, уподобання та цінності.

Застосування рекомендацій не є обов'язковим, і настанова не скасовує відповідальності за прийняття рішень, що узгоджуються з обставинами конкретної особи, після консультацій з нею та її сім'єю, а також опікунами чи піклувальниками.

Про всі проблеми (несприятливі наслідки), пов'язані з лікарським засобом або медичним виробом, що застосовується для лікування або під час втручання, слід повідомляти в Агентство з регулювання лікарських засобів і виробів медичного призначення (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency), використовуючи схему «Жовта картка» (Yellow Card Scheme).

Місцеві уповноважені та постачальники медичних послуг несуть відповідальність за забезпечення можливості застосування принципів настанови, якщо окремі фахівці та люди, які користуються послугами, бажають її застосувати. Вони повинні робити це в контексті місцевих і національних пріоритетів фінансування та розвитку послуг, а також у межах своїх обов'язків належним чином, враховувати необхідність ліквідації незаконної дискримінації, сприяння рівності можливостей і зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я. Ніщо в цій настанові не повинно тлумачитися як таке, що суперечить виконанню цих обов'язків.

Уповноважені та постачальники послуг несуть відповідальність за розвиток стійкої системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги, а також повинні оцінювати та зменшувати негативний вплив на навколишнє середовище при впровадженні рекомендацій NICE, де це можливо.

Огляд

Ця настанова присвячена діагностиці та лікуванню ендометріозу. Вона спрямована на підвищення обізнаності щодо симптомів ендометріозу та надання чітких рекомендацій стосовно заходів, яких слід вжити, коли жінки та особи з ознаками та симптомами захворювання вперше звертаються до медичних закладів. У ній також подано поради щодо спектра доступних методів лікування.

Ця настанова оновлює і замінює рекомендації щодо ендометріозу в настанові NICE з проблем безпліддя («NICE's guideline on fertility problems»), яка містить рекомендації щодо тестів на безпліддя і методи лікування, такі як допоміжні репродуктивні технології.

Для кого?

- Фахівців у галузі охорони здоров'я
- Уповноважених та провайдерів
- Жінок та осіб з підозрою на ендометріоз або підтвердженим діагнозом ендометріозу, їхніх сімей та опікунів.

Рекомендації

Люди мають право брати участь в обговоренні та приймати поінформовані рішення щодо свого лікування, як описано в інформації NICE про прийняття рішень щодо Вашого лікування («NICE's information on making decisions about your care»).

Використання інклюзивної мови в охороні здоров'я є важливим для безпеки, а також сприяє рівності, повазі та ефективній комунікації з усіма. У цій настанові інклюзивна мова не використовується повністю або частково, тому що:

- докази не були проаналізовані, і з експертних висновків незрозуміло, на які саме групи поширюється рекомендація, або
- докази були проаналізовані, але інформація, доступна для деяких груп, була занадто обмеженою, щоб сформулювати конкретні рекомендації, або
- лише дуже обмежена кількість рекомендацій була оновлена безпосередньо у відповідь на нові докази або для відображення змін у практиці.

Медичні працівники повинні використовувати своє клінічне судження під час виконання рекомендацій, беручи до уваги обставини, потреби та вподобання людини, а також забезпечуючи гідне та поважне ставлення до всіх людей протягом усього періоду надання їм медичної допомоги.

В інформації NICE про прийняття рішень щодо Вашого лікування («NICE's information on making decisions about your care») пояснюється, як ми використовуємо слова, щоб показати силу (або достовірність) наших рекомендацій, а також надано інформацію про призначення ліків (включаючи використання не за призначенням), професійні настанови, стандарти і закони (зокрема про згоду і дієздатність), а також про охорону здоров'я.

NICE також розробив посібник для прийняття рішень пацієнтами щодо гормонального лікуван-

ня ендометріозу («Patient decision aid on hormonal treatment for endometriosis»).

1.1. Організація догляду

1.1.1. Створити клінічну мережу (див. нижче) для жінок з підозрою або підтвердженням діагнозом ендометріозу, що складається з послуг на рівні громади (включаючи лікарів загальної практики, медичних сестер, шкільних медсестер та служби сексуального здоров'я), гінекологічних послуг (див. нижче «Гінекологічні послуги для жінок з підозрою або підтвердженням діагнозом ендометріозу») та спеціалізованих послуг з лікування ендометріозу (див. нижче «Спеціалізовані послуги з лікування ендометріозу (центри ендометріозу)»).

1.1.2. Товариства, гінекологічні та спеціалізовані служби з вивчення питання ендометріозу (центри ендометріозу) повинні:

- надавати координовану допомогу жінкам з підозрою на ендометріоз або з підтвердженням діагнозом ендометріозу
- мати можливість швидко провести діагностику та призначити лікування ендометріозу, оскільки затримка може вплинути на якість життя та призвести до прогресування захворювання.

Гінекологічні послуги для жінок з підозрою або підтвердженням діагнозом ендометріозу

1.1.3. Жінки з підозрою на ендометріоз або з підтвердженням ендометріозом повинні мати доступ до гінекологічних послуг, які надають:

- гінеколог з досвідом діагностики та лікування ендометріозу, включаючи підготовку та навички лапароскопічної хірургії
- медсестра з досвідом роботи з пацієнтами, які мають ендометріоз
- мультидисциплінарна служба вивчення болю
- медичний працівник, який проводить візуальну діагностику гінекологічних захворювань
- а також послуги з лікування безпліддя.

Спеціалізовані послуги з лікування ендометріозу (центри ендометріозу)

1.1.4. Необхідно забезпечити доступ до спеціалізованих послуг з лікування ендометріозу (центри ендометріозу), які надають:

- гінекологи з досвідом діагностики та лікування ендометріозу, включаючи передові лапароскопічні хірургічні навички
- колоректальний хірург, який має досвід лікування ендометріозу
- уролог, який має досвід лікування ендометріозу
- медсестра-спеціаліст з ендометріозу
- мультидисциплінарна служба вивчення болю з досвідом лікування тазового болю
- медичний працівник з досвідом проведення візуальної діагностики ендометріозу
- передові діагностичні лабораторні служби (наприклад радіологія та гістопатологія)
- а також послуги з лікування безпліддя.

1.2. Інформація та підтримка при ендометріозі

1.2.1. Пам'ятайте, що ендометріоз може бути тривалим захворюванням і значно впливати на фізичні, сексуаль-

ні, психологічні та соціальні результати. Жінки можуть мати особливі потреби і потребувати тривалої підтримки.

1.2.2. Оцініть індивідуальні потреби жінок із підозрою на ендометріоз або підтвердженням діагнозом ендометріозу під час надання інформації та підтримки, беручи до уваги їхні обставини, симптоми, пріоритети, бажання мати дітей, аспекти повсякденного життя, роботу та навчання, культурні особливості, а також їхні фізичні, психосексуальні та емоційні потреби.

1.2.3. Надавайте інформацію та підтримку жінкам із підозрою на ендометріоз або підтвердженням діагнозом ендометріозу, яка повинна включати такі дані:

- що таке ендометріоз
- симптоми та ознаки ендометріозу
- як діагностується ендометріоз
- варіанти лікування
- місцеві групи підтримки, онлайн-форуми та національні благодійні організації, а також способи доступу до них.

1.2.4. Якщо жінка згодна, залучіть її партнера (та/або інших членів сім'ї чи важливих для неї людей) до обговорення. Для отримання додаткових рекомендацій щодо надання інформації та залучення членів сім'ї та опікунів див. настанову NICE щодо досвіду пацієнтів в отриманні послуг Національної служби здоров'я для дорослих («NICE guideline on patient experience in adult NHS services»).

1.3. Симптоми та ознаки ендометріозу

1.3.1. Підозра на ендометріоз у жінок (включаючи молодих жінок віком до 17 років), які мають 1 або більше з наведених нижче симптомів або ознак:

- хронічний тазовий біль (див. нижче «хронічний тазовий біль»)
- біль, пов'язаний з менструацією (дисменорея), що впливає на повсякденну діяльність та якість життя
- сильний біль під час або після статевого акту
- пов'язані з менструацією або циклічні шлунково-кишкові симптоми, зокрема болісні випорожнення
- пов'язані з менструацією або циклічні сечові симптоми, зокрема, кров у сечі або біль при сечовипусканні
- безпліддя у поєднанні з 1 або більше з вище перерахованих факторів.

1.3.2. Поінформуйте жінок із підозрою на ендометріоз або підтвердженням діагнозом ендометріозу про те, що ведення щоденника болю та симптомів може допомогти в обговоренні.

1.3.3. Запропонуйте жінкам із підозрою на ендометріоз обстеження органів черевної порожнини та малого таза для виявлення абдомінальних утворень у тазі з ознаками, такими як зменшення рухливості та збільшення органів, ніжні вузлики в задньому склепінні піхви та видимі ендометріюїдні ураження піхви.

1.3.4. Якщо тазове обстеження не є доцільним, запропонуйте абдомінальне обстеження для виключення наявності утворень.

1.4. Направлення жінок із підозрою на ендометріоз або підтвердженням діагнозом ендометріозу

1.4.1. Розгляньте можливість скерування жінок до гінекологічної служби (див. «Гінекологічні послуги

для жінок з підозрою або підтвердженим діагнозом ендометріозу») для отримання висновку УЗД або гінеколога, якщо:

- наявні тяжкі, стійкі або рецидивні симптоми ендометріозу
- наявні тазові ознаки ендометріозу *або*
- початкове лікування неефективне, не переноситься або протипоказане.

1.4.2. Скерувати жінок до спеціалізованої служби з лікування ендометріозу (див. «Спеціалізовані послуги з лікування ендометріозу (центри ендометріозу)»), якщо у них є підозра на ендометріоз або він підтвердився:

- глибокий ендометріоз із залученням кишечника, сечового міхура або сечоводу, або
- ендометріоз поза порожниною малого таза.

1.4.3. Розгляньте можливість перенаправлення молодих жінок (віком до 17 років) з підозрою на ендометріоз або з підтвердженим діагнозом ендометріозу до служби дитячої та підліткової гінекології, гінекологічної служби або спеціалізованої служби ендометріозу (центру ендометріозу) залежно від місцевих можливостей надання послуг.

1.5. Діагностика ендометріозу

1.5.1. Не виключайте можливості діагнозу ендометріозу, якщо результати обстеження органів черевної порожнини або малого таза, УЗД або МРТ в нормі. Якщо клінічна підозра залишається або симптоми не зникають, розгляньте можливість направити пацієнта на подальше обстеження.

Ультразвукове обстеження

1.5.2. Подумайте про доцільність проведення трансвагінального ультразвукового дослідження:

- для обстеження за підозри на ендометріоз, навіть якщо дані обстеження органів малого таза та/або черевної порожнини в нормі
- для виявлення ендометріом і глибокого ендометріозу, що поширюється на кишечник, сечовий міхур або сечовід.

1.5.3. Якщо трансавагінальне сканування не доступне, розгляньте можливість трансабдомінального ультразвукового обстеження малого таза.

Визначення СА125 у сироватці крові

1.5.4. Не використовуйте визначення рівня СА125 у сироватці крові для діагностики ендометріозу.

1.5.5. Якщо наявне обстеження на рівень СА125 у сироватці крові, то пам'ятайте про:

- підвищений рівень СА125 у сироватці крові (тобто 35 МО/мл або більше) може свідчити про наявність ендометріозу
- ендометріоз може бути наявний, незважаючи на нормальний рівень СА125 у сироватці крові (менше 35 МО/мл).

МРТ

1.5.6. Не використовуйте МРТ органів малого таза як первинне дослідження для діагностики ендометріозу у жінок із симптомами або ознаками, що свідчать про ендометріоз.

1.5.7. Розгляньте можливість проведення МРТ органів малого таза, щоб оцінити ступінь глибокого ендометріозу з ураженням кишечника, сечового міхура або сечоводів.

1.5.8. Переконайтеся, що МРТ органів малого таза інтерпретується медичним працівником, який має спеціальний досвід використання методів діагностичної візуалізації гінекологічної патології.

Діагностична лапароскопія

Також див. розділ «Хірургічне лікування» та розділ «Тактика ведення при плануванні вагітності».

1.5.9. Розгляньте можливість проведення лапароскопії для діагностики ендометріозу у жінок із підозрою на ендометріоз, навіть якщо результати УЗД були в нормі.

1.5.10. Жінкам із підозрою на глибокий ендометріоз з ураженням кишечника, сечового міхура або сечоводів перед оперативною лапароскопією слід провести УЗД органів малого таза або МРТ.

1.5.11. Під час діагностичної лапароскопії гінеколог, який має підготовку та навички лапароскопічної хірургії лікування ендометріозу, повинен проводити системне обстеження малого таза.

1.5.12. Під час діагностичної лапароскопії розгляньте можливість проведення біопсії за підозри на ендометріоз:

- для підтвердження діагнозу ендометріозу (пам'ятайте, що негативний результат гістологічного дослідження не виключає наявності ендометріозу)
- для виключення злоякісності, якщо ендометріом лікується консервативно і не буде видалена.

1.5.13. Якщо повна оглядова лапароскопія виконана і результати її в нормі, поясніть жінці, що у неї немає ендометріозу, і запропонуйте альтернативне лікування.

1.6. Визначення стадій процесу

1.6.1. Запропонуйте лікування ендометріозу відповідно до симптомів, уподобань та пріоритетів жінки, а не стадії ендометріозу.

1.6.2. Під час діагностики ендометріозу гінеколог повинен задокументувати детальний опис зовнішнього вигляду та локалізації ендометріозу.

1.7. Моніторинг для жінок із підтвердженим діагнозом ендометріозу

1.7.1. Розгляньте можливість амбулаторного спостереження (з обстеженням та методами візуалізації органів малого таза або без них) за жінками з підтвердженим діагнозом ендометріозу, особливо за жінками, які вирішили не оперуватись, якщо у них є:

- глибокий ендометріоз із залученням кишечника, сечового міхура або сечоводу *або*
- 1 чи більше ендометріом розміром більше 3 см.

1.8. Фармакологічне лікування болю

Анальгетики

1.8.1. З жінками, які страждають від болю, пов'язаного з ендометріозом, обговоріть переваги та ризики застосування анальгетиків, беручи до уваги супутні захворювання та вподобання пацієнтки.

1.8.2. Розгляньте можливість короткого застосування (наприклад 3 міс) парацетамолу або нестероїдного протизапального препарату (НПЗП) окремо або в комбінації для лікування болю, пов'язаного з ендометріозом, як першої лінії терапії.

1.8.3. Якщо вживання парацетамолу або НПЗП (окремо або в комбінації) не забезпечує адекватного знеболювання, розгляньте інші форми знеболювання і скеруйте пацієнта для подальшого обстеження.

Нейромодулятори та лікування невропатичного болю

1.8.4. Рекомендації щодо використання нейромо- дуляторів для лікування невропатичного болю див. у настанові NICE щодо невропатичного болю («NICE guideline on neuropathic pain»).

Гормональне лікування

NICE розробив посібник для пацієнтів щодо прийняття рішень про гормональне лікування ендометріозу («Patient decision aid on hormonal treatment for endometriosis»).

1.8.5. Поясніть жінкам із підозрою на ендометріоз або підтвердженим діагнозом ендометріозу, що гормональне лікування ендометріозу може зменшити біль і не має постійного негативного впливу на подальшу фертильність.

1.8.6. Запропонуйте гормональне лікування (наприклад, комбіновані оральні контрацептиви або прогеста- гени) жінкам із підозрою на ендометріоз, підтверджен- ним або рецидивним ендометріозом.

У вересні 2017 року деякі комбіновані оральні контрацептиви або прогестагени почали призначати без зазначення показань до лікування ендометріозу. Див. інформацію NICE про призначення ліків («NICE's information on prescribing medicines»).

Якщо початкове гормональне лікування ендометріозу неефективне, жінка його не переносить або воно протипоказане, скеруйте її до гінекологічної служби (див. «Гінекологічні послуги для жінок з підозрою або підтвердженим діагнозом ендометріозу»), спеціалізо- ваної служби з лікування ендометріозу (див. «Спеці- алізовані послуги з лікування ендометріозу (центри ендометріозу)») або до служби з дитячої та підліткової гінекології (див. «Служба дитячої та підліткової гіне- кології») для обстеження та вибору лікування.

1.9. Немедикаментозне лікування

1.9.1. Проінформуйте жінок, що наявні докази не підтверджують використання традиційної китайської медицини або інших китайських рослинних лікар- ських засобів чи добавок для лікування ендометріозу.

1.10. Хірургічне лікування

1.10.1. Розпитайте жінок із підозрою на енде- метріоз або підтвердженим діагнозом ендометріозу про їхні симптоми, вподобання та пріоритети щодо болю та фертильності, щоб допомогти у прийнятті рішення щодо хірургічного лікування.

1.10.2. Обговоріть варіанти хірургічного лікування з жінками з підозрою на ендометріоз або з підтвердженим діагнозом ендометріозу. Обговорення може включати:

- пояснення про те, що виконується під час лапа- роскопії
- що лапароскопія може включати хірургічне ліку- вання (за попередньою згодою пацієнта)
- як лапароскопічна операція може вплинути на симптоми ендометріозу
- можливі переваги та ризики лапароскопічної хі- рургії
- можливу потребу в подальшому хірургічному

втручанні (наприклад, за рецидиву ендометріозу або за виникнення ускладнень)

- можливу необхідність подальшої планової опера- ції з приводу глибокого ендометріозу з уражен- ням кишечника, сечового міхура або сечоводу.

1.10.3. Виконуйте операцію з приводу ендометріозу лапароскопічно, якщо немає протипоказань.

1.10.4. Під час лапароскопії для діагностики енд- метріозу розгляньте можливість лапароскопічного лі- кування таких захворювань за їхньої наявності:

- перитонеальний ендометріоз, не пов'язаний з ки- шечником, сечовим міхуром або сечоводом
- неускладнені ендометріоми яєчників.

1.10.5. Як доповнення до операції з приводу глибоко- го ендометріозу кишечника, сечового міхура або сечоводу розгляньте можливість застосування агоністів гонадотро- пін-рилізінг-гормону протягом 3 міс. перед операцією.

У вересні 2017 року було призначено деякі агоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів без зазначення пока- зань в інструкції. Див. інформацію NICE про призначен- ня ліків («NICE's information on prescribing medicines»).

1.10.6. Для лікування ендометріом розгляньте мож- ливість видалення, а не абляції, беручи до уваги ба- жання жінки мати дітей та її оваріальний резерв. Та- кож див. розділ про тестування оваріального резерву в настанові NICE з проблем фертильності (section on ovarian reserve testing in the NICE guideline «Fertility problems: assessment and treatment»).

Комбіноване лікування

1.10.7. Після лапароскопічного видалення або абля- ції ендометріозу розгляньте можливість гормонально- го лікування (наприклад комбінованими оральними контрацептивами), щоб продовжити ефективність опе- ративного лікування і полегшити симптоми.

У вересні 2017 року було призначено без зазначен- ня показань в інструкції деякі гормональні препарати (зокрема комбіновані оральні контрацептиви). Див. інформацію NICE про призначення ліків («NICE's information on prescribing medicines»).

Гістеректомія у поєднанні з хірургічним лікуванням

1.10.8. Якщо показана гістеректомія (наприклад, якщо у жінки аденоміоз або тяжка менструальна кровотеча, яка не піддається іншим методам лікування), видаліть всі видимі ураження ендометрія під час гістеректомії.

1.10.9. Виконайте гістеректомію (з або без оваріоек- томії) лапароскопічно у поєднанні з хірургічним ліку- ванням ендометріозу, якщо немає протипоказань.

1.10.10. З жінками, які схилиються до гістеректомії, обговоріть такі моменти:

- що таке гістеректомія і коли вона може знадобитися
- можливі переваги та ризики гістеректомії
- можливі переваги та ризики одночасного прове- дення оофорекомії
- як гістеректомія (з або без оваріоектомії) може вплинути на симптоми ендометріозу
- що гістеректомія повинна поєднуватися з висі- ченням усіх видимих уражень ендометрія
- рецидив ендометріозу та можлива потреба в по- дальшому хірургічному втручанні
- можливі переваги та ризики замісної гормональ- ної терапії після гістеректомії з оваріоектомією

(також див. настанову NICE щодо менопаузи – «NICE guideline on menopause»).

Тактика ведення під час планування вагітності

Рекомендації, наведені в цьому розділі, слід інтерпретувати в контексті настанови NICE з проблем фертильності («NICE's guideline on fertility problems»). До лікування субфертильності, пов'язаної з ендометріозом, має бути залучена мультидисциплінарна команда з участю спеціаліста з репродуктології та надано доступ до послуг з лікування безпліддя. Залежно від тяжкості ендометріозу, це може бути гінекологічна служба вторинної медичної допомоги або спеціалізована служба ендометріозу третинної медичної допомоги.

Це має включати застосування рекомендованих діагностичних тестів на безпліддя або передопераційні тести, а також інші рекомендовані методи лікування безпліддя, такі як допоміжні репродуктивні технології, що включені до настанови NICE з проблем фертильності («NICE's guideline on fertility problems»).

1.11.1. Запропонуйте висічення або абляцію ендометріозу плюс адгезіолізис при ендометріозі, не пов'язаному з кишечником, сечовим міхуром або сечоводом, оскільки це підвищує шанс настання спонтанної вагітності.

1.11.2. Запропонуйте лапароскопічну кістектомію яєчників з висіченням стінки кісти або лапароскопічне дренування та абляцію жінкам чи особам з ендометріомі, оскільки це підвищує шанси настання спонтанної вагітності. Майте на увазі:

- можливий вплив на оваріальний резерв
- що абляція та дренування можуть зберегти оваріальний резерв більше, ніж кістектомія (також див. розділ визначення оваріального резерву в настанові NICE з проблем фертильності – «NICE's guideline on fertility problems») [2017, зі змінами 2024].

1.11.3. Обговоріть переваги та ризики лапароскопічної хірургії як методу лікування з жінками або особами з глибоким ендометріозом (включаючи ендометріоз, який поширюється на кишечник, сечовий міхур або сечовід), які намагаються завагітніти, щоб вони могли прийняти обґрунтоване рішення про її використання. Теми для обговорення можуть включати:

- можливий вплив глибокого ендометріозу на результати вагітності
- чи може лапароскопічна операція вплинути на ймовірність настання вагітності у майбутньому
- можливий вплив на фертильність у разі виникнення ускладнень
- альтернативи хірургічному втручанню
- інші фактори народжуваності [2017, зі змінами 2024].

1.11.4. Не пропонуйте гормональне лікування окремо або в поєднанні з хірургічним втручанням жінкам або особам з ендометріозом, які намагаються завагітніти, оскільки воно не підвищує частоти настання спонтанної вагітності [2017, зі змінами від 2024].

Коротке пояснення, чому комітет розробив оновлені рекомендації 2024 року і як вони можуть вплинути на практику, див. у розділі «Обґрунтування та вплив. Лікування ендометріозу, коли фертильність є пріоритетом».

Повна інформація про докази та обговорення комітету міститься в огляді доказів A: лікування ендометріозу, коли фертильність є пріоритетом («evidence review A: treatment of endometriosis when fertility is a priority»).

Терміни, що використовуються у цій настанові **Хронічний тазовий біль**

Визначається як тазовий біль, що триває 6 міс. або довше.

Служба дитячої та підліткової гінекології

Послуги дитячої та підліткової гінекології – це лікарняні багатопрофільні спеціалізовані послуги для дівчат і молодих жінок (зазвичай віком до 18 років).

Кістектомія яєчників

Кістектомія яєчників – це хірургічне видалення ендометріодної кісти яєчника. Ендометріома яєчника – це кістозне утворення, що виникає з ектопічної тканини ендометрія в яєчнику.

Клінічна мережа

Пов'язані між собою групи медичних працівників первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, які забезпечують скоординований маршрут пацієнта.

Відповідальність за створення цих мереж буде належати від існуючого рівня надання послуг та місця розташування.

Рекомендації щодо проведення досліджень

Комітет з розроблення настанов надав такі рекомендації щодо проведення досліджень:

1. Програми управління болем

Чи є програми для зменшення болю клінічно та економічно ефективним втручанням для жінок з ендометріозом?

Чому це важливо

Біль – один з найбільш виснажливих симптомів ендометріозу. Біль, пов'язаний з ендометріозом, може бути гострим або хронічним і негативно впливати на якість життя жінки, її працездатність, а також на стосунки партнерів та їхні сім'ї.

Програми знеболювання виявилися ефективними в лікуванні хронічного тазового болю і можуть покращити якість життя. Однак не з'ясовано, наскільки ця велика доказова база може бути узагальнена для жінок з ендометріозом, для яких доказів недостатньо.

Крім того, програми знеболювання не порівнювалися з іншими методами лікування ендометріозу. Програми знеболювання сприяють самоконтролю і часто надаються в громаді.

Якщо буде доведено, що програми зменшення вираженості болю є ефективними при ендометріозі, вони стануть додатковим або альтернативним варіантом лікування для жінок, які відчують біль, пов'язаний з ендометріозом. Особливий інтерес становлять жінки, для яких гормональні та хірургічні можливості вичерпані, жінки, які хотіли б мати альтернативу фармакологічному або хірургічному підходу, а також жінки, для яких пріоритетом є спроба завагітніти.

2. Лапароскопічне лікування перитонеального ендометріозу (висічення або абляція)

Чи є лапароскопічне лікування (висічення або абляція) захворювань тільки очеревини ефективним для лікування болю, пов'язаного з ендометріозом?

Чому це важливо

Ізольований перитонеальний ендометріоз може бути випадковою знахідкою у жінок, які можуть відчувати або не відчувати болю чи інші симптоми.

Необхідні дослідження, щоб визначити, чи лапароскопічне лікування ізольованого перитонеального ендометріозу у жінок з болем, пов'язаним з ендометріозом, приводить до клінічного та економічно ефективного усунення симптомів.

Сучасна література не дає чіткої відповіді, оскільки стадія ендометріозу часто недостатньо чітко визначена в дослідженнях, а методи лікування, що застосовуються, є численними і різноманітними. Як наслідок, об'єднання різних стадій ендометріозу і різних методів лікування призводить до втрати впевненості в результатах лікування у цій специфічній групі жінок.

З'ясування того, чи є лікування ізольованого перитонеального ендометріозу економічно ефективним, є важливим, оскільки це становить значну частину робочого навантаження в загальній гінекології і потребує значних ресурсів.

3. Втручання у спосіб життя (дієта та фізичні вправи)

Чи є ефективними спеціальні втручання у спосіб життя (дієта і фізичні вправи) для жінок з ендометріозом порівняно з відсутністю таких втручань?

Чому це важливо

Ендометріоз – це довготривалий стан, який може спричиняти гострий та хронічний біль і втому. Він має значний, а іноді й серйозний вплив на якість життя жінки та її повсякденну діяльність, включаючи стосунки та сексуальність, працездатність, фертильність, фізичну форму та психічне здоров'я.

Підтримка самоспостереження за перебігом хвороби має вирішальне значення для покращення якості життя жінок, які мають ендометріоз. Для успішного самоконтролю захворювання жінкам потрібна доказова, легкодоступна інформація про захворювання та способи його лікування, до яких належать хірургічна та медикаментозна терапія. Однак не було виявлено жодного якісного дослідження щодо ефективності змін способу життя, таких як дієта, фізичні вправи та інші немедикаментозні методи лікування, що повністю зменшення болю, втоми та інших симптомів ендометріозу.

Дослідження повинні бути спрямовані на надання доказових варіантів підтримки самоконтролю ендометріозу. Це покращить якість життя жінок з ендометріозом, дасть їм змогу контролювати біль і втому, а також зменшить негативний вплив на їхню кар'єру, стосунки, сексуальне життя, фертильність, фізичне та емоційне благополуччя.

4. Інформація та підтримка

Які інформаційні та допоміжні заходи є ефективними, щоб допомогти жінкам з ендометріозом подолати симптоми та покращити якість їхнього життя?

Чому це важливо

Ця настанова виявила, що жінки з ендометріозом та їхні партнери вважають, що інформація та підтримка не завжди надаються у спосіб, який найкраще відповідає їхнім потребам.

Однак ефективність впливу різних типів допоміжних втручань та форм надання інформації на показники якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, та рівня функціонування (наприклад повсякденна активність), не було досліджено. Належна практика в цій сфері в

неспеціалізованих і спеціалізованих установах може підвищити задоволеність наданою медичною допомогою. Це також може покращити якість життя і позитивно вплинути на стосунки між медичними працівниками та жінкою з ендометріозом, а також на особисті сімейні стосунки жінки.

5. Гормональне лікування жінок з ендометріозом, для яких фертильність є пріоритетом

Як впливають різні дози і тривалість гормонального лікування, що проводиться до, після або одночасно до і після операції, на результати фертильності у жінок з ендометріозом, для яких фертильність є пріоритетним завданням?

Коротке пояснення, чому комітет розробив оновлені рекомендації 2024 року і як вони можуть вплинути на практику, див. у розділі «Обґрунтування та вплив. Лікування ендометріозу, коли фертильність є пріоритетом».

Повна інформація про докази та обговорення комітету міститься в огляді доказів A: лікування ендометріозу, коли фертильність є пріоритетом («evidence review A: treatment of endometriosis when fertility is a priority»).

Обґрунтування та вплив

У цьому розділі коротко пояснюється, чому комітет надав рекомендації і який вони можуть мати вплив на практиці. Він містить посилання на детальну інформацію про докази та повний опис дискусії в комітеті.

Лікування ендометріозу, коли фертильність є пріоритетом

Рекомендації 1.11.2–1.11.4.

Чому комітет надав рекомендації

Не було отримано доказів суттєвої різниці у частоті настання вагітності між лапароскопічною кістектомією та лапароскопічною абляцією і дренажуванням ендометрію яєчників розміром більше 3 см, але дренажування і абляція можуть привести до збільшення оваріального резерву (вимірюваного за рівнем антимюллерового гормону, об'ємом яєчників і кількістю антральних фолікулів) порівняно з лапароскопічною кістектомією, тому абляція і дренажування були включені як варіант у випадку, якщо оваріальний резерв є пріоритетом.

На підставі знань і досвіду комітету, а також відгуків зацікавлених сторін, визначення глибокого ендометріозу було уточнено, і тепер воно включає ендометріоз кишечника, сечового міхура або сечоводу, але не обмежується цими ділянками, щоб пацієнти не були необґрунтовано виключені з лікування. Необхідність обговорення того, що глибокий ендометріоз може впливати на результати вагітності, була додана до тем для обговорення, щоб забезпечити більш широкий розгляд переваг і ризиків хірургічного втручання.

Існували деякі обмежені докази підвищення частоти клінічної вагітності та живонародження при поєднанні гормонального лікування з лапароскопічною хірургією порівняно з хірургічним втручанням, але ці докази були неоднозначними, а інші докази не фіксували жодної різниці. Оскільки докази були неоднозначними, комітет надав рекомендацію щодо введення досліджень гормональних методів лікування.

Комітет уточнив, що ця рекомендація стосується гормонального лікування окремо або в поєднанні з хірургічним втручанням.

Як рекомендації можуть вплинути на практиці

Очікується, що включення абляції та дренування як варіанта лікування не матиме впливу на ресурси, оскільки вартість двох варіантів лікування (кістектомія та абляція/дренування) є однаковою. Ця зміна дозволить обрати варіант терапії, який може мати менший вплив на оваріальний резерв.

Ендометріоз – одне з найпоширеніших гінекологічних захворювань, яке потребує лікування. Його визначають як розростання ендометріоподібної тканини (слизової оболонки матки) за межами матки. Ендометріоз – це переважно захворювання репродуктивного віку і, хоча його точна причина невідома, він є гормонально опосередкованим і пов'язаний з менструацією.

Ендометріоз зазвичай асоціюється з такими симптомами, як тазовий біль, болісні менструації та безпліддя. Ендометріоз також пов'язаний зі зниженням якості життя. Жінки з ендометріозом скаржаться на біль, який може бути частим, хронічним та/або сильним, а також на втому, більшу кількість лікарняних днів і значний фізичний, сексуальний, психологічний та соціальний вплив. Ендометріоз є важливою причиною безпліддя, що також може справляти значний вплив на якість життя.

У жінок ендометріоз може перебігати без симптомів, тому важко визначити, наскільки поширене це захворювання серед населення. Також незрозуміло, чи завжди ендометріоз прогресує, чи може залишатися стабільним або регресує з часом.

Запізнена діагностика є значною проблемою для жінок з ендометріозом. Пацієнтки з груп самопомогі інформують, що медичні працівники часто не визнають важливості симптомів і не розглядають ендометріоз як можливий діагноз. Крім того, жінки можуть зволікати зі зверненням по допомогу через переконання, що тазовий біль є нормальним явищем. Між появою перших симптомів і підтвердженням діагнозу може пройти від 4 до 10 років. Багато жінок повідомляють, що затримка з встановленням діагнозу призводить до посилення особистих страждань, тривалого погіршення здоров'я і стану хвороби, який важче піддається лікуванню.

Остаточний діагноз можна встановити лише за допомогою лапароскопічної візуалізації малого таза, але інші, менш інвазивні методи можуть бути корисними для допомоги в діагностиці, включаючи ультразвукове дослідження. Варіанти терапії ендометріозу включають фармакологічне, немедикаментозне та хірургічне лікування. Ендометріоз є естрогензалежним захворюванням. Більшість медикаментозних методів лікування ендометріозу діють шляхом пригнічення функції яєчників і є контрацептивними.

Хірургічне лікування спрямоване на видалення або руйнування вогнищ ендометріозу. Вибір методу лікування залежить від уподобань та пріоритетів жінки щодо знеболювання та/або фертильності.

Ендометріоз може бути хронічним захворюванням, яке діагностують у жінок протягом усього репродуктивного періоду (а іноді й після нього). Пріоритети та

вподобання жінок можуть змінюватися з часом, і тактика ведення повинна також змінюватись.

Жінки з ендометріозом, як правило, звертаються до лікарів загальної практики (зокрема, до сімейних лікарів, медичних сестер, шкільних медсестер і служб сексуального здоров'я) з приводу болю, після чого їх можуть скерувати до гінекологічних служб для діагностики та лікування. Деякі жінки можуть звернутися до служби репродуктивного здоров'я. Комплексне хірургічне лікування проводиться у спеціалізованих службах з лікування ендометріозу (центрах ендометріозу), які включають мультидисциплінарну команду.

Ця настанова містить рекомендації щодо діагностики та лікування ендометріозу в громадських службах, гінекологічних службах та спеціалізованих службах з лікування ендометріозу (центрах ендометріозу).

Настанова також включає догляд за жінками з підтвердженим або підозрюваним ендометріозом, включаючи рецидивний ендометріоз. Вона охоплює когорту жінок, які не мають симптомів, але у яких ендометріоз виявлено випадково. Особливу увагу приділено молодим жінкам (віком до 17 років). Настанова не містить дослідження проблем щодо фертильності, пов'язаних з ендометріозом, догляду за жінками з ендометріозом поза межами малого таза, а також за жінками в постменопаузі.

Пошук додаткової інформації та деталей

Щоб знайти настанови NICE з суміжних тем, включаючи настанови з розвитку, див. тематичні сторінки NICE щодо гінекологічних станів («NICE topic pages on gynaecological conditions») та фертильності.

Для отримання більш детальної інформації про докази та дискусії в комітеті з розроблення настанови дивіться повний огляд настанови та доказів. Ви також можете знайти інформацію про те, як була розроблена настанова, включаючи відомості про комітет.

NICE розробив інструменти та ресурси, які допоможуть Вам застосувати цю настанову на практиці. Для отримання загальної допомоги та порад щодо використання настанов NICE на практиці див. ресурси, які допоможуть застосувати настанову на практиці («resources to help you put guidance into practice»).

Оновлення інформації

Квітень 2024 року: проаналізовано докази і оновлено деякі рекомендації, а також надано рекомендації для досліджень щодо лікування ендометріозу, коли фертильність є пріоритетом. Ці рекомендації позначені як [2017, змінено 2024]. Також змінено заголовок «Хірургічне лікування, коли фертильність є пріоритетом» на «Лікування, коли фертильність є пріоритетом», щоб визнати, що цей розділ також містить нехірургічні варіанти.

Незначні зміни з часу публікації

Грудень 2021 року: Внесено зміни до рекомендацій щодо направлень, щоб уточнити, що жінок з ендометріозом поза порожниною малого таза слід направляти до спеціалізованого центру з лікування ендометріозу. Ми не будемо вносити подальші зміни до настанови. Для отримання додаткової інформації див. звіт з наглядом.

Грудень 2019 року: Додано посилання на наш посібник для прийняття рішень щодо гормонального лікування ендометріозу.