

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**



**Национальный клинический протокол
«Эндометриоз: диагностика и тактика ведения»**

ТАШКЕНТ 2023

**Национальный клинический протокол
«Эндометриоз: диагностика и тактика ведения»**

Вводная часть

Клиническая проблема	Эндометриоз: диагностика и тактика ведения.
Название документа	Национальный клинический протокол «Эндометриоз: диагностика и тактика ведения».
Этапы оказания помощи	Учреждения системы родовспоможения республики Узбекистан (первичная медико-санитарная помощь, стационары).
Дата создания	2023 г.
Планируемая дата обновления	2026 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах
Порядок обновления клинического протокола	Механизм обновления клинических рекомендаций протокола 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 протоколам, но не чаще 1 раза в 6 месяцев
Адрес для переписки	г. Ташкент, ул. Мирзо-Улугбекский район, ул. Мирзо-Улугбека, 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Оглавление

Состав рабочей группы.....	5
Введение.....	6
Список сокращений.....	7
Термины.....	7
Определения.....	7
Коды по МКБ-10.....	8
Этиология и патогенез.....	8
Эпидемиология.....	9
Классификация.....	10
Клиническая картина.....	12
Диагностика.....	13
Жалобы, анамнез.....	13
Физикальное обследование.....	13
Лабораторные тесты.....	13
Инструментальные методы исследования.....	14
Другие методы диагностики.....	15
Дифференциальная диагностика эндометриоза.....	15
Лечение.....	18
Медикаментозное лечение.....	18
Хирургическое лечение.....	20
Эндометриоз и бесплодие.....	20
Эндометриоз у подростков.....	22
Эндометриоз в постменопаузе.....	23
Медицинская реабилитация.....	23
Профилактика.....	24
Организация оказания медицинской помощи.....	24
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	24
Список литературы.....	25
Приложение 1. Методология разработки протокола.....	28
Приложение 2. Пересмотренная классификация эндометриоза Американского общества фертильности 1985 года.....	31
Приложение 3. Расчет индекса фертильности.....	32
Приложение 4. Визуально - аналоговая шкала боли (ВАШ).....	33
Приложение 5. Алгоритмы ведения пациента.....	34
Приложение 6. Алгоритмы ведения девочек-подростков с дисменореей.....	36
Приложение 7. Расчет индекса фертильности.....	37
Приложение 8. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.....	38

Состав рабочей группы:

Руководитель рабочей группы

Надырханова Н.С., д.м.н.

РСНПМЦАГ, директор

Ответственные исполнители

Иргашева С.У., д.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Ашурова В.И., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Сапаров А.Б., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Даулетова М.Ж., к.м.н.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Абдураимов Т.Ф.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Бабаханова А.М.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Батирова М.А.

РСНПМЦАГ, акушер-гинеколог

Усманов С.К., ведущий специалист

Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

Методологическая поддержка

Ядгарова К.Т., к.м.н., начальник
отдела разработки медицинских
стандартов и протоколов

Национальная палата инновационного
здравоохранения Республики Узбекистан.

*РСНПМЦАГ – Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр акушерства и гинекологии*

Поддержка в переводе протокола:

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

Рецензенты:

Юсупбаев Р.Б.

РСНПМЦАГ, д.м.н., старший научный
сотрудник, секретарь Ученого Совета

Матьякубова С.А.

Хорезмский областной перинатальный
центр, д.м.н., директор

Внешняя экспертная оценка (при поддержке представительств ВОЗ и ЮНФПА в Узбекистане):

Тинатин Гагуа, д.м.н.

Эксперт ВОЗ (Грузия)

Михай Хорга, д.м.н.

Консультант ЮНФПА по методологии
разработки протоколов (Румыния)

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» «20» октября 2022 г., протокол № 9
Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Введение.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Цель протокола:

- Целью настоящего документа является обзор наилучших имеющихся доказательств, внедрение и организация системы и единого подхода по ведению пациентов с эндометриозом.

Категории пациентов: пациенты с эндометриозом в подростковом, репродуктивном, пери- и постменопаузальном возрасте.

Целевая группа протокола:

1. Врачи акушеры-гинекологи;
2. Врачи эндокринологи;
3. Врачи общей практики;
4. Врачи терапевты;
5. Врачи лаборанты;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;
9. Пациенты с эндометриозом, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Список сокращений

аГн-РГ	Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона
АМГ	Антимюллеров гормон
АМК	Аномальное маточное кровотечение
ВМС-ЛНГ	Левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы
ВЗОМТ	Воспалительные заболевания органов малого таза
ВРТ	Вспомогательные репродуктивные технологии
ГнРГ	Гонадотропин-рилизинг-гормон
КОК	Комбинированные оральные контрацептивы
КТ	Компьютерная томография
МГТ	Менопаузальная гормональная терапия
МПА	Медроксипрогестерона ацетат
МПК	Минеральная плотность костной ткани
МРТ	Магнитно-резонансная томография
НПВП	Нестероидные противовоспалительные препараты
РКИ	Рандомизированные контролируемые исследования
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ХТБ	Хроническая тазовая боль
ЭКО	Экстракорпоральное оплодотворение

Термины

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

Дисхезия – болезненная или затрудненная дефекация.

Дисменорея – сильная боль внизу живота или спины, иногда вместе с тошнотой, депрессией и головной болью, непосредственно перед и/или во время менструации.

Диспареуния – рецидивирующая или постоянная боль в половых органах непосредственно перед, во время или вскоре после полового акта.

Определения

Эндометриоз – гормонозависимое заболевание, при котором определяется разрастание ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию, вне полости матки, сопровождающееся воспалительной реакцией. Развивается преимущественно в репродуктивном возрасте.

Эндометриоз традиционно подразделяют на:

- генитальный
- экстрагенитальный

Генитальный, в свою очередь, на:

- внутренний, или аденомиоз (эндометриоз тела матки)

- наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления и др.).

Аденомиоз – доброкачественный патологический процесс, при котором внутренний слой матки (эндометрий) врастает в толщу матки. Заболевание не является самостоятельным явлением, оно относится к внутренней форме эндометриоза.

Эндометриоидные кисты – объемные доброкачественные образования, возникающие в результате разрастания эндометриоидной ткани на поверхности яичника, заполненные геморрагическим содержимым.

Ретроцервикальный эндометриоз – расположение эндометриоидного очага позади шейки матки, может прорасти в сторону прямой кишки.

Коды по МКБ-10:

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

Этиология и патогенез

Эндометриоз является многофакторным заболеванием, и, несмотря на длительное его изучение, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна.

Предложено множество теорий патогенеза эндометриоза:

- Имплантационная (теория ретроградной менструации J. A. Sampson, 1921) является наиболее распространенной. Во время менструации, кусочки эндометрия попадают в брюшную полость по фаллопиевым трубам, прилипают к слизистой оболочке брюшины и перерастают в эндометриоидные очаги. Эстрогены имеют решающее значение в этом процессе. Доказательства в пользу ретроградной менструации получены из наблюдения, что заболеваемость эндометриозом увеличивается у девочек с обструкцией половых путей, препятствующей дренажу менструаций через влагалище и, следовательно, увеличивающей трубный рефлюкс. Однако, хотя до 90 процентов женщин имеют ретроградную менструацию, у большинства эндометриоз не развивается, что предполагает наличие дополнительных факторов.
- Метастатическая. Возможным механизмом является дифференциация целомического эпителия в эндометриоидных железах. Предполагается, что причиной развития эндометриоза у девочек до наступления менархе являются мюллеровы остатки — клетки парамезонефрального происхождения, которые находятся в тазу и которые подвергаются стимуляции вследствие выработки эстрогена после созревания оси гипоталамус-гипофиз-яичники. Глубокое перитонеальное заболевание без очевидных поверхностных имплантатов указывает

на этот процесс и может объяснять запущенные стадии, которые наблюдают у чрезвычайно молодых пациентов.

- Теория нарушения иммунного баланса. У пациентов с эндометриозом отмечают снижение фагоцитарной рецептивности активированными неприкрепленными макрофагами (первоочередной ответ на инородное тело), что может представлять собой неэффективный механизм очищения от менструальных выделений. Также у пациентов с хирургически подтвержденным эндометриозом отмечали повышенную частоту аутоиммунных заболеваний.
- Сосудистое и лимфатическое распространение: предполагается при наличии легочного эндометриоза.
- Теория оксидативного стресса. Повышенные уровни различных воспалительных и ангиогенных медиаторов неизменно выявляют в перитонеальной жидкости пациентов с эндометриозом. Продукты оксидативного стресса способствуют воспалительной реакции вследствие формирования свободных радикалов и низких уровней защитных антиоксидантов.
- Девочки в постпубертатный период с мюллеровыми нарушениями, затрудняющими прохождение менструальной крови, также имеют риск развития эндометриоза. К таким нарушениям относятся поперечная вагинальная перегородка, удвоенная матка с непроходимостью влагалища и атрезия девственной плевы (не является мюллеровым нарушением).
- Генетическая предрасположенность к заболеванию была продемонстрирована в исследованиях с участием братьев и сестер.
- Согласно теории композитов, причинный механизм развития эндометриоза включает сосудистое/лимфатическое распространение, а также дифференциацию целомического эпителия в эндометриоидные железы.

Несмотря на способность к инфильтративному росту, склонность к рецидивированию, тенденцию к инвазии, эндометриоз относится к доброкачественным пролиферативным заболеваниям.

Эпидемиология

Эпидемиологические факторы были экстраполированы главным образом в когортах женщин с болью в области таза и бесплодием. Согласно общим оценкам распространенность заболевания составляет 1-7% у женщин, у которых проводят гинекологические операции, в том числе перевязку маточных труб.

В исследовании, в котором оценивали патологические образцы, полученные у пациентов в ходе вагинальной гистерэктомии в связи с хронической болью в области таза, распространенность эндометриоза составила 8,3%. Более высокие показатели наблюдают в когортах пациентов, у которых проводят лапароскопию в связи с болью в области таза (12-70%) или бесплодием (9-50%), в особенности в популяциях подростков с хронической болью, устойчивой к медикаментозному лечению. Столь большой диапазон показателей можно объяснить разнородностью метода исследований: в последние исследования были включены диагностические критерии, которые не использовали ранее.

В ходе эпидемиологической оценки Рабочей группой исследования ENDO были получены показатели распространенности, основанные на оперативных результатах и МРТ. Эти результаты указывают на то, что эндометриоз может иметь распространенность, превышающую установленные ранее значения, и тесно взаимосвязан с бесплодием.

Эндометриоз обычно наблюдают у женщин репродуктивного возраста, однако возраст на момент установления диагноза значительно варьирует. В отличие от предыдущих

парадигм, даже девочек до наступления менархе, страдающих хронической болью в области таза, необходимо обследовать на предмет эндометриоза, поскольку заболевание отмечали даже в этой группе молодых пациенток. Более того, эндометриоз может наблюдаться у женщин в менопаузе. Тяжесть симптомов увеличивается с возрастом, и частота, согласно имеющимся данным, достигает пика в возрасте 40 лет.

Предполагают, что более высокая распространенность заболевания среди женщин европеоидной расы, а также женщин с меньшими значениями индекса массы тела. Глобальные тенденции в отношении данного заболевания еще менее надежны вследствие зависимости от хирургических данных, выступающих в качестве подтверждения диагноза, и противоречивости данных литературы относительно боли в области таза. В связи с тем, что эндометриоз может протекать бессимптомно, его истинную распространенность оценить затруднительно.

Классификация

Было предложено несколько систем классификации эндометриоза. Следует учесть, что в настоящее время ни одна из них не считается золотым стандартом.

1. Пересмотренная шкала Американского общества репродуктивной медицины.

Классификация эндометриоза, как правило, основана на визуальной оценке во время лапароскопии. Совокупный показатель соответствует одной из 4 стадий (от I до IV или от минимальной до тяжелой степени) и основан на следующих параметрах:

- Внешний вид, размер и глубина перитонеальных имплантатов и имплантатов яичников
- Наличие, степень и тип поражений (красные, красно-розовые и прозрачные, белые, с брюшинными дефектами и черные)
- Наличие, степень и тип тазовых спаек (яичники и трубы) и степень облитерации маточно-прямокишечного углубления.

Стадия I (минимальная): общий показатель от 1 до 5	<ul style="list-style-type: none"> • Небольшие поверхностные перитонеальные имплантаты или имплантаты придатков (от <1 до 3 см); пленочные спайки.
Стадия II (легкая степень): общий показатель от 6 до 15	<ul style="list-style-type: none"> • Поражения большего размера (>3 см), некоторые глубоко проникающие.
Стадия III (умеренная степень): общий показатель от 16 до 40	<ul style="list-style-type: none"> • Поражения большего размера, большая часть которых глубоко проникающие, частичная облитерация маточно-прямокишечного углубления; плотные спайки, поражающие придатки.
Стадия IV (тяжелая степень): общий показатель > 40	<ul style="list-style-type: none"> • Глубокие поражения яичников (эндометриома) с плотными спайками придатков; облитерация маточно-прямокишечного углубления.

2. Классификация эндометриоза по A. Acosta et al.

В 1973 году A. Acosta предложил классификацию эндометриоза, включающую в себя малые, средние и тяжелые формы эндометриоза. В этой классификации учитывается наличие сопутствующей спаечной болезни и вовлечение в патологический процесс смежных органов.

Малые формы эндометриоза	<ul style="list-style-type: none"> • единичные гетеротопии на тазовой брюшине; • единичные гетеротопии на яичниках без формирования
---------------------------------	---

	<p>эндометриом и спаек вокруг яичников;</p> <ul style="list-style-type: none"> отсутствие перитубарных спаек
Эндометриоз средней степени тяжести	<ul style="list-style-type: none"> гетеротопии на поверхности одного или обоих яичников с образованием мелких кист; наличие невыраженного перивариального или перитубарного спаечного процесса; гетеротопии на брюшине прямокишечно-маточного пространства с наличием рубцово-спаечного процесса и смещением матки, но без вовлечения в процесс сигмовидной кишки
Тяжелые формы эндометриоза	<ul style="list-style-type: none"> эндометриоз одного или обоих яичников с образованием кист диаметром более 2 см; поражение яичников с выраженным перивариальным и/или перитубарным процессом; поражение маточных труб с деформацией, рубцеванием и нарушением проходимости; поражение тазовой брюшины с облитерацией прямокишечно-маточного пространства; поражение крестцово-маточных связок и брюшины прямокишечно-маточного пространства с его облитерацией; вовлечение в процесс мочевыводящих путей и/или кишечника.

3. Классификация ENZIAN.

Показатель ENZIAN позволяет не только описать локализацию, но и оценить тяжесть глубокого инвазивного эндометриоза в баллах. Основное преимущество данной классификации топографическое отображение эндометриоза, позволяющее составить план будущей операции. Единственным ее недостатком является отсутствие связи с синдромом хронических тазовых болей.

Сегмент А,В,С	А (ректовагинальная перегородка и влагалище)	В (крестцово-маточные связки и стенки таза)	С (сигмовидная кишка и прямая кишка)
Уровень 1 (>1 см)	А 1	В 1	С 1
Уровень 2 (1-3см)	А 2	В 2	С 2
Уровень 3 (>3 см)	А 3	В 3	С 3

F (маточные и другие экстрагени-тальные глубокие инфилтраты)	FA (адено-миоз)	FB (моче-вой пузырь)	FU (внутренний отдел мочеточни-ка)	FI (отделы кишечника – сигмовидная,пря-мая и т.д)	FO (другие локализации – легкие, диафрагма и т.д.)

4. Классификация эндометриоидных кист яичников (под редакцией Л.В. Адамян, В.И. Кулакова):

- 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. Классификация аденомиоза (под редакцией Л.В. Адамян, В.И. Кулакова):

Клиническая классификация аденомиоза предусматривает четыре стадии распространения патологического процесса:

- I стадия – гетеротопии аденомиоза располагаются только в подслизистом слое;
- II стадия – патологический процесс распространяется на мышечный слой;
- III стадия – патологический процесс занимает всю толщу миометрия, достигая серозного покрова матки;
- IV стадия – помимо матки в патологический процесс вовлекается париетальная брюшина и близлежащие органы.

Также существует не менее важная по значению классификация эндометриоза Американского общества фертильности 1985 года (см. Приложения 2 и 3).

Клиническая картина

Наиболее значимыми клиническими проявлениями эндометриоза являются:

- тазовая боль (дисменорея, диспареуния, дизурия, дисхезия и хроническая тазовая боль)
- бесплодие
- нарушения менструального цикла
- аномальные маточные кровотечения
- наличие опухолевидных образований (эндометриоидные кисты) в малом тазу.

Более редкими симптомами являются:

- болезненное ректальное кровотечение или наличие крови в моче (гематурия)
- боль в плечевом суставе
- циклические проблемы с легкими (пневмоторакс)
- циклический кашель, боль в груди или кашель с кровью (кровохарканье)
- циклический рубцовый отек и боль

Несмотря на то, что ни один из симптомов или показателей в отдельности не является диагностическим, клинического подозрения на эндометриоз в целом достаточно для предварительного диагноза.

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

- хроническая тазовая боль
- дисменорея, негативно влияющая на качество жизни и повседневную активность
- боль, появляющаяся во время и/или после полового акта – диспареуния
- гастроинтестинальные симптомы, связанные с менструацией – боль в кишечнике запоры или поносы, тенезмы
- симптомы со стороны мочевой системы, связанные с менструацией, например, боль при мочеиспускании, появление крови в моче

Диагностика

Жалобы, анамнез.

При выявлении жалоб и сборе анамнеза следует обратить внимание на следующие факторы:

- обильные менструации, пред-, постменструальные, посткоитальные кровотечения;
- дисменорея и/или диспареуния, симптомы которой не исчезают или слабо купируются при приеме комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС);
- 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;
- наличие аллергии на цветение трав, аллергического ринита и повышенной чувствительности к пищевым продуктам;
- депрессия, тревога, синдром хронической усталости;
- наличие мигрени;
- частые, императивные мочеиспускания.

Физикальное обследование.

Проводится стандартное физикальное обследование. Обязательным является гинекологический осмотр.

С	Всем пациенткам с подозрением на эндометриоз рекомендовано проведение визуального осмотра наружных половых органов, осмотра шейки матки в зеркалах, бимануального влагалищного и ректовагинального исследования
----------	---

При гинекологическом исследовании обратите внимание на следующие изменения, которые могут наблюдаться при эндометриозе:

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

Не исключено, что гинекологический осмотр может быть неинформативным в плане рассматриваемого диагноза.

Лабораторные тесты.

Специфическая лабораторная диагностика эндометриоза не разработана.

С Не рекомендовано исследование уровня биомаркера антиген СА 125 в крови для диагностики эндометриоза

Повышенный уровень СА 125 в сыворотке (35 МЕ/мл или более) может свидетельствовать об эндометриозе, но и нормальный уровень СА 125 в сыворотке (менее 35 МЕ/мл) не исключает наличие эндометриоза.

Инструментальные методы исследования.

А В качестве первичной инструментальной диагностики у пациенток с подозрением на эндометриоз рекомендовано назначение трансвагинального **УЗИ** органов малого таза.

Трансвагинальное УЗИ является информативным методом, чувствительность его 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.

Трансвагинальное УЗИ позволяет выявить эндометриому яичников (эхосигналы однородные, низкоуровневые) или глубокий тазовый эндометриоз с вовлечением маточно-крестцовых связок (гипоэхогенное линейное утолщение), либо эндометриоз с вовлечением ректовагинальной перегородки.

Если выполнение трансвагинального УЗИ затруднено, то возможно проведение трансабдоминального и/или трансректального УЗИ.

МРТ малого таза следует рассмотреть в качестве метода исследования для оценки степени глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеточника.

С Не рекомендовано использование МРТ малого таза для рутинной диагностики эндометриоза

Лапароскопия является «золотым стандартом» диагностики эндометриоза. Метод обеспечивает прямую визуализацию с подтверждением наличия эндометриозных желез или стромы вне маточной полости посредством биопсии.

С Рекомендована лапароскопия для верификации диагноза эндометриоза, определения степени распространения, клинических форм, выявления инфильтративного эндометриоза, эндометриом, сочетанных заболеваний

С Проведение лапароскопии рекомендовано для расширения возможности диагностического поиска при наличии симптомов заболевания и в случаях отсутствия патологии по данным осмотра, УЗИ или МРТ

Лапароскопия при подозрении на эндометриоз должна быть предложена в следующих ситуациях:

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

С Рекомендовано для подтверждения эндометриоза проведение гистологического исследования операционного материала

Положительной морфологический результат подтверждает диагноз эндометриоза, отрицательный – не исключает его наличие. Во всех случаях эндометриоза яичников и глубокого инфильтративного эндометриоза необходима биопсия для уточнения наличия малигнизации.

При установлении диагноза эндометриоза гинеколог должен подробно описать внешний вид и локализацию очага эндометриоза.

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

При бесплодии у пациенток с эндометриозом и неэффективными 2-мя и более попытками ЭКО в анамнезе гистероскопия должна рассматриваться в качестве метода исключения внутриматочных синехий, эндометрита, пороков развития гениталий с одновременным удалением этих заболеваний или коррекции порока развития матки, а также оценки проходимости маточных труб.

Другие методы исследования.

В У пациенток с подозрением на эндометриоз и ХТБ для характеристики выраженности болевого синдрома и воздействия его на качество жизни рекомендовано использование визуальной аналоговой шкалы (см. приложение 4)

Дифференциальная диагностика эндометриоза.

Заболевание	Дифференциальные симптомы/признаки	Дифференциальные обследования
Интерстициальный цистит	<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы преимущественно со стороны мочевого пузыря: частое мочеиспускание и императивный позыв к мочеиспусканию. Пациенты жалуются на боль при наполнении мочевого пузыря, которая уменьшается после опорожнения. • Диффузная хроническая боль и диспареуния – распространенные явления, которые часто неотличим от эндометриоза 	<ul style="list-style-type: none"> • Цистоскопия с гидродистензией выявляет гломеруляции (точечные кровоизлияния на слизистой) и язвы Ханнера при применении вещества для дистензии. • Тест на чувствительность к хлориду калия: после введения раствора хлорида калия в мочевой пузырь с помощью катетера пациент отмечает изменение показателей императивных позывов к мочеиспусканию или частого мочеиспускания

Миома матки	<ul style="list-style-type: none"> • Во многих случаях асимптоматична, однако часто проявляется обильными и/или нерегулярными менструальными кровотечениями. • При обследовании области таза может быть выявлено увеличенное узловое образование таза, размер и форма которого может варьировать 	<ul style="list-style-type: none"> • Трансвагинальное УЗИ: концентрическое солидное гипоэхогенное (затемненное) образование или образования на эндометрии (подслизистая миома), миометрии (интрамуральная) или наружная (субсерозная). Небольшой миоматозный узел может быть изоэхогенным, но в случае его кальцификации он также может быть гиперэхогенным (светлым)
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)	<ul style="list-style-type: none"> • Лихорадка, тошнота, острая боль наряду с вагинальными выделениями с неприятным запахом и болезненностью шейки/болезненностью придатков характерны для острого воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). • Хроническое ВЗОМТ может быть неотличимым от эндометриоза 	<ul style="list-style-type: none"> • Бактериологический анализ культур шейки может быть положительным с выявлением <i>Neisseria gonorrhoea</i> или <i>Chlamydia trachomatis</i>. • Ультрасонография таза может выявлять комплексные образования придатков, которые отличаются от гомогенных слабоинтенсивных эхосигналов, которые обычно наблюдают при эндометриоме
Синдром раздраженного кишечника	<ul style="list-style-type: none"> • Изменение ритма дефекации (чередование запора и диареи; вздутие живота) могут помочь дифференцировать это состояние. Дисхезия более типична для эндометриоза 	<ul style="list-style-type: none"> • Диагноз, как правило, клинический и основан на отсутствии подтверждений эндометриоза по данным УЗИ, МРТ или лапароскопии
Киста яичника (доброкачественная)	<ul style="list-style-type: none"> • Может быть бессимптомной с эпизодическими образованиями в малом тазу или сопровождаться чаще острой чем хронической болью, как 	<ul style="list-style-type: none"> • Трансвагинальное УЗИ: увеличение яичника с простой или комплексной кистозно структурой, которая происходит из яичника и отличается от

	и в случае с геморрагическими кистами	гомогенных слабоинтенсивных эхосигналов, которые обычно наблюдают при эндометриоме. УЗИ – наилучший метод для дифференцирования жидкости от твердого материала
Рак яичника, эпителиальный	<ul style="list-style-type: none"> • Характерные симптомы указывают на рак поздней стадии и включают увеличение массы тела, несмотря на отсутствие аппетита, увеличение окружности живота и изменение ритма дефекации. Эндометриоз иногда может выступать фактором риска развития эпителиального рака яичника 	<ul style="list-style-type: none"> • Трансвагинальное УЗИ: комплексное образование придатков (солидное и кистозное) с множественным разделением или толстыми перегородками; асцит. У большинства пациентов выявляют заболевание на поздней стадии. • Гистопатологическое исследование: существует множество типов клеток и различные красители, которые можно использовать для проверки/дифференциации.
Миалгия напряженности тазового дна	<ul style="list-style-type: none"> • Иногда невозможно дифференцировать клинически. • Клинически у пациентов отмечают хроническую тазовую боль и диспареунию (или неспособность осуществления полового акта вследствие спазма и боли). • Опытный врач может выявить очаговый спазм и болезненность при обследовании таза и ректально-влагалищном осмотре. • Диагностический тест отсутствует. Отсутствие положительных результатов других исследований 	<ul style="list-style-type: none"> • Диагностический тест отсутствует. Отсутствие положительных результатов других исследований.
Нейропатическая	<ul style="list-style-type: none"> • Жгучая, шокоподобная 	<ul style="list-style-type: none"> • Диагностический тест

боль	боль, которая ассоциируется с парестезией или дизестезией	отсутствует. Отсутствие положительных результатов других исследований
-------------	---	---

Лечение

Поскольку пациенты с эндометриозом могут иметь множество различных жалоб, терапию следует назначать индивидуально. При отсутствии положительных, подтверждающих диагноз, результатов на этапе обследования терапия должна быть основана на клиническом подозрении на эндометриоз.

Основная цель – обеспечение безопасного и эффективного лечения с учетом факторов, которые беспокоят пациентку, таких как боль и репродуктивная способность.

Лечение эндометриоза должно быть предложено в соответствии с симптомами, предпочтениями и приоритетами пациентки, а не стадией эндометриоза.

Эндометриоз следует рассматривать как хроническое заболевание, которое требует плана лечения на всю жизнь с целью максимального использования медикаментозного лечения для предотвращения повторных хирургических процедур. Следует применять междисциплинарный подход, поскольку перечень дифференциальных диагнозов значительный, и часто ни одно вмешательство не обеспечивает эффективного долгосрочного лечения.

Медикаментозное лечение.

А Рекомендовано использование нестероидных противовоспалительных препаратов у пациенток с эндометриозом для купирования болевого синдрома

НПВП могут быть назначены самостоятельно или в сочетании с другим методом (например, гормональной терапией) сроком до 3 месяцев, при отсутствии противопоказаний.

В качестве выбора могут быть предложены следующие препараты:

- ибупрофен: 400 мг перорально каждые 4-6 часов при необходимости, максимальная доза 2400 мг/сут;
- напроксен: 250-500 мг перорально два раза в день по необходимости, максимум 1250 мг/сут;
- нимесулид: до 200 мг в сутки;
- целекоксиб: 200 мг перорально 1 раз в сутки;

При недостаточном уменьшении болевого синдрома должно быть назначено другое лечение.

Рекомендуется использование нейромодуляторов (психостимуляторов и ноотропных препаратов) у пациенток с эндометриозом при наличии нейропатической боли в качестве эмпирической медикаментозной терапии (без хирургической верификации диагноза) при отсутствии кистозных форм эндометриоза и других опухолевидных образований гениталий.

Гормональная терапия.

Большая часть гормональных методов обладает одинаковой эффективностью в лечении эндометриоз-ассоциированной боли. Применение гормональных средств в целом ограничено недостаточным ответом, побочными эффектами или контрацептивным действием у пациенток, желающих забеременеть. Побочные эффекты сильно различаются между методами и пациентами. В результате, определенное лечение может быть хорошим вариантом для одной женщины, но иметь серьезные побочные эффекты у другой женщины. В связи с этим, обсудите возможные побочные эффекты со своей пациенткой и объясните потенциальную вероятность смены терапии.

С Рекомендовано применение комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) у пациенток с эндометриозом для контрацепции, в качестве эмпирической терапии, профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения

КОК могут назначаться циклически или непрерывно. В то время как непрерывное лечение может привести к снижению частоты дисменореи и рецидивов послеоперационной эндометриомы, побочные эффекты при таком виде лечения встречаются чаще. Пациентам следует сообщить о том, что нерегулярные кровянистые выделения являются распространенным явлением при длительном приеме.

Нет данных, подтверждающих превосходство одного НПВП или гормонального контрацептива над другим. Выбор должен быть основан на предпочтениях пациента, доступности и стоимости препарата.

КОК не рекомендуется применять у пациентов в возрасте старше 35 лет, курящих, пациентов с приобретенной или наследственной тромбофилией или сердечно-сосудистым событием в анамнезе.

В Рекомендована монотерапия прогестагенами у пациенток с эндометриозом в непрерывном режиме, а также в циклическом режиме у пациенток, планирующих беременность. Гестагены могут быть использованы в качестве терапии первой линии, а также с целью профилактики рецидивов после хирургического лечения.

Прогестагены могут использоваться в различных формах: перорально (диеногест), в виде инъекций (МПА), в виде левоноргестрелсодержащего ВМС. Прогестагены также входят в состав КОК.

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

Применение аГн-РГ вызывает глубокое гипоэстрогенное состояние, применение более 6 месяцев требует назначения «add-back» терапии (возвратной терапии) для облегчения симптомов менопаузы и, в первую очередь, для профилактики остеопороза.

А Рекомендовано ограниченное назначение даназола у пациенток с эндометриозом в связи с высокой частотой побочных эффектов

Ранее даназол (синтетический андроген) показал субъективную и объективную пользу, но его использование в настоящий момент ограничено неблагоприятными эффектами (гепатотоксический, андрогенный, анаболический, гипоэстрогенный).

Также в настоящее время не рекомендуется для лечения эндометриоза применение гестринона – препарата долгосрочного действия (производное 19-нортестостерона), обладающего антиэстрогенными и антигонадотропными свойствами.

Хирургическое лечение.

А 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

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. 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 уровня (стационары, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам, разрабатывающие новые методы диагностики и лечения гинекологической патологии).

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

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.

С Рекомендовано оперативное лечение узловой формы аденомиоза у пациенток с аномальными маточными кровотечениями (АМК)

Ввиду частоты наступления беременности у пациенток с аденомиозом 3-4-й стадии, не превышающей 10-15%, - 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.

Эндометриоз и бесплодие

Эндометриоз один из частых причинных факторов женского бесплодия, им страдают 25-50% инфертильных женщин. Эндометриоз выявляется у 58% женщин, подвергшихся лапароскопии, как конечному этапу обследования по поводу бесплодия. Доля эндометриоз-ассоциированного бесплодия, по-видимому, имеет расовые и географические особенности.

С 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

С Удаление небольших эндометриом перед ЭКО не рекомендуется, особенно в случае повторных операций при подтвержденном диагнозе эндометриоза. Тем не менее, операция остается обязательной при наличии подозрительных результатов УЗИ и у женщин с синдромом тазовых болей

Как выжидательная, так и хирургическая тактика при эндометриоме яичнике у женщин, планирующих ВРТ, имеют потенциальные преимущества и риски, которые должны быть тщательно оценены перед принятием решения.

Планирование оперативного лечения у пациенток с эндометриомами яичников требует оценки овариального резерва (определение сывороточного уровня АМГ, подсчет антральных фолликулов).

С Рекомендовано перед подготовкой пациентки с эндометриозом к ЭКО назначение аГнРГ с заместительной «add-back»-терапией от 3-х до 6 месяцев до ЭКО, что коррелирует с увеличением частоты наступления беременности

Хирургическое лечение пациенток с бесплодием и эндометриозом при любой степени распространения процесса улучшает репродуктивный прогноз.

С Рекомендуется оперативное лечение лапароскопическим доступом при малых или умеренных формах эндометриоза, что улучшает показатели наступления беременности

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

С 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

С Рекомендовано у пациенток с бесплодием при эндометриозе I/II стадии по AFS/ASRM, наряду с механическим иссечением и коагуляцией, применять CO₂-лазерную вапоризацию очагов эндометриоза, т.к. она ассоциирована с более высокой частотой спонтанных беременностей

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.

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

В Рекомендовано использование методов ВРТ для достижения беременности после

хирургического лечения женщинам с эндометриозом 3-4 стадии и нарушением проходимости маточных труб независимо от возраста пациентки и фертильности мужа, при неэффективности хирургического лечения и консервативного лечения в течение 6-12 месяцев

С Рекомендовано применение длинного протокола стимуляции функции яичников с аГн-РГ

В Рекомендовано назначение аГн-РГ в течение 3-4 месяцев при аденомиозе 3-4 стадии распространения для увеличения частоты наступления беременности при использовании методов ВРТ

Несмотря на то, что ВРТ является дорогостоящим, этот метод может быть наиболее целесообразным для женщин с эндометриозом поздней стадии и недостаточностью репродуктивной функции; однако, больших рандомизированных исследований, подтверждающих это, не проводилось.

Лечение субфертильности в условиях прогрессирующего эндометриоза является спорным, но имеющим право на жизнь вариантом у женщин с прогрессирующим заболеванием, которые имеют выраженные симптомы или потерпели неудачу в предыдущих циклах ЭКО.

Эндометриоз у подростков.

Целью лечения эндометриоза у подростков является:

- лечение болевого синдрома
- профилактика дальнейшего прогрессирования заболевания,
- сохранение репродуктивной функции.

Для большинства подростков, предъявляющих жалобы на болезненные менструации, характерна первичная дисменорея, они хорошо реагируют на эмпирическое лечение НПВП или гормональную супрессию, или и то, и другое. Тем не менее, у некоторых пациенток либо изначально присутствуют симптомы, указывающие на вторичную дисменорею, либо они неэффективны при эмпирическом лечении первичной дисменореи и нуждаются в дальнейшем обследовании.

При оценке вторичной дисменореи у подростков должны учитываться как данные гинекологического осмотра, так и результаты ультразвуковой визуализации органов малого таза.

С Рекомендовано использовать НПВП для лечения болевого синдрома у подростков в качестве терапии первой линии, при их неэффективности альтернативой могут быть КОК или гестагены

Хотя истинная распространенность эндометриоза среди подростков неизвестна, по крайней мере у двух третей девочек-подростков с хронической тазовой болью или дисменореей, не отвечающих на гормональную терапию и НПВП, эндометриоз будет диагностирован во время диагностической лапароскопии.

Наиболее распространенной локализацией эндометриоза у подростков являются яичники, Дугласово пространство, задние листки широких связок, крестцово-маточные связки. Промежуток времени от начала менархе до формирования эндометриоза, требующего хирургического вмешательства, составляет минимально 4 года.

С Рекомендовано хирургическое лечение у подростков при выраженном болевом синдроме,

который не купируется медикаментозной терапией, при наличии объемных образований в малом тазу

Внешний вид эндометриоза у подростков может отличаться от такового у взрослых женщин. У подростков очаги эндометриоза обычно прозрачные или красные, и их может быть трудно идентифицировать гинекологам, не знакомым с эндометриозом у подростков.

С Назначение аГн-РГ не рекомендовано пациентам до 18 лет

Тем не менее, пациентам с эндометриозом, у которых боль не поддается хирургической терапии и супрессивной гормональной терапии, возможно назначение 6-месячной терапии ГнРГ с препаратами прикрытия (применение «add-back» терапии).

Эндометриоз в постменопаузе.

Важнейшими вопросами, которые встают перед врачом при ведении пациенток в постменопаузе являются:

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

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

С 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

При выявлении эндометриоидных кист яичника и экстрагенитальных форм заболевания следует проявлять онкологическую настороженность.

При персистировании эндометриоза в постменопаузе повышается риск малигнизации, что требует безотлагательного оперативного лечения.

Описаны многочисленные случаи рецидива заболевания в постменопаузе как в случае использования менопаузальной гормональной терапии (МГТ), так и без нее.

Для облегчения характерных менопаузальных симптомов для женщин с эндометриозом в анамнезе рекомендуется использовать гормональное лечение (МГТ), при этом не рекомендуется монотерапия эстрогенами.

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

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

Медицинская реабилитация.

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.

В Рекомендовано направлять пациенток с эндометриозом при наличии жалоб на изменения

психоэмоционального фона на консультацию к соответствующим специалистам (медицинский психолог) для оценки психоэмоционального состояния и повышения качества жизни, а при наличии сексуальных нарушений – на консультацию к врачу-сексологу.

С 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

Профилактика.

Так как точные причины возникновения эндометриоза не установлены, не существует специальных рекомендаций, способных снизить риск появления заболевания.

Организация медицинской помощи.

Перед проведением оперативного вмешательства по поводу эндометриоза следует 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).

Перед лапароскопией с пациенткой должны быть обсуждены следующие вопросы:

- Что в себя включает лапароскопия;
- Как операция повлияет на симптомы эндометриоза;
- Преимущества и риски;
- Возможный эффект на овариальный резерв и фертильность;
- Возможность последующих операций (при вовлечении кишечника и мочевого пузыря).
- Возможность медикаментозного лечения после операции.

Пациентку также следует информировать о высокой степени успеха в краткосрочной перспективе, но одновременно о высоком риске рецидива симптомов со временем, особенно у женщин, перенесших консервативное хирургическое вмешательство.

Показания для экстренной госпитализации:

- острое АМК;
- разрыв эндометриоидной кисты;
- болевой синдром при наличии объемных образований в малом тазу;
- симптомы острого живота.

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

При вовлечении в процесс смежных органов необходима консультация соответствующих специалистов.

Критерии оценки качества медицинской помощи:

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
2.	Назначена медикаментозная терапия боли при ее наличии	Да/Нет

3.	Назначено лечение АМК при его наличии	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое лечение при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного лечения или при наличии показаний к операции	Да/Нет
5.	Выполнена лапароскопия у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием при отсутствии эффекта от ранее проведенного лечения или бесплодии неясного генеза	Да/Нет

Список литературы.

1. РОАГ. Эндометриоз. Клинические рекомендации. Москва. 2020
2. Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. Эндометриозы. – 2006., Медицина. Москва.
3. Овакимян А. С. Клиническая иммуноморфологическая характеристика хронической тазовой боли при различных формах наружного генитального эндометриоза : дис. – М., 2016: 27, 2016. Москва.
4. Ласкевич А. В. и др. Комплексное лечение хронической тазовой боли при наружном генитальном эндометриозе //Problemy Reproduktsii. – 2017. – Т. 23. – №. 6.
5. Koninckx P. R. et al. An endometriosis classification, designed to be validated //Gynecological Surgery. – 2011. – Т. 8. – №. 1. – С. 1-6.
6. Parazzini F. et al. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2017. – Т. 209. – С. 3-7.
7. Cozzolino M. et al. Variables associated with endometriosis-related pain: a pilot study using a visual analogue scale //Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia/RBGO Gynecology and Obstetrics. – 2019. – Т. 41. – №. 03. – С. 170-175.
8. 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.
9. Heitmann R. J. et al. Premenstrual spotting of ≥ 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Ryan S. A. The treatment of dysmenorrhea //Pediatric Clinics. – 2017. – Т. 64. – №. 2. – С. 331-342.
14. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015.
15. Speer L., Mushkbar S., Erbele T. Chronic pelvic pain in women //American family physician. –2016. – Т. 93. – №. 5. – С. 380-387.
16. Dunselman G. A. J. et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis //Human reproduction. – 2014. – Т. 29. – №. 3. – С. 400-412.
17. Van den Bosch T., Van Schoubroeck D. Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosis: State of the art //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2018. – Т. 51. – С. 16-24.
18. Exacoustos C., Manganaro L., Zupi E. Imaging for the evaluation of endometriosis and adenomyosis //Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. – 2014. – Т. 28. – №. 5. –С. 655-681.

19. Exacoustos C. et al. Ultrasound mapping system for the surgical management of deep infiltrating endometriosis //Fertility and sterility. – 2014. – T. 102. – №. 1. – C. 143-150.
20. 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. – C. 366-383.
21. Barbieri R. L. Why are there delays in the diagnosis of endometriosis //OBG Manag. – 2017. –T. 29. – C. 8-11.
22. 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. – C. 1-15.
23. 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. – C. 611-621.
24. 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.
25. 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.
25. 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.
26. Nisenblat V. et al. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2016. – №. 2.
27. 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.
28. Leonardi M. et al. When to do surgery and when not to do surgery for endometriosis: a systematic review and meta-analysis //Journal of minimally invasive gynecology. – 2019.
29. Singh S. S., Suen M. W. H. Surgery for endometriosis: beyond medical therapies //Fertility and sterility. – 2017. – T. 107. – №. 3. – C. 549-554.
30. 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.
31. Lee J. H. et al. Effectiveness of dienogest for treatment of recurrent endometriosis: multicenter data //Reproductive Sciences. – 2018. – T. 25. – №. 10. – C. 1515-1522.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Hewitt G. D., Gerancher K. R. ACOG COMMITTEE OPINION Number 760 Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent //OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. – 2018. – T. 132. – №. 6. – C.E249-E258.
36. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D’Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014; 29:400–12.
37. Adamson GD, Kennedy S, Hummelshoj L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. *J Endometr.* 2010;2:3–6.
38. Statistics Korea. Daejeon: Statistics Korea; 2019. Outpatient benefits by frequency of disease (total) 2018

38. Soliman AM, Surrey ES, Bonafede M, Nelson JK, Vora JB, Agarwal SK. Health care utilization and costs associated with endometriosis among women with medicaid insurance. *J Manag Care Spec Pharm.* 2019;25:566–72.
39. Sampson JA. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary: their importance and especially their relation to pelvic adenomas of endometrial type (“adenomyoma” of the uterus, rectovaginal septum, sigmoid, etc.) *Arch Surg.* 1921;3:245–323.
40. Fernando S, Soh PQ, Cooper M, Evans S, Reid G, Tsaltas J, et al. Reliability of visual diagnosis of endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013;20:783–9.
41. Hornstein MD, Gleason RE, Orav J, Haas ST, Friedman AJ, Rein MS, et al. The reproducibility of the revised American Fertility Society classification of endometriosis. *Fertil Steril.* 1993;59:1015–21.
42. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril.* 1996;65:299–304.
43. Brinton LA, Gridley G, Persson I, Baron J, Bergqvist A. Cancer risk after a hospital discharge diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:572–9.
44. Oral E, Ilvan S, Tustas E, Korbeyli B, Bese T, Demirkiran F, et al. Prevalence of endometriosis in malignant epithelial ovary tumours. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109:97–101.
45. Borgfeldt C, Andolf E. Cancer risk after hospital discharge diagnosis of benign ovarian cysts and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:395–400.
46. Kobayashi H, Sumimoto K, Moniwa N, Imai M, Takakura K, Kuromaki T, et al. Risk of developing ovarian cancer among women with ovarian endometrioma: a cohort study in Shizuoka, Japan. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:37–43.
47. Ness RB, Cramer DW, Goodman MT, Kjaer SK, Mallin K, Mosgaard BJ, et al. Infertility, fertility drugs, and ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Am J Epidemiol* 2002;155:217–24.
48. Olson JE, Cerhan JR, Janney CA, Anderson KE, Vachon CM, Sellers TA. Postmenopausal cancer risk after self-reported endometriosis
49. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) Geneva: WHO 2018.
50. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med* 2020; 382:1244-56.
51. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2019(4):354-64.
52. Johnson NP, Hummelshoj L, World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod* 2013;28(6):1552-68.
53. Horne AW, Saunders PTK, Abokhrais IM, et al. Top ten endometriosis research priorities in the UK and Ireland. *Lancet* 2017; 389:2191-92.
54. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod* 2017;32(2):315-24.

Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Постановления Министерства здравоохранения республики Узбекистан и Национальной палаты инновационного здравоохранения республики Узбекистан № 59 от 23 декабря 2019 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии»: акушеры-гинекологи, анестезиолог-реаниматолог и Национальной палаты инновационного здравоохранения республики Узбекистан.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦАГ.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2012-2022 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2017 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных:

<http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>,
<http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях – исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора филиалов ГУ РСНПМЦАГ и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦАГ (uzaig.uz) и телеграмм-канале. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в формате онлайн с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

Финансовая поддержка при разработке данного протокола оказана Представительством ВОЗ в Узбекистане и Представительством Фонда ООН в области народонаселения в Узбекистане (ЮНФПА/UNFPA). Внешнее финансирование включало методологическую поддержку в виде обеспечения внешней оценки документа экспертами ВОЗ на всех этапах его разработки и техническую поддержку в виде перевода протокола на узбекский язык и

его тиражирования. Мнения и интересы финансирующих органов не повлияли на окончательные рекомендации протокола.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (УУР) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):




УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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)



Пересмотренная классификация эндометриоза Американского общества фертильности 1985 года

Поражение и локализация			Детализация поражения, баллы		
			< 1 см	1-3 см	> 3 см
Брюшина	поверхностный		1	2	4
	глубокий		2	4	6
Яичники	правый	поверхностный	1	2	4
		глубокий	4	16	20
	левый	поверхностный	1	2	4
		глубокий	4	16	20
Облитерация позадиматочного пространства			Частичная		Полная
			4		40
Спайки			< 1/3 запаяно	1/3 – 2/3 запаяно	> 2/3 запаяно
Яичники	правый	пленчатые	1	2	4
		плотные	4	8	16
	левый	пленчатые	1	2	4
		плотные	4	8	16
Трубы	правый	пленчатые	1	2	4
		плотные	4*	8*	16
	левый	пленчатые	1	2	4
		плотные	4*	8*	16
Примечание: * полностью запаянный фимбриальный отдел трубы оценивать как 16 баллов. Стадия I – 1-5, стадия II – 6-15, стадия III – 16-40, стадия IV - > 40					

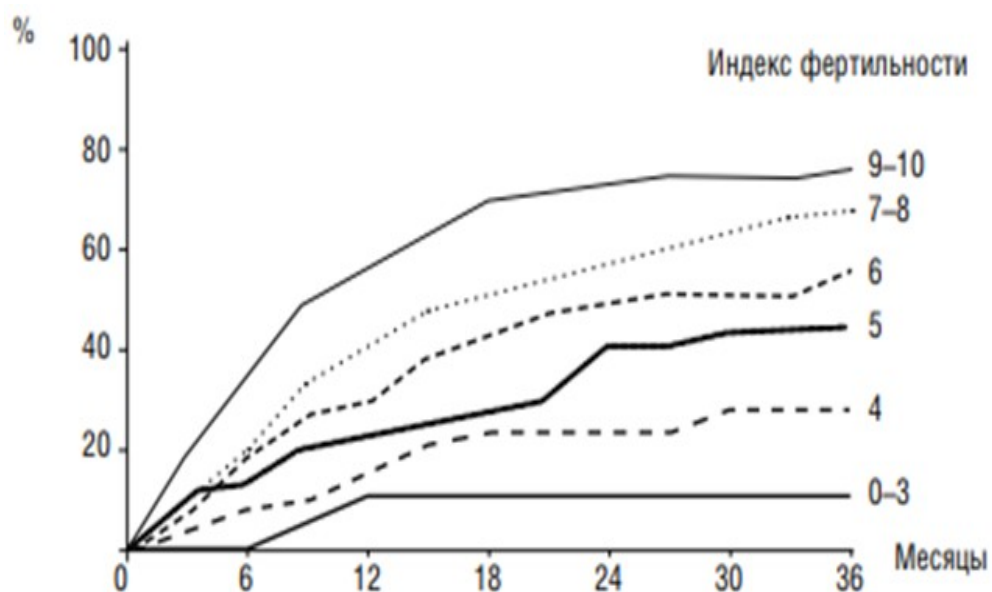
Расчет индекса фертильности

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 =  + 

Определение вероятности наступления беременности



Визуально - аналоговая шкала боли (ВАШ)

Оригинальное название: Visual analogue scale.

Тип: шкала оценки.

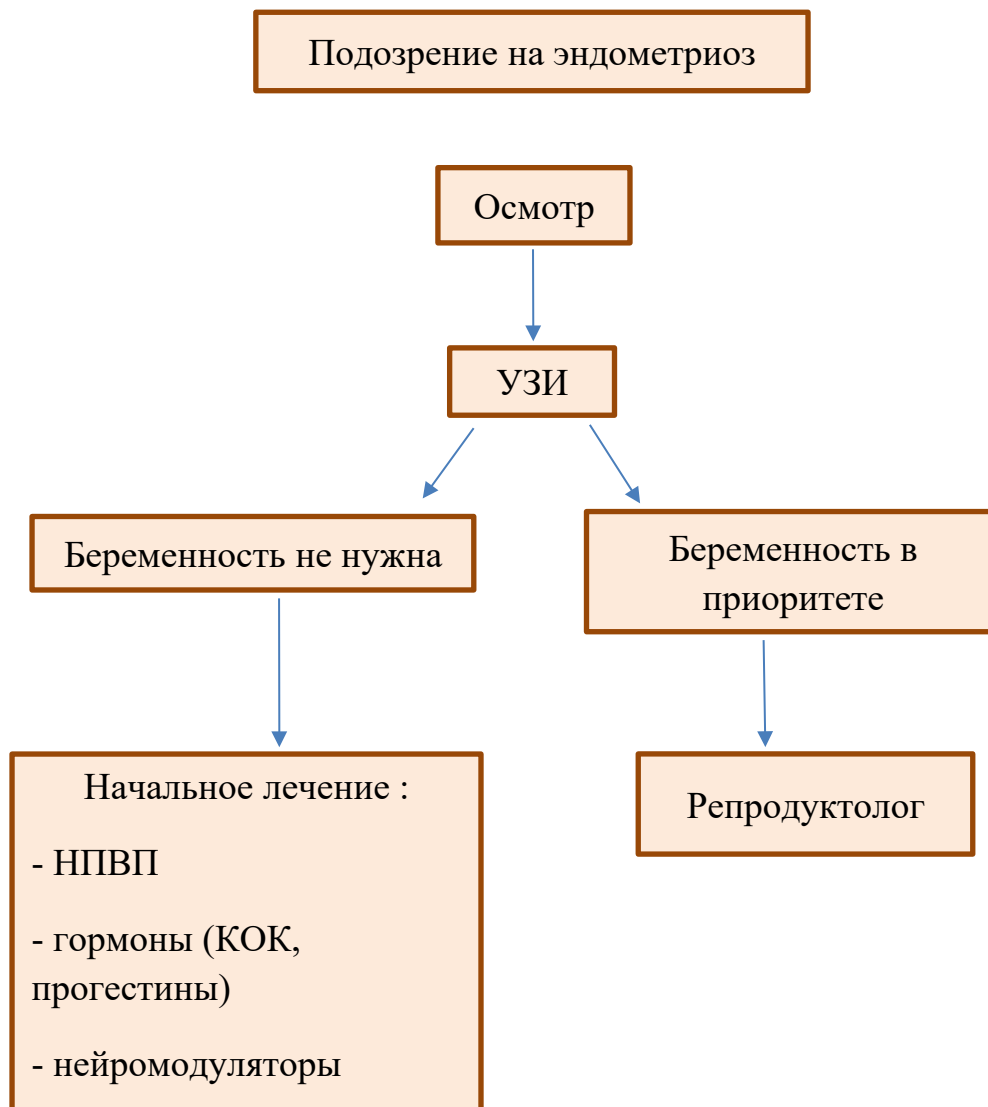
Содержание:



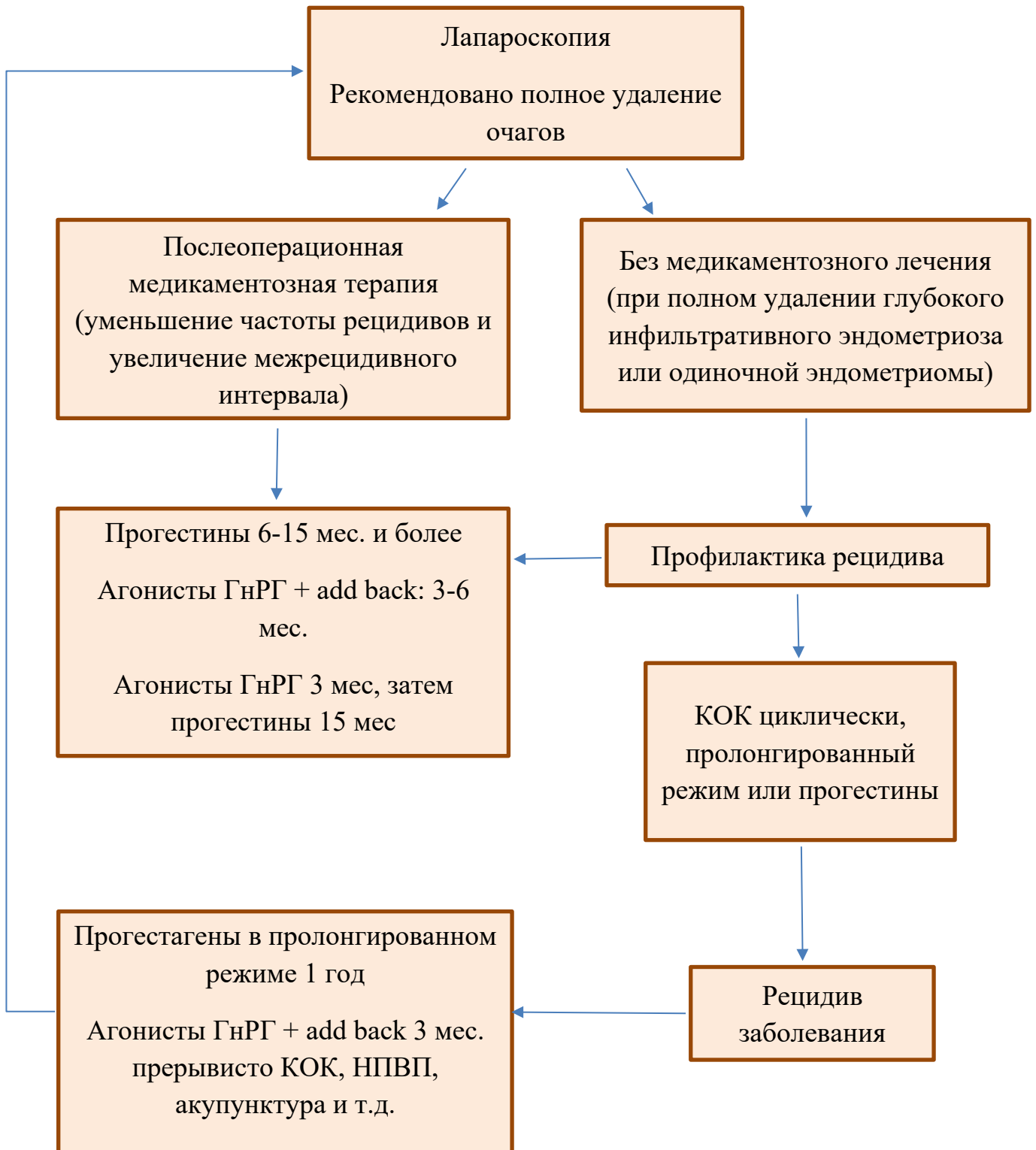
Ключ: ВАШ представляет собой прямую линию длиной 10 см. Пациенту предлагается сделать на линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли. Начальная точка линии обозначает отсутствие боли – 0, затем идет слабая, умеренная, сильная, конечная, невыносимая боли – 10. Расстояние между левым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

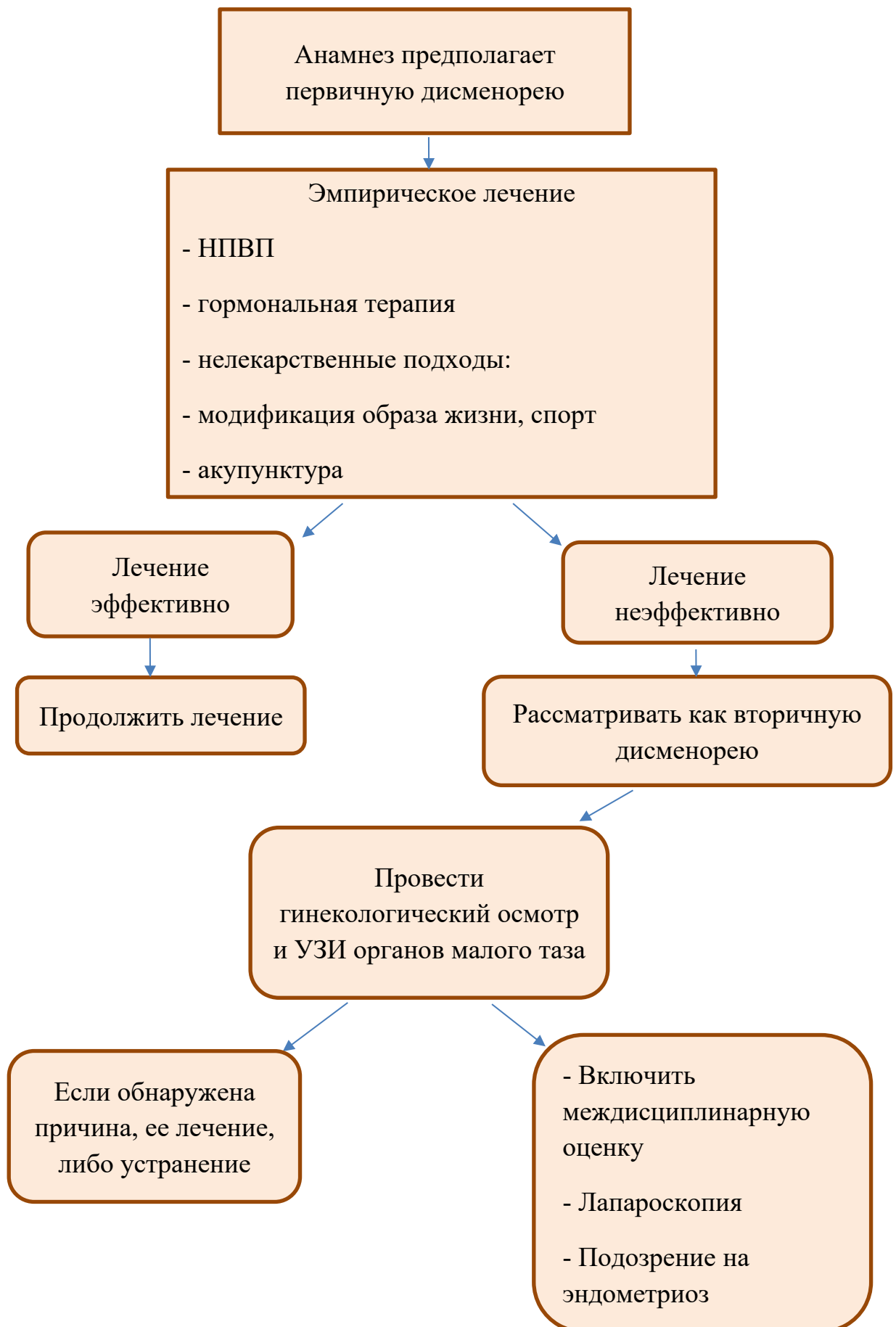
Алгоритмы ведения пациента
Алгоритм действий врача при подозрении на эндометриоз



Тактика врача после оперативного лечения эндометриоза



Алгоритмы ведения девочек-подростков с дисменореей



Информация для пациентов

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

Эндометриоз иногда бывает трудно диагностировать. Для диагностики этого заболевания, как правило, применяется УЗИ органов малого таза, а при необходимости – МРТ и КТ. Наиболее точным методом диагностики является лапароскопия.

Эндометриоз – это хроническое заболевание, которое может влиять на Ваше физическое, сексуальное, психологическое и социальное благополучие.

Наиболее частые симптомы эндометриоза: тазовая боль, болезненные, иногда нерегулярные или обильные менструации. Возможна боль во время или после полового контакта и нарушение детородной функции.

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

Хирургическое вмешательство наиболее часто проводится лапароскопическим доступом. Однако при тяжелых формах заболевания возможно проведение операции лапаротомным доступом.

Для восстановления детородной функции медикаментозное лечение не является эффективным, необходимо проведение хирургического лечения.

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

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

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____ (Ф.И.О. пациента)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

_____, даю
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в _____

(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на

взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата « _____ » _____ г.