

РЕЗОЛЮЦІЯ ІІ УКРАЇНСЬКОГО ФОРУМУ ЕКСПЕРТІВ З ЕНДОМЕТРІОЗУ

19 ЧЕРВНЯ 2025 Р. У КИЄВІ ВІДБУВСЯ ІІ ФОРУМ ЕКСПЕРТІВ З ЕНДОМЕТРІОЗУ, ПРИСВЯЧЕНИЙ СУЧАСНИМ РІШЕННЯМ У ЩОДЕННІЙ БОРОТЬБІ ЗА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТОК ІЗ ЦІЄЮ ХВОРОБОЮ. ДО ЗАХОДУ ДОЛУЧИЛИСЯ ПРОВІДНІ УКРАЇНСЬКІ ЕКСПЕРТИ.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2025.79.18-28>

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професорка, член-кор. НАМН України, заступниця генерального директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-5498-4143

Н.Ю. ПЕДАЧЕНКО

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0002-0821-2943

Н.Ф. ЗАХАРЕНКО

д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-2934-3157

М.М. ВАЦИК

к. мед. н., репродуктолог медичного центру «Мати та дитина», м. Київ

О.Л. ГРОВОВА

д. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0003-3963-3940

Ю.О. ДУБОССАРСЬКА

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро
ORCID: 0000-0002-4040-227X

ВСТУП

Ендометріоз вимагає тривалого ведення від періоду менархе до менопаузи для покращення ефективності медикаментозного лікування, мінімізації необхідності хірургічного втручання. Це захворювання потребує постійного моніторингу й негативно впливає на повсякденну якість життя жінок [1, 2].

Для успішного ведення пацієнток з ендометріозом критично важливими є розробка довгострокового плану лікування та індивідуальний підхід.

Сьогодні в Україні визріла необхідність оновлення національного клінічного протоколу з урахуванням найновіших наукових даних для стандартизації підходів та всебічного менеджменту жінок з ендометріозом. Тому Наказом МОЗ України від 28 березня 2025 року № 558 було затверджено Персональний склад мультидисциплінарної робочої групи з розробки галузевих стандартів медичної допомоги за напрямом «Передпухлинні захворювання репродуктивної системи в жінок», яка сьогодні розробляє нормативні документи за напрямком «Ендометріоз». Для розробки документів будуть використані оновлена у 2024 році настанова Національного інституту охорони здоров'я і вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)) «Endometriosis: diagnosis and management», а також гайдлайн з ендометріозу Європейського товариства репродукції людини та ембріології (European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)) 2022 року [3, 4].

Одне з ключових завдань цього Форуму – запропонувати доповнення до майбутньої клінічної настанови та стандарту медичної допомоги з огляду на сучасні підходи до консультування, лікування та стратегії ведення пацієнток з ендометріозом, включно з репродуктивною і соціальною реабілітацією.

КЛЮЧОВІ РЕЗУЛЬТАТИ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ РАДИ EMPIRE

У листопаді 2023 року відбулося засідання Консультативної ради EMPIRE (Endometriosis

Pain Treatment using Progestogens, with a Focus on Dydrogesterone). Тут було представлено клінічні докази застосування дидрогестерону в лікуванні ендометріозу. На підставі проаналізованого великого масиву даних були сформульовані висновки експертів Ради щодо перспективи використання дидрогестерону з погляду ефективності та безпеки [5]:

- дидрогестерон може мати переваги перед іншими методами лікування болю, пов'язаного з ендометріозом. Його доцільно застосовувати для лікування ендометріозу в пацієнток різних профілів;
- дидрогестерон має сприятливий профіль переносності навіть за тривалого застосування;
- молекулярна структура дидрогестерону забезпечує високу селективність щодо рецепторів прогестерону та низьку спорідненість щодо інших рецепторів, які зазвичай асоціюються з небажаними явищами.

Існують певні регіональні та культурні аспекти лікування ендометріозу. Наприклад, в Індії, Туреччині та Україні пацієнтки вважають за краще зберегти регулярний менструальний цикл і не дотримуватися методів лікування, які призводять до непередбачуваних кровотеч, аменореї або кров'янистих виділень, а тому в такій ситуації дидрогестерон є кращим вибором.

Важливо зауважити, що дидрогестерон не пригнічує овуляцію, а отже його можна використовувати для симптоматичного знеболення навіть у тих пацієнток, які планують реалізувати репродуктивні плани, для контролю циклу та зменшення проблем із кровотечею.

Група експертів EMPIRE також висунула гіпотезу, що дидрогестерон може відігравати певну роль у лікуванні рецидиву симптомів ендометріозу в жінок у постменопаузі.

З огляду на зазначене вище, користь від використання дидрогестерону в лікуванні ендометріозу можуть отримати такі категорії пацієнток:

- дівчата підліткового віку, для яких згідно зі стандартом надання медичної допомоги рекомендована медикаментозна терапія, а не хірургічне втручання;

• пацієнтки з діагнозом «ендометріоз», встановленим за допомогою валідованих клінічних інструментів (симптоматика, фізикальне обстеження та візуалізація), що сприяють клінічному лікуванню (дидрогестерон схвалений як для лікування дисменореї, так і для лікування ендометріозу);

• пацієнтки, які мають непереносність або протипоказання до призначення комбінованих оральних контрацептивів (КОК);

• жінки, які готуються до участі в програмі допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

З огляду на дані пероральної біодоступності, селективності, профілю безпеки та ефективності дидрогестерону для лікування болю, що також підкріплені індивідуальним клінічним досвідом, група EMPIRE підтримує використання дидрогестерону як ефективного варіанту для лікування симптомів ендометріозу, пов'язаних із болем, з метою оптимізації якості життя пацієнтки [5].

ПРОТОКОЛИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Відповідно до рекомендацій ESHRE-2022 щодо діагностики ендометріозу, пропонується розглянути діагноз ендометріоз тоді, коли жінка повідомляє про один чи кілька із цих симптомів: дисменорея, глибока диспареунія, дизурія, дисхезія, болюча ректальна кровотеча, гематурія, біль у плечі, катаменіальний пневмоторакс, циклічний кашель / кровохаркання / біль у грудях, циклічний біль і набряклість рубців, втома, безпліддя.

Для призначення емпіричного лікування не потрібна гістологічна верифікація, оскільки навіть отримання негативних результатів гістологічного дослідження, не виключає наявності ендометріозу [3].

У настанові ESHRE-2022 зазначається, що лапароскопія більше не є «золотим стандартом» діагностики ендометріозу й рекомендована тільки для пацієнток із негативними результатами візуалізації та/або якщо емпіричне лікування було марним чи неприйнятним.

Сильна рекомендація щодо діагностики ендометріозу:

- клінічне обстеження (зокрема, вагінальне);
- візуалізація, навіть якщо клінічне обстеження в нормі;
- відмова від використання біомаркерів;
- виконання УЗД або МРТ (негативний результат не виключає ендометріозу).

Рекомендації хорошої клінічної практики:

- пацієнткам із негативними результатами або марним емпіричним лікуванням слід запропонувати діагностичну або лікувальну лапароскопію;

• лапароскопічне виявлення ендометріозу підтверджується, але не виключається гістологічним дослідженням.

У жінок із підозрою на ендометріоз можна розглянути можливість проведення як діагностичної лапароскопії, так і візуалізації в поєднанні з емпіричним лікуванням (КОК або прогестагени). Немає жодних доказів переваги будь-якого із цих підходів, а їхні плюси й мінуси слід обговорити з пацієнткою [3].

Важливо знати ключові акценти під час призначення медикаментозного лікування ендометріозу. За науковими даними, ступінь полегшення болю однаковий для всіх варіантів медикаментозного лікування. Звісно, різниться вартість лікування. Також у різних методів лікування відрізняються профілі безпеки та переносності. І, що найважливіше, ендометріоз – це хронічне невиліковне захворювання. І будь-яка медикаментозна терапія лише контролює симптоми, приглушує їх, але не виліковує. Тож для жінок, які не планують вагітність, доцільна максимально тривала терапія [4–8].

Під час призначення медикаментозного лікування ендометріозу необхідно враховувати ефективність полегшення болю, переносність і вартість лікування [4].

Експерти ESHRE зазначають, що у виборі гестагенів також слід враховувати профіль безпеки препаратів [3]:

- клініцистам рекомендується приймати спільні рішення та зважати на індивідуальні уподобання, побічні ефекти, індивідуальну ефективність, вартість і доступність у виборі гормональної терапії ендометріоз-асоційованого болю (принцип належної практики);
- необхідно враховувати різні профілі побічних ефектів гестагенів під час їх призначення (принцип належної практики);
- слід враховувати профілі побічних ефектів, щоб адаптувати лікування до зменшення симптомів та покращення якості життя.

Оскільки ендометріоз є хронічним захворюванням, що потребує довічного спостереження та супроводу, терапією можна досягнути лише часткового, часто тимчасового полегшення больових проявів, але симптоми нерідко повторюються після припинення лікування.

Першою лінією терапії ендометріозу вважають прогестагени та КОК. Дослідження антагоністів гонадотропних рилізінг-гормонів (ГнРГ) підтверджують доцільність їх використання як другої лінії терапії. Водночас останні дані вказують на те, що післяопераційне медикаментозне лікування може бути корисним для полегшення болю, і підтверджують

О.О. ЄФІМЕНКО

д. мед. н., старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-1228-0911

Л.В. КАЛУГІНА

д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-2263-6627

Н.В. КОСЕЙ

д. мед. н., професорка, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-3085-3285

В.І. ПИРОГОВА

д. мед. н., завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів
ORCID: 0000-0002-1205-6365

С.І. РЕГЕДА

к. мед. н., старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», завідувачка гінекологічного відділення ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-4960-7175

А.С. РЕКУТА

онкогінеколог науково-клінічного відділу новоутворень жіночої репродуктивної системи Національного інституту раку, м. Київ
ORCID: 0000-0001-6921-3088

Н.М. РОЖКОВСЬКА

д. мед. н., професорка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0001-7860-3272

О.Г. ЯШИНА

к. мед. н., провідна фахівчиня клініки «Медіком», м. Київ
ORCID: 0000-0003-4972-749X

Т.М. ТУТЧЕНКО

к. мед. н., старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «ЦІМТ НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-3003-3650

Н.В. ЯРОЦЬКА

наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-0134-920X

рекомендацію пропонувати його жінкам, які не бажають негайної вагітності. Даназол та антипрогестагени, антиспайкові засоби більше не входять до рекомендацій [3].

ESHRE рекомендує застосовувати гестагени з метою зниження больового синдрому, пов'язаного з ендометріозом. До клінічного керівництва ESHRE-2022 увійшли такі гестагени, які можна використовувати: дидрогестерон, дієногест, дезогестрел, левоноргестрел (внутрішньоматкова система), медроксипрогестерону ацетат, норетистерон, ципротерону ацетат, етоногестрел [3].

Як відомо, у жінок з ендометріозом біль може носити надзвичайно виражений характер навіть за відсутності великих вогнищ ендометріозу. Тому раціональним буде додатково призначати терапію нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП). Керівні принципи NICE рекомендують НПЗП як терапію першої лінії для полегшення менструального болю [4].

Рекомендована доза для ібупрофену негайного вивільнення становить 200–600 мг (3–4 рази на добу), для модифікованого вивільнення (більш доцільне в разі ендометріозу з погляду комплаєнсу) – 1600–2400 мг (1 раз/добу). Виражений протизапальний ефект ібупрофену досягається за застосування саме в дозах 1600 мг/добу та вище, що має патогенетичний вплив на запальний компонент, характерний для ендометріозу. Дозування має бути таким, щоб отримати і знеболювальний, і протизапальний ефекти та за потреби може бути збільшене до 2400 мг/добу. У пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту рекомендується додавання інгібіторів протонної помпи на період використання НПЗП [9].

В оновлених у 2024 році рекомендаціях NICE ключовим є індивідуальний підхід до пацієнток: необхідно переконатися, що інформація надається та оновлюється протягом усього періоду спостереження за пацієнткою і що вона відповідає етапу, на якому жінка перебуває під спостереженням. Також слід враховувати, що переживання болю кожною людиною є унікальним і може виражатися по-різному, як вербально, так і невербально. Лікар має вірити скаргам пацієнтки на біль.

У процесі з'ясування анамнезу слід поцікавитися, чи є в родичів першого ступеня ендометріоз, оскільки це підвищує ймовірність розвитку хвороби в пацієнтки. З метою діагностики рекомендується проводити додаткові дослідження, як-от УЗД, одночасно з призначенням початкового фармакологічного лікування. Важливо не виключати можливість

ендометріозу, якщо обстеження черевної порожнини або органів малого таза та результати УЗД у нормі [4].

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗ-АСОЦІЙОВАНОГО БЕЗПЛІДДЯ

Ендометріоз впливає на безліч аспектів репродуктивної системи жінок, а саме на: зворотний зв'язок на вісь гіпофіз-яєчники, овуляцію, якість яйцеклітини, функцію жовтого тіла, фолікулогенез, роботу маткових труб, а також збільшує ризик невиношування, порушує функцію ендометрія, внаслідок чого в 30–50% пацієнток з ендометріозом знижена репродуктивна функція [10–12].

Можна з впевненістю стверджувати, що сьогодні багато жінок, які страждають на безпліддя, мають ендометріоз і ті жінки, які мають ендометріоз, страждають на безпліддя [13, 14].

Суть хірургічного лікування з метою підвищення фертильності полягає в тому, щоб мінімізувати потенційно шкідливий вплив імплантатів на ооцит, його якості та/або імплантацію, через їх видалення або знищення [15].

Коли хірургічне втручання може збільшити частоту настання вагітності? Результати дослідження результатів оперативного лікування пацієнток з ендометріозом від низького до помірного ступеня тяжкості свідчать, що частота настання вагітності після резекції або абляції ендометріозу становила відповідно: 30,7% для низького ступеня і 17,7% для помірного ($p = 0,006$), у разі діагностичної лапароскопії – 24% та 29% відповідно (p – незначуще) [16, 17].

За ендометріозу помірного й тяжкого ступеня частота настання вагітності після операції становила 66,7% після цистектомії та 23,5% після дренажу та коагуляції ($p < 0,05$) [18].

Отже, хірургічне втручання може збільшити частоту настання вагітності в жінок з ендометріозом, проте повторна операція пов'язана зі значним зниженням частоти настання вагітності [19].

Рішення про проведення операції та вибір хірургічної тактики має ґрунтуватися на:

- наявності або відсутності больових симптомів;
- вікових показників й уподобаннях пацієнтки;
- анамнезі попередньої операції;
- наявності інших чинників безплідності;
- оваріальному резерві та передбачуваному індексі фертильності за ендометріозу (IFE).

Щодо вибору оптимальної хірургічної техніки (абляція проти висічення вогнищ ураження) для підвищення фертильності немає переконливих доказів переваги одного підходу над іншим. Однак за даними одного із ретроспективних досліджень, радикальне

висічення всієї ураженої очеревини є більш привабливим підходом для достатньо кваліфікованого хірурга, оскільки асоціюється із частотою післяопераційних вагітностей, що перевищують 60% у безплідних пацієнток [15].

Але якщо питання стосується ендометріомі, то операції з її видалення асоціюються із суттєвою втратою фолікулярного резерву. Вважається, що ендометріомі яєчників розміром більше ніж 4 см повинні бути видалені з метою зменшення болю і для поліпшення швидкості спонтанного зачаття. Наявність невеликих ендометріом (2–4 см) не знижує успішність екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). Однак усі рішення про операцію ендометріомі розміром більше ніж 3 або 4 см мають ґрунтуватися на індивідуальному підході до кожної пацієнтки.

Хірурги повинні мати на увазі, що якщо до всіх здорових зростаючих фолікулів можна дістатися без пошкодження ендометріомі, кіста понад 4 або навіть 5 см не вимагає хірургічного втручання в безсимптомних пацієнток. Однак більш дрібні кісти, які приховують зростаючі фолікули, особливо за умови фіксації яєчника, можуть потребувати втручання [20].

Слід пам'ятати, що видалення ендометріом – незалежний фактор суттєвого зниження оваріального резерву. Ретроспективне когортне дослідження 2018 р. показало, що в пацієнток із видаленням двосторонніх ендометріом в анамнезі спостерігалось зниження оваріального резерву практично вдвічі. Це зниження не залежало від віку пацієнток. Неоперовані ендометріомі не впливали на результати ДРТ, водночас менш травматично впливали на яєчники порівняно з операцією [21].

Під час прийняття рішення щодо вибору хірургічного лікування ендометріомі перед проведенням ЕКЗ слід враховувати низку чинників (табл. 1).

Відповідно до італійських клінічних рекомендацій із менеджменту ендометріозу (2018), хірургічне лікування ендометріомі рекомендоване за наявності клінічних симптомів,

відсутності відповіді на фармакотерапію, за збільшення розміру кісти або за діаметра кісти понад 3 см у жінок із безпліддям (табл. 2) [22].

Частота рецидиву ендометріозних кіст після операції залежить від віку: у 20–29 років становить 43,3%, у 30–39 років – 22,5%, у 40–45 років – 10,2%. Висока частота рецидивів ендометріозу, особливо в молодих жінок, є обґрунтуванням для застосування післяопераційної медикаментозної терапії [23].

Ад'ювантна терапія проводиться з метою передопераційної підготовки та для попередження рецидивів у післяопераційному періоді.

Як показав метааналіз, до якого увійшло 17 досліджень (всього 2 137 пацієнток), які отримували гормонотерапію (1 189 жінок застосовували КОК, прогестин, агоніст ГнРГ, левоноргестрелвмісну внутрішньоматкову систему, 948 пацієнток становили групу контролю), супресивна гормональна терапія після операції з приводу ендометріозу знижує частоту рецидивів та оцінку болю [24].

За рекомендаціями ESHRE-2022, для покращення фертильності жінкам не рекомендовано призначати лікування, яке пригнічує овуляцію, а пацієнткам, які хочуть завагітніти, не слід призначати післяопераційну гормональну супресію (табл. 3). Водночас може бути запропонована гормонотерапія, яка не впливає негативно на фертильність, поліпшуючи результат хірургічного лікування. У цьому контексті дидрогестерон є засобом першого вибору, який не тільки не пригнічує овуляцію, а й підвищує шанси настання вагітності [3].

Пригнічення овуляції не потрібне та не обов'язкове під час терапії ендометріоз-асоційованого болю. Є деякі обмежені відомості про те, що НПЗП можуть пригнічувати овуляцію за безперервного прийому протягом менструального циклу (зменшувати ймовірність зачаття) [3].

Таблиця 1. Хірургічне рішення за наявності ендометріомі перед ЕКЗ [20]

Чинники	На користь хірургії	На користь вичікувальної тактики
Попередні втручання за ендометріозу	Немає	≥1
Оваріальний резерв	Інтактний	Зменшений
Больова симптоматика	Наявна	Відсутня
Розташування	Одностороння	Двостороння
Сонографічна ознака злоскісного новоутворення	Наявна	Відсутня
Зростання	Швидке зростання	Стабільна

Таблиця 2. Менеджмент ендометріомі: медикаментозна терапія vs хірургічне втручання*

Рекомендація	Рівень доказовості	Доказова сила
Прогестини чи КОК* – найбільш ефективні в зменшенні болю в пацієнток з ендометріомі.	III	A
Хірургічне лікування ендометріомі показано за наявності клінічних симптомів, відсутності відповіді на медикаментозну терапію, за збільшення розміру кісти або наявності кісти більше ніж 3 см у діаметрі в жінок із безпліддям.	VI	B
Під час проведення хірургічного видалення ендометріомі у жінок із безпліддям необхідно враховувати вік.	VI	C
Наявність ендометріомі не є протипоказанням до ДРТ / інтрацитоплазматичної ін'єкції сперматозоїда.	VI	C

*КОК не мають схвалених показань для лікування ендометріозу.

Таблиця 3. Лікування ендометріоз-асоційованого безпліддя

Рекомендація	Сила рекомендації
Клініцисти не повинні призначати лікування, яке пригнічує овуляцію для покращення фертильності.	Сильна
Жінкам, які прагнуть завагітніти, не слід рекомендувати післяопераційну гормональну супресію з метою підвищити ймовірність настання вагітності в майбутньому.	Сильна
Жінкам, які можуть спробувати завагітніти відразу після операції, може бути запропонована гормональна терапія (вона не впливає негативно на фертильність і покращує результат операції з усунення болю).	Слабка
Клініцисти не повинні призначати пентоксифілін, інші протизапальні препарати або летрозол поза індукцією овуляції для покращення показників природної вагітності.	Сильна
Лапароскопія може бути запропонована як варіант лікування (за ендометріозу I/II стадії), оскільки вона покращує частоту поточної вагітності.	Слабка
Лапароскопія може збільшити ймовірність настання природної вагітності, хоча даних порівняльних досліджень немає.	Слабка
Лапароскопія може бути варіантом для пацієнток із симптомами, які бажають завагітніти.	Слабка

ДРТ У ЛІКУВАННІ ЕНДОМЕТРІОЗ-АСОЦІЙОВАНОГО БЕЗПЛІДДЯ

Жінкам з ендометріозом не слід рекомендувати вагітності з єдиною метою лікування ендометріозу, оскільки вагітність не завжди приводить до покращення симптомів або зменшення прогресування захворювання. Під час вагітності клініцисти повинні виявляти підвищену пильність у разі появи таких симптомів, як вагінальна кровотеча й біль у животі в I триместрі, оскільки в цьому терміні підвищений ризик викидня та позаматкової вагітності. Можливий також зв'язок із підвищеним ризиком акушерських ускладнень [3].

За ендометріозу слід оцінювати ІФЕ. ІФЕ є шкалою, яка враховує анамністичні та хірургічні чинники, та визначає частоту настання вагітності в пацієнток із підтвердженням після операції ендометріозом, які намагаються завагітніти без допомоги ЕКЗ [25].

На ІФЕ впливають такі чинники: вік пацієнтки, кількість років безпліддя, число попередніх вагітностей, найменша оцінка функціонального стану, оцінка ендометріозу згідно з рекомендаціями Американського товариства фертильності (American Fertility Society (AFS)), загальна оцінка згідно з рекомендаціями AFS [25].

Всесвітнє товариство з ендометріозу (World Endometriosis Society (WES)) рекомендує використовувати класифікацію Американського товариства репродуктивної медицини (American Society for Reproductive Medicine (ASRM)) для всіх випадків і розрахунку ІФЕ в жінок, які планують завагітніти [26].

Чи впливає ендометріоз на спонтанну вагітність? Дані проспективного дослідження за участю 244 пацієнток з однією ендометріомою, за якими спостерігали впродовж 6 місяців, показали, що в частини жінок відбувалась овуляція і 43% з них спонтанно завагітніли, навіть без консервативного чи хірургічного лікування або застосування ДРТ [27].

Що ж до впливу ендометріозу на успіх ДРТ, то в пацієнток з ендометріозом вдається отримати меншу кількість яйцеклітин, меншу кількість ембріонів, доводиться застосовувати більш тривале стимулювання. Сама ж клінічна вагітність перебігає однаково, як і в жінок без ендометріозу. Сукупний показник народження живої дитини у вагітних з ендометріозом зіставний із показником у жінок без цього захворювання. Водночас відсутня різниця у впливі мінімального / легкого та помірного / важкого ендометріозу на сукупний показник на-

родження живої дитини (41,9 проти 35,4%, $p = 0,43$) [28].

Доведено, що шанси на вагітність пацієнток з ендометріозом підвищує медикаментозна терапія. Слід зазначити, що відповідно до настанови ESHRE-2022 [3], тривале застосування агоністів ГнРГ до початку ДРТ для покращення частоти живонародження в безплідних жінок з ендометріозом (наддовгий протокол) більше не рекомендується через незрозумілі переваги. Дидрогестерон має низку переваг для лікування безпліддя, асоційованого з ендометріозом. Він модулює імунну відповідь у бік активації Т-хелперів 2-го типу, що водночас сприяє зростанню ендометрія та імплантації. Під впливом дидрогестерону імунотоксичні клітини синтезують прогестерон-індукований блокувальний фактор (PIBF), який збільшує продукцію регуляторних цитокінів та блокує продукцію прозапальних цитокінів, що є надзвичайно важливим під час лікування ендометріоз-асоційованого безпліддя.

Дидрогестерон можна застосовувати як у плануванні вагітності в жінок з ендометріозом, так і під час вагітності, оскільки він не впливає на овуляцію [29].

Отже, ДРТ слід застосовувати як допомогу пацієнткам з ендометріозом у таких ситуаціях:

- знижений оваріальний резерв;
- наявність супутніх факторів безпліддя (чоловічий, трубний тощо);
- рецидив ендометріозу;
- наявність в анамнезі хірургічного втручання з приводу ендометріозу.

АЛГОРИТМИ ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЗ-АСОЦІЙОВАНОГО БЕЗПЛІДДЯ

Задля оптимізації ведення хворих з ендометріозом за наявності репродуктивних планів, експертами II Форуму були розроблені алгоритми менеджменту таких пацієнток з урахуванням індивідуального підходу та особливостей жінки, які ґрунтуються на сучасних наукових даних (рис. 1–4).

ОНКОЛОГІЧНІ РИЗИКИ В ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Якщо говорити з погляду онкогінекології, то онкологічні ризики за ендометріозу можна розподілити на три великі групи:

Не встановлений діагноз ендометріоз - асоційоване безпліддя

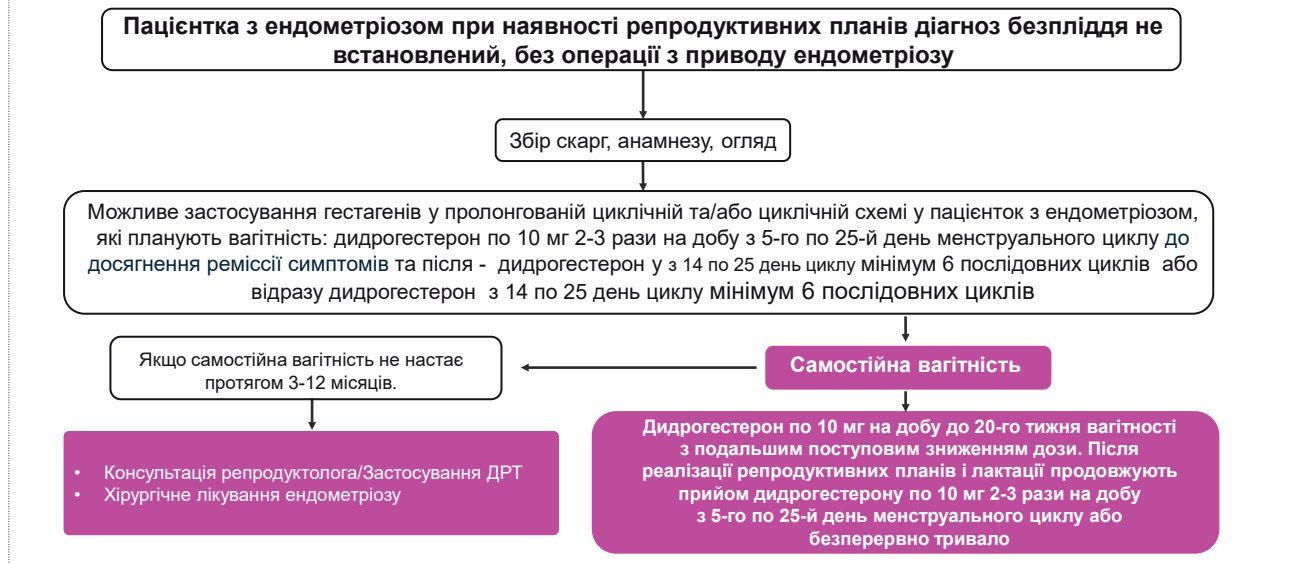


Рисунок 1. Алгоритм ведення пацієнток з ендометріозом за наявності репродуктивних планів. Діагноз безпліддя не встановлений, без операції з приводу ендометріозу

Встановлений діагноз ендометріоз-асоційоване безпліддя. Вибір методу лікування першої лінії



Рисунок 2. Алгоритм ведення пацієнток зі встановленим діагнозом ендометріоз-асоційоване безпліддя. Вибір методу лікування першої лінії

1. Підвищений ризик розвитку ендометріоз-асоційованого раку яєчника (ЕАРЯ) – світлоклітинної та ендометріодної карциноми.

2. Підвищений ризик розвитку меланоми (у 1,17 раза), раку щитоподібної залози (в 1,39 раза), раку ендометрія (в 1,23 раза), раку грудної залози (в 1,04 раза), неходжкінської лімфоми.

3. Знижений ризик розвитку раку шийки матки [30].

У пацієнток з ендометріомами яєчників ризик розвитку ЕАРЯ підвищений у 1,9 раза порівняно із жінками без ендометріозу: світлоклітинної карциноми – у 3,4 раза, ендометріодної карциноми – у 2,3 раза [30].

Розвиток ЕАРЯ зазвичай притаманний пацієнткам старшого віку: 1/3 випадків діагностується в жінок у перименопаузі, 2,1% випадків – у жінок віком до 45 років, 0,017% – в осіб до 40 років [31].

Як свідчать дослідження, 0,3–1,6% випадків ендометріозу можуть малігнізуватись. У 4–29% пацієнток із раком яєчника виявляється ендометріоз [32].

Ендометріоми яєчника мають найбільший ризик онкотрансформації порівняно з іншими ендометріодними гетеротопіями через низку причин [33]:

- підвищена кількість хромосомних аберацій – найчастіше мутації генів KRAS (протоонкоген, ген, який кодує білок, що бере

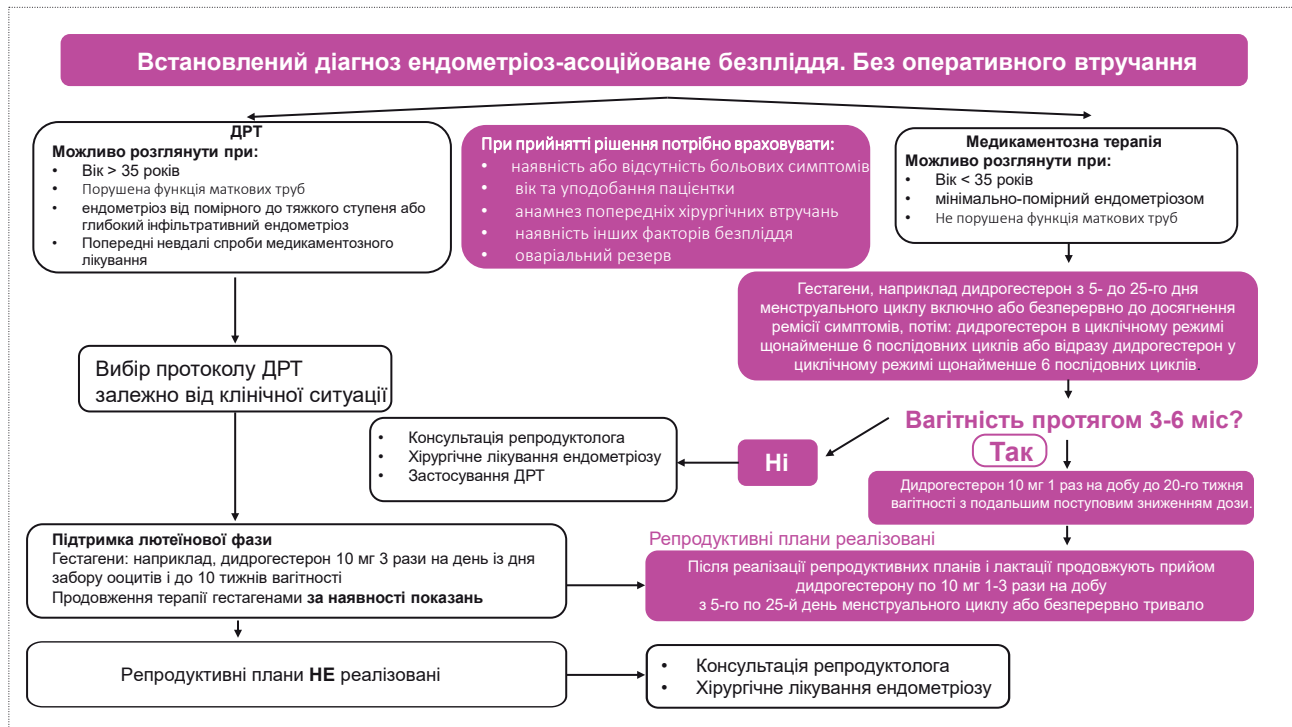


Рисунок 3. Алгоритм ведення пацієнток із встановленим діагнозом ендометріоз-асоційоване безпліддя. Без оперативного втручання

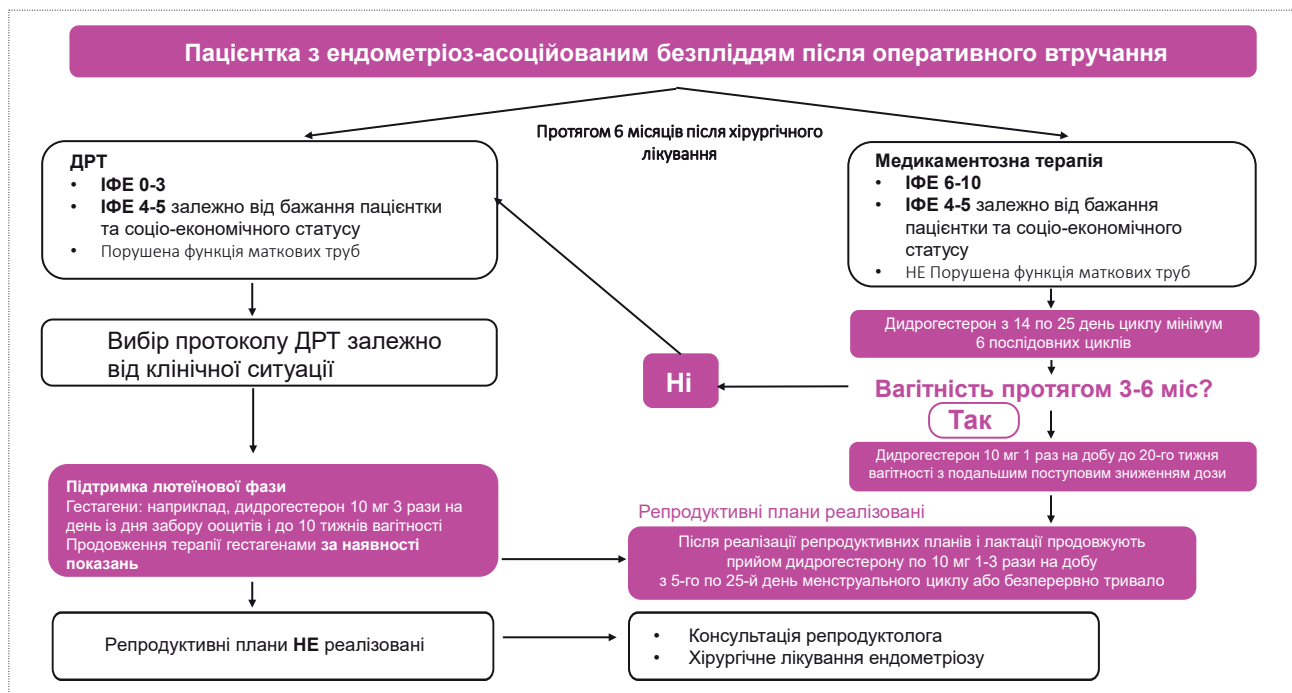


Рисунок 4. Алгоритм ведення пацієнток із встановленим діагнозом ендометріоз-асоційоване безпліддя. Після оперативного втручання

участь у передачі сигналів у клітинах), p53 (відомий як «страж геному», є фактором транскрипції, який регулює клітинний цикл та апоптоз, PTEN (ген, який кодує білок-супресор пухлин);

- мікросателітна нестабільність;
- мікрооточення пухлини (гіперестрогенія відносна або абсолютна);
- порушення експресії мікроРНК;
- оксидативний стрес;
- запалення.

На сьогодні немає даних щодо переваг жодного з методів лікування ендометріозу, які впливали б на виживаність пацієнток з ЕАРЯ, – чи хірургічного, чи консервативного. Ба більше, оперативне втручання з приводу ендометріозу підвищує ризик її рецидиву [34].

Також не існує універсального онкомаркера для ефектної діагностики ЕАРЯ. У цьому питанні показовими є результати дослідження 283 пацієнток з ендометріозом, які свідчать, що в групі пацієнток з ЕАРЯ порівняно з групою

жінок без ЕАРЯ були вищими рівні лактатдегідрогенази, раково-ембріонального антигену та СА19-9 (онкомаркер, який використовується в основному для діагностики раку підшлункової залози, але також може вказувати на інші види раку). Рівні ж онкомаркера СА125 між групами суттєво не відрізнялися, тобто він не є надійним діагностичним показником раку яєчників [35].

Отже, на сьогодні немає жодного маркера диференційної діагностики між ендометріомою та ЕАРЯ.

Серед способів візуалізаційної діагностики ендометріому яєчника стандартним методом є УЗД. Однак слід пам'ятати, що відсутність ультразвукових ознак не виключає наявності ендометріозу. МРТ застосовується як додатковий метод у разі діагностики інфільтративних форм або підозри на малигнізацію.

Відповідно до рекомендацій ESHRE-2022, виявлення сонографічних або МРТ-ознак ендометріому в жінки в менопаузі потребує хірургічного видалення [3].

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕНДОМЕТРІОЗУ В ЖІНОК

Ендометріоз – це не просто гінекологічне захворювання, а хронічна проблема, яка глибоко впливає на якість життя жінок. За результатами дослідження, проведеного українською компанією UMG у 2023 році, 100% опитаних жінок вважають ендометріоз серйозною проблемою, яка потребує своєчасного лікування та лікарського нагляду. Водночас третина респонденток зізнається, що періодично взагалі не лікує це захворювання [36].

Невідомість і запізнile звернення

Більшість жінок до моменту появи симптомів не знали про ендометріоз. Через це сильні болі під час менструації часто сприймають як «норму», і лише за хронічного тазового болю або болю в середині циклу жінки звертаються до лікаря. Найпоширеніші причини звернення серед опитаних жінок – сильні менструальні болі (31% респонденток), тазовий біль (26%), страх ускладнень (11%). Симптоми не лише фізично виснажують, а й емоційно пригнічують жінок, змушуючи їх постійно шукати рішення.

Сприйняття гормональної терапії

Гормональна терапія має високу ефективність (68%), але також викликає такі побоювання в жінок: набір зайвої ваги – 47%; негативний вплив на організм – 36%; ранній клімакс – 21%; безпліддя – 21% респонденток.

Найчастіші побічні ефекти, які змушують жінок відмовитися від лікування: випадіння волосся (63%), проривні кровотечі (54%), біль у молочних залозах (46%), мігрень (41%).

Важливість лікарського підходу

Дослідження свідчать, що жінки високо оцінюють лікарів, які не нав'язують оперативне втручання, проявляють уважність і емпатію, пояснюють діагноз і лікування доступно, спираються на позитивний досвід інших пацієнток. Такі лікарі викликають довіру й мотивують жінок дотримуватися призначеного лікування.

Ендометріоз – більше, ніж фізичний біль

Ендометріоз – це не лише хронічний біль і фізіологічні зміни. Він має потужний психоемоційний вимір, який часто залишається в тіні медичних діагнозів та суттєво впливає на якість життя жінки: стосунки, роботу, самооцінку, сексуальність. Дослідження свідчать, що жінки з ендометріозом набагато частіше стикаються з розладами психічного здоров'я, ніж представниці загальної популяції. Зокрема, депресія діагностується в кожній другій жінки з ендометріозом (близько 50%), тоді як серед загального населення цей показник становить лише 20–25%. Тривожні розлади поширені серед 30–40% пацієнток проти 15–20% у середньому по популяції. Хронічний стрес охоплює від 30 до 50% жінок з ендометріозом, що свідчить про тривале психоемоційне виснаження. Посттравматичний стресовий розлад виявляється у 10–20% випадків, що вдвічі-втричі вище, ніж серед загального населення (5–7%) [37, 38].

Крім цього, більшість пацієнток скаржаться на втрату ідентичності, сексуальних стосунків, працездатності та соціальної активності. Тому ендометріоз не можна розглядати лише як гінекологічну проблему. Це захворювання напряму пов'язане з якістю життя, психологічною витривалістю та емоційним добробутом жінки.

Хронічний біль має психогенну компоненту та потребує мультидисциплінарного підходу

Біль за ендометріозу – це не лише фізичний симптом, а й наслідок складної взаємодії між тілесними, психологічними та нейробіологічними механізмами. Катастрофізація болю, тривожне очікування, депресія та алекситимія посилюють інтенсивність болю і знижують ефективність лікування.

Психотерапевтичні інтервенції (когнітивно-поведінкова терапія, терапія прийняття та відповідальності, майндфулнес) дозволяють зменшити інтенсивність болю та покращити якість життя [39, 40].

Травматичний досвід і війна: чому психологічна допомога критично важлива для жінок з ендометріозом

Повномасштабна війна тривалий час утворює фон небезпеки та втрат, який різко підвищує ризик психотравматизації та хронічного стресу. Для жінок з ендометріозом це не лише про емоції – це про фізіологічні механізми, що можуть запускати й посилювати симптоми.

Типові воєнні стресори в Україні:

- Постійні повітряні тривоги, обстріли, вибухи; вимушена ночівля в укриттях, позбавлення сну.
- Вимушене переселення, життя в іншому місті / країні, розрив соціальних зв'язків, втрата роботи й фінансової стабільності.
- Розлука з партнерами / чоловіками через перебування їх на фронті, невизначеність, очікування, статус родини військовослужбовця.
- Втрата близьких, поранення членів сім'ї, повідомлення про зникнення безвісти.
- Зумовлене конфліктом сексуальне насильство, досвід аб'юзу, небезпечні маршрути евакуації.
- Перерви в доступі до медичної допомоги й медикаментів, відкладені операції / планування вагітності.

- Побутовий стрес «низької інтенсивності», що триває місяцями: блекаути, холод, черги, тривожні новини.

Стрес воєнного часу впливає на перебіг ендометріозу через такі ланки [39, 41]:

- Дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі спричиняє порушення менструального циклу, зменшення больового порогу та, відповідно, посилення болю.
- Хронічне запалення та зниження імунної регуляції зумовлює вищу інтенсивність болю та загострення симптомів.
- Центральна сенситизація призводить до того, що біль стає розповсюдженим, зростає чутливість до стимулів, погіршується сон.
- Тривога та депресивні реакції призводять до зменшення ефективності лікування та виснаженості.
- Невидиме кумулятивне навантаження на тіло й психіку (втрата контролю, невизначеність) поглиблює симптоматику.

Висновок для системи медичної допомоги

Комплексне лікування ендометріозу в умовах війни неможливе без урахування травматичного досвіду та без системної психологічної підтримки.

Сьогодні вкрай потрібні [42–44]:

- скринінг на посттравматичний стресовий розлад / тривогу / депресію, оцінка безпеки та потреб у перенаправленні;
- психоедукація щодо зв'язку стресу й болю, навичок саморегуляції (дихання, заземлення, сон, навантаження);
- доказові підходи (когнітивно-поведінкова терапія, терапія прийняття та відповідальності, майндфулнес-інтервенції, робота з катастрофізацією болю);
- координація між гінекологом, сімейним лікарем і психологом, забезпечення безпечного доступу до лікування і медикаментів.

Тому психологічний компонент – не «додаток», а необхідна частина маршруту допомоги жінкам з ендометріозом в Україні під час війни.

Психологічна підтримка в міжнародних настановах з ендометріозу

Психологічна підтримка є не допоміжною чи факультативною, а доказово ефективною. У міжнародних рекомендаціях є чіткі вказівки про те, що психосоціальна підтримка – важливий елемент мультимодальної стратегії лікування ендометріозу. Її важливість підтверджена як рекомендаціями світових гінекологічних товариств (табл. 4), так і останніми високоякісними дослідженнями.

Це підґрунтя дає змогу аргументовано включити психологічні втручання до національних та клінічних стандартів лікування ендометріозу.

Практичні орієнтири для лікарів такі:

- Запитувати про вплив болю на сон, роботу, стосунки.
- Розпізнавати ознаки психологічного дистресу (плаксивість, безнадійність, ізоляція).
- Говорити з пацієнткою з позиції віри й емпатії: «Я вам вірю. Біль реальний».
- Пропонувати мультидисциплінарну підтримку – гінеколог, психолог, фізіотерапевт, дієтолог.

Пацієнтку слід направити до психолога, якщо вона:

- плаче або виражає відчай;
- демонструє відчуття безнадійності (фрази на кшталт «все дарма»);
- має симптоми болю, які не відповідають об'єктивній картині та не є симуляцією;
- відчуває порушення апетиту, сну, тривожність;
- має знижену мотивацію до лікування, відчуває ізоляцію.

У процесі консультації лікаря-гінеколога пацієнтка має отримати його повноцінну підтримку (табл. 5).

Таблиця 4. Психологічні інтервенції в міжнародних настановах з ендометріозу

Організація / країна	Рік	Психологічні інтервенції	Коментар
ESHRE (Європа)	2022	Згадуються, але без конкретного протоколу.	Визнаються важливість психосоціальної підтримки; потреба в рандомізованих контрольованих дослідженнях.
NICE (Велика Британія)	NG73, 2017 (оновлення очікується)	Не включено; визначено як прогалину.	Коментарі передано для розгляду в наступних оновленнях.
RANZCOG* (Австралія / Нова Зеландія):	2025 (жива настанова)	Рекомендовано в мультидисциплінарному підході.	Психологічна підтримка + фізіотерапія разом із медикаментозним лікуванням.
KSE** (Південна Корея)	2024	Згадуються, без конкретних рекомендацій.	Короткі вказівки про емоційну підтримку.
Національна настанова Ірландії	2025	Згадується потенційна користь.	Рекомендується обговорювати психічне здоров'я, але доказовість обмежена.

* Королівський коледж акушерів і гінекологів Австралії та Нової Зеландії (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists).

** Корейське товариство з ендометріозу (Korean Society of Endometriosis).

Таблиця 5. Підтримка пацієнтки лікарем під час консультації

Пацієнтка має почути	Пацієнтка має знати	Пацієнтка має отримати
• «Ви не вигадуйте. Я вам вірю». • «Ми будемо рухатися разом, і є ресурси, які вам допоможуть». • «Ендометріоз — це не просто тіло. Це і психіка, і якість життя. Ви не повинні залишатися із цим наодинці».	• Що її біль — реальний і не є «примхою» → їй пояснили, що ендометріоз має складну природу й симптоми не завжди видно на УЗД. • Що є план дій → вона знає наступні кроки, а саме: які обстеження, консультації, варіанти лікування або підтримки запропоновано. • Що вона має право на міждисциплінарну підтримку → їй назвали фахівців, до яких варто звернутись, а саме: психолог, фізіотерапевт, спеціаліст із болю, дієтолог. • Що вона може впливати на свій стан → їй пояснили роль самопомогти, відпочинку, технік релаксації, щоденника болю тощо.	Коротку інформаційну пам'ятку (або QR-код із нею). Контакт спеціалістів або груп підтримки. Рекомендації, як поводитися вдома, поки триває діагностика / очікування на прийом: 1) щоденник болю та стану: • фіксуйте де болить, що й коли допомагає / погіршує біль, настрій і сон. Це допоможе лікарю точніше оцінити ваш стан, а вам — побачити закономірності; 2) м'яке тепло: • грілка або теплий душ / ванна (якщо немає протипоказань); • уникайте надмірного тепла за підозри на гостре запалення або підвищеної температури. 3) дихальні вправи для зниження тривоги й чутливості до болю: • вдих на 4, затримка на 4, видих на 6–8; 4) м'який рух або розтягування (якщо не боляче): • прості вправи для м'язів таза /поперека, йога для жінок, легкі прогулянки; • уникайте перевантажень і виснаження; 5) обмеження тригерів (індивідуально): • зверніть увагу на харчові продукти, які спричиняють здуття або дискомфорт; • алкоголь, кофеїн, надлишок цукру можуть посилювати запальну реакцію; • б) дозволити собі турботу про себе.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Rees M, Kiemle G, Slade P. Psychological variables and quality of life in women with endometriosis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 2022;43(1):58–65. DOI: 10.1080/0167482X.2020.1784874.

2. Lamvu G, Antunez-Flores O, Orady M, Schneider B. Path to diagnosis and women's perspectives on the impact of endometriosis pain. *J Endometr Pelvic Pain Disord*; 2020; 12(1):16–25. DOI: 10.1177/2284026520903214

3. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022(2): hoac009. DOI: 10.1093/hropen/hoac009.

4. Endometriosis: diagnosis and management: NICE guideline (2024) [NG73] [Internet]. NICE. September 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/resources/endometriosis-diagnosis-and-management-pdf-1837632548293>

5. Endometriosis Pain Treatment using Progestogens, with a Focus on Dydrogesterone (EMPIRE). Meeting report. 2023.

6. Vercellini P, Buggio L, Berlanda N, et al. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. *Fertil Steril* 2016;106(7):1552–71. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.10.022.

7. Vercellini P, Buggio L, Frattaruolo MP, et al. Medical treatment of endometriosis-related pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018;51:68–91. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.015

8. Vercellini P, Bracco B, Mosconi P, et al. Norethindrone acetate or dienogest for the treatment of symptomatic endometriosis: a before and after study. *Fertil Steril* 2016;105(3):734–43. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.11.016.

9. Pizzi F, Cavender D, Stockard A, et al. Anti-Inflammatory Doses of Ibuprofen: Effect on Neutrophils and Exercise-Induced Muscle Injury. *International Journal of Sports Medicine*. 1999. 20(2):98–102. DOI: 10.1055/s-2007-971100.

10. Stille JAW, Birt JA, Sharpe-Timms KL. Cellular and molecular basis for endometriosis-associated infertility. *Cell Tissue Res* 2012;349(3):849–62. DOI: 10.1007/s00441-011-1309-0.

11. Hill CJ, Fakhrudin M, Maclean A, et al. Endometriosis and the Fallopian Tubes: Theories of Origin and Clinical Implications. *J Clin Med*. 2020 Jun 18;9(6):1905. DOI: 10.3390/jcm9061905

12. Hodgson RM, Lee HL, Wang R, et al. Interventions for endometriosis-related infertility: a systematic review and network meta-analysis. *Fertil Steril*. 2020 Feb;113(2):374–82. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2019.09.031

13. Meuleman C, Vandenabeele B, Fieuws S, et al. High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners. *Fertil Steril* 2009;92(1):68–74. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2008.04.056

14. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29(3):400–12. DOI: 10.1093/humrep/det457

15. Grigoriadis G, Roman H, Gkrozou F, Daniilidis A. The Impact of Laparoscopic Surgery on Fertility Outcomes in Patients with Minimal / Mild Endometriosis. *J. Clin. Med*. 2024. 13(16):4817. DOI: 10.3390/jcm13164817.

16. Marcoux S, Maheux R, Bérubé S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med* 1997;337(4):217–222. DOI: 10.1056/NEJM199707243370401.

17. Parazzini F. Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: a randomized trial. *Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi*. *Hum Reprod* 1999;14(5):1332–4. DOI: 10.1093/humrep/14.5.1332.

18. Beretta P, Franchi M, Ghezzi F, et al. Randomized clinical trial of two laparoscopic treatments of endometriomas: cystectomy versus drainage and coagulation. *Fertil Steril* 1998;70(6):1176–80. DOI: 10.1016/S0015-0282(98)00385-9.

19. Rizk B, Turki R, Lotfy H, et al. Surgery for endometriosis-associated infertility: do we exaggerate the magnitude of effect? *Facts Views Vis Obgyn* 2015;7(2):109–18.

20. Unlü C, Yildirim G. Ovarian cystectomy in endometriomas: Combined approach. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2014;15(3):177–89. Published 2014 Aug 8. DOI: 10.5152/jtgga.2014.1111

21. Coccia ME, Rizzello F, Capezzuoli T, et al. Bilateral Endometrioma Excision: Surgery-Related Damage to Ovarian Reserve. *Reproductive Sciences*, 2019 Apr;26(4):543–50. DOI: 10.1177/1933719118777640

22. Busaca M, Coccia ME, Aletti G, Guerriero S. Guidelines for diagnosis and treatment of endometriosis. [Internet]. *Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2018. 30(2):7–21. Available from: <https://flore.unifi.it/retrieve/e398c37f-9d88-179a-e053-3705fe0a4c4f/Busacca2018Guidelines.pdf>

23. Seo J-W, Lee D-Y, Yoon B-K, Choi D. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Jan;208:81–5

24. Zakhari A, Delpero E, McKeown S, et al. Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2021;27(1):96–107. DOI: 10.1093/humupd/dmaa033

25. Adamson GD, Pasta DJ. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertil Steril* 2010; 94(5):1609–15. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.035.

26. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod* 2017;32(2):315–24. DOI: 10.1093/humrep/dew293.

27. Benaglia L, Somigliana E, Vercellini P, et al. Endometriotic ovarian cysts negatively affect the rate of spontaneous ovulation. *Hum Reprod*. 2009 Sep;24(9):2183–6. DOI: 10.1093/humrep/dep202

28. González-Foruria I, Soldevila PB, Rodríguez I. Do ovarian endometriomas affect ovarian response to ovarian stimulation for IVF/ICSI? *Reprod Biomed Online*. 2020 Jul; 41(1):37–43. DOI: 10.1016/j.rbmo.2020.03.013

29. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Дупхастон®. [Інтернет]. Доступно: <https://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=15524> Instructions for medical use of the drug Duphaston®. [Internet]. Available from: <https://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=15524>

30. Kvaskoff M, Mahamat-Saleh Y, Farland LV, et al. Endometriosis and cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2021 Feb 19;27(2):393–20. DOI: 10.1093/humupd/dmaa045

31. Steinbuch SC, Lüß AM, Eltrop S, et al. Endometriosis-Associated Ovarian Cancer: From Molecular Pathologies to Clinical Relevance. *Int J Mol Sci*. 2024 Apr 13;25(8):4306. DOI: 10.3390/jms25084306

32. Adilbayeva A, Kunz J. Pathogenesis of Endometriosis and Endometriosis-Associated Cancers. *Int J Mol Sci*. 2024 Jul 11. DOI: 10.3390/jms25147624

33. Körner M, Burckhardt E, Mazzucchelli L. Higher frequency of chromosomal aberrations in ovarian endometriosis compared to extragonadal endometriosis: A possible link to endometrioid adenocarcinoma. *Mod. Pathol*. 2006, 19, 1615–23. DOI: 10.1038/modpathol.3800699

34. Vercellini P, Viganò P, Buggio L, et al. Perimenopausal management of ovarian endometriosis and associated cancer risk: When is medical or surgical treatment indicated? *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol*. 2018, 51, 151–168. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.017

35. Shinmura H, Yoneyama K, Harigane E, et al. Use of tumor markers to distinguish endometriosis-related ovarian neoplasms from ovarian endometrioma. *Int J Gynecol Cancer*. 2020 Jun; 30(6):831–836. DOI: 10.1136/ijgc-2020-001210

36. Results of the qualitative-quantitative study: Duphaston® – the role of the drug in MC disorders and Endometriosis, UMG, 2023.

37. Dipankar SP, Kushram B, Unnikrishnan P, et al. Psychological Distress and Quality of Life in Women With Endometriosis: A Narrative Review of Therapeutic Approaches and Challenges. *Cureus* 2025 Mar 6;17(3):e80180. DOI: 10.7759/cureus.80180

38. Rossi V, Galizia R, Tripodi F, et al. Endometriosis and Sexual Functioning: How Much Do Cognitive and Psycho-Emotional Factors Matter? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 27;19(9):5319. DOI: 10.3390/ijerph19095319.

39. Cuffaro F, Russo E, Amedei A. Endometriosis, Pain, and Related Psychological Disorders: Unveiling the Interplay among the Microbiome, Inflammation, and Oxidative Stress as a Common Thread. *Int. J. Mol. Sci*. 2024;25:6473. DOI: 10.3390/jms25126473

40. Spinoni M, Capano AU, Porpora MG, Grano C. Understanding the psychological factors linking pelvic pain and health-related quality of life in endometriosis: the influence of illness representations and coping strategies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Am J Obstet Gynecol. 2025 Jul;233(1):54.e1–54.e10. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.12.027

41. Mokhtari T, Irandoost E, Sheikhbahaei F, et al. Stress, pain, anxiety, and depression in endometriosis-Targeting glial activation and inflammation. *Int Immunopharmacol*. 2024 May 10;132:111942. DOI: 10.1016/j.intimp.2024.111942.

42. del Pino-Sedeño T, Abrera-Maroto M, Abrante-Luis A, et al. Effectiveness of psychological interventions in endometriosis: a systematic review with meta-analysis *Front Psychol*. 2024 Oct 28;15:1457842. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1457842.

43. Hansen KE, Brandsborg B, Kesmodel US, et al. Psychological interventions improve quality of life despite persistent pain in endometriosis: results of a 3-armled randomized controlled trial. *Qual Life Res*. 2023. 32:1727–44. DOI: 10.1007/s11136-023-03346-9/44. Donatti L, Podgaec S, Baracat EC. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in treating women with endometriosis and chronic pelvic pain: A randomized trial. *J Health Psychol*. 2025 Apr;30(5):1004–16. DOI: 10.1177/13591053241240198.

РЕЗОЛЮЦІЯ ІІ УКРАЇНСЬКОГО ФОРУМУ ЕКСПЕРТІВ З ЕНДОМЕТРІОЗУ

19 червня 2025 р. у Києві відбувся ІІ Форум експертів з ендометріозу, присвячений сучасним рішенням у щоденній боротьбі за якість життя пацієнток із цієї хворобою. До заходу долучилися провідні українські експерти.

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професорка, член-кор. НАМН України, заступниця генерального директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
Н.Ю. Педаченко, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика, м. Київ
Н.Ф. Захаренко, д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
М.М. Вацик, к. мед. н., репродуктолог медичного центру «Мати та дитина», м. Київ
О.Л. Громова, д. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ
Ю.О. Дубоссарська, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро
О.О. Єфіменко, д. мед. н., старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
Л.В. Калугіна, д. мед. н., професорка, головна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
Н.В. Косей, д. мед. н., професорка, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
В.І. Пирогова, д. мед. н., завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів
С.І. Регада, к. мед. н., старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», завідувачка гінекологічного відділення ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
А.С. Рекута, онкогінеколог науково-клінічного відділу новоутворень жіночої репродуктивної системи Національного інституту раку, м. Київ
Н.М. Рожковська, д. мед. н., професорка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса
О.Г. Яшина, к. мед. н., провідна фахівчиня клініки «Медіком», м. Київ
Т.М. Тутченко, к. мед. н., старша наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «ЦІМТ НАН України», м. Київ
Н.В. Яроцька, наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ

Ендометріоз — хронічне, невиліковне захворювання, що вимагає довгострокового та індивідуалізованого підходу до ведення пацієнток від менархе до менопаузи. Це захворювання здебільшого суттєво знижує якість життя пацієнток, впливає на сексуальне та сімейне життя, є причиною безпліддя та підвищує ризик виникнення раку яєчника в старшому віці. Крім фізичного дискомфорту, ендометріоз дуже негативно впливає на психічне здоров'я, спричиняючи розвиток депресії та тривожності, що може посилювати хронічний тазовий біль.

В Україні триває робота над оновленням національного клінічного протоколу з ведення ендометріозу. Робоча група, затверджена наказом МОЗ України, використовує для підготовки актуальних нормативних документів оновлені настанови NICE (2024) та ESHRE (2022). Метою є стандартизація підходів, урахування новітніх наукових даних та всебічний менеджмент, що охоплює, крім медичних аспектів, також репродуктивну та соціальну реабілітацію.

Настанови ESHRE (2022) та NICE (2024) відходять від лапароскопії як «золотого стандарту» діагностики. Натомість вони наголошують на важливості клінічного обстеження, візуалізації (УЗД, МРТ) та емпіричного лікування.

Медикаментозна терапія має бути спрямована на контроль симптомів. Важливо враховувати індивідуальні особливості, побажання пацієнтки, профіль побічних ефектів та вартість. Дідрогестерон визнано ефективним і безпечним для лікування ендометріоз-асоційованого болю, особливо в пацієнток, які планують вагітність, оскільки він не пригнічує овуляцію. Для зняття болю додатково можуть застосовуватися нестероїдні протизапальні препарати, зокрема ібупрофен у високих дозах.

Хірургічне втручання полягає у видаленні вогнищ ендометріозу і є важливим інструментом у разі неефективності фармакотерапії. Однак хірургія не гарантує повного усунення болю і має високий ризик рецидиву, особливо в молодих жінок. Повторні операції можуть значно знижувати овариальний резерв.

Для жінок із безпліддям, пов'язаним з ендометріозом, можуть застосовуватися допоміжні репродуктивні технології, зокрема екстракорпоральне запліднення. Індекс фертильності за ендометріозу є корисним інструментом для прийняття рішення про оптимальний метод досягнення вагітності.

Для успішного ведення пацієнток критично важливою є розробка довгострокового плану, що охоплює медичні та хірургічні втручання, модифікацію способу життя та інтеграцію психологічної підтримки. Максимальна поінформованість жінок щодо своєї проблеми, когнітивно-поведінкова терапія та релаксаційні техніки мають доведену ефективність для зменшення болю та покращення якості життя таких пацієнток.

Ключові слова: ендометріоз, резолюція, Український форум експертів з ендометріозу.

RESOLUTION OF THE II UKRAINIAN FORUM OF EXPERTS ON ENDOMETRIOSIS

On June 19, 2025, the II Forum of Experts on Endometriosis was held in Kyiv, dedicated to modern solutions in the daily struggle for the quality of life of patients with this disease. Leading Ukrainian experts joined the event.

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy general director for research work, head of the Endocrine Gynecology Department, SI «All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine», chief researcher, Department of Reproductive Health, SSI “Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine”, Kyiv
N.Y. Pedachenko, MD, professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, P.L. Shupyk National University of Health Care of Ukraine, Kyiv
N.F. Zakharenko, MD, professor, leading research fellow, Department of Reproductive Health, SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv
M.M. Vatsyk, PhD, reproductive medicine specialist, Medical Center «Mother and Child», Kyiv
O.L. Gromova, MD, assistant professor, Obstetrics and Gynecology Department of Postgraduate Education, Bogomolets National Medical University, Kyiv
Y.O. Dubossarska, MD, professor, head of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education of the Dnipro State Medical University, Dnipro
O.O. Yefimenko, PhD, senior researcher, Department of Reproductive Health, SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv
L.V. Kalugina, MD, professor, chief researcher, Endocrine Gynecology Department, SI «All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», chief researcher, Department of Reproductive Health of the SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv
N.V. Kosei, MD, professor, head of the Department of Reproductive Health, SSI “Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine”, Kyiv
V.I. Pyroghova, MD, head of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Lviv
S.I. Reheda, PhD, senior researcher, Department of Endocrine Gynecology, SI «All-Ukrainian Center for Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine», head of the Gynecological Department of the SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv
A.S. Rekuta, oncogynecologist, Scientific and Clinical Department of Neoplasms of the Female Reproductive System, National Cancer Institute, Kyiv
N.M. Rozhkovska, MD, professor, Obstetrics and Gynecology Department, Odesa National Medical University, Odesa
O.G. Yashina, PhD, leading specialist, Medikom Clinic, Kyiv
T.M. Tutchenko, PhD, senior researcher, Endocrine Gynecology Department, SI “All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine”, senior researcher, Department of Reproductive Health of SSI “Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine”, Kyiv
N.V. Yarotska, researcher, Department of Reproductive Health, SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine», Kyiv

Endometriosis is a chronic, incurable disease that requires a long-term and individualized approach to the management of patients from menarche to menopause. This disease significantly reduces the quality of life of most patients, affects sexual and family life, is the cause of infertility and increases the risk of ovarian cancer in older age. In addition to physical discomfort, endometriosis has a significant negative impact on mental health, causing the development of depression and anxiety, which can aggravate chronic pelvic pain.

In Ukraine, work is underway to update the national clinical protocol for the management of endometriosis. The working group, approved by the order of the Ministry of Health of Ukraine, uses the updated NICE (2024) and ESHRE (2022) guidelines to prepare current regulatory documents. The goal is to standardize approaches, take into account the latest scientific data and comprehensive management, which includes, in addition to medical aspects, also reproductive and social rehabilitation.

The ESHRE (2022) and NICE (2024) guidelines move away from laparoscopy as the “gold standard” of diagnosis. Instead, they emphasize the importance of clinical examination, imaging (ultrasound, MRI) and empirical treatment.

Drug therapy should be aimed at controlling symptoms. It is important to take into account individual characteristics, patient wishes, side effect profile and cost. Dydrogesterone has been recognized as effective and safe for the treatment of endometriosis-associated pain, especially in patients who wish to plan a pregnancy, since it does not suppress ovulation. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, including high doses of ibuprofen, may be used to relieve pain.

Surgery involves removing the endometriosis lesions and is an important tool in cases of ineffective pharmacotherapy. However, surgery does not guarantee complete pain relief and has a high risk of recurrence, especially in young women. Repeated operations can significantly reduce ovarian reserve.

For women with endometriosis-related infertility, assisted reproductive technologies, including in vitro fertilization, can be used. The endometriosis fertility index is a useful tool for deciding on the optimal method of achieving pregnancy.

For successful management of patients, it is critical to develop a long-term plan that includes medical and surgical interventions, lifestyle modification, and the integration of psychological support. Raising women's awareness of their condition, along with cognitive-behavioral therapy, and relaxation techniques, has been proven effective in reducing pain and improving the quality of life of such patients.

Keywords: endometriosis, resolution, Ukrainian Forum of Experts on Endometriosis.