

АВСТРАЛІЙСЬКА ЖИВА ДОКАЗОВА НАСТАНОВА: ЕНДОМЕТРІОЗ – 2025*

КОРОЛІВСЬКИЙ КОЛЕДЖ АКУШЕРІВ І ГІНЕКОЛОГІВ АВСТРАЛІЇ ТА НОВОЇ ЗЕЛАНДІЇ (RANZCOG)

ВСТУП

Мета настанови: надання рекомендацій, які ґрунтуються на доказах, щодо менеджменту пацієнток із підозрою на ендометріоз / аденоміоз та підтвердженням ендометріозом / аденоміозом.

Передумови

У 2021 році Королівський коледж акушерів і гінекологів Австралії та Нової Зеландії (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)) розробив першу австралійську клінічну практичну рекомендацію з діагностики та лікування ендометріозу (відому як «Базова рекомендація») за сприяння уряду Австралії. «Базова рекомендація» була спрямована на адаптацію рекомендацій Національного інституту охорони здоров'я та досконалості медичного обслуговування (National Institute for Health and Care Excellence, (NICE)) Великої Британії «Ендометріоз: діагностика та лікування» (NG73) від 2017 року [4] для австралійських медичних закладів.

У 2022 році уряд Австралії запросив RANZCOG оновити «Базову рекомендацію» та перевести її у формат живих доказів («Жива рекомендація»). «Жива рекомендація» базується на доказах «Базової рекомендації» та охоплює нові дослідження. Використання живих доказів дає змогу клінічним рекомендаціям реагувати на нові дані та висвітлювати сфери, де існує низька достовірність або відсутні докази, які б сигналізували про необхідність подальших досліджень.

Ця настанова (2025 року) надає рекомендації на підставі доказів медичним працівникам (лікарям загальної практики), які діагностують та лікують осіб різного віку з підозрою на ендометріоз або з підтвердженням ендометріозом, для забезпечення високоякісної та послідовної медичної допомоги.

Ендометріоз

Ендометріоз – це хронічне запальне гінекологічне захворювання, що характеризується наявністю ендометріоподібної тканини поза маткою. У світі на ендометріоз страждає 190 мільйонів жінок [6]. У 2023 році Австралійський інститут охорони здоров'я та добробуту (Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)) повідомив, що в кожній сьомій (14%) жінки в Австралії віком 50–55 років діагностується ендометріоз у віці до 44–49 років, а у 8,8% жінок віком 29–34 роки ендометріоз діагностували, коли їм було 26–31 рік [3].

Симптоми, пов'язані з ендометріозом, різняться: деякі пацієнтки відчувають дуже слабкий біль або взагалі не відчувають, тоді як інші можуть мати значний біль або симптоми, які суттєво впливають на якість життя. У багатьох жінок енде-

тріоз пов'язаний із виснажливими болісними симптомами, тривалою затримкою діагностики після появи симптомів, а також збереженням і рецидивом симптомів, незважаючи на оптимальне медикаментозне та хірургічне лікування [6].

Ендометріоз часто недостатньо розпізнається, а затримка діагностики може суттєво впливати на якість життя жінки, її родини, партнера та осіб, які здійснюють за нею догляд. Річні витрати на лікування цього захворювання в Австралії у 2017 році становили 9,6 млрд австралійських доларів або (30 000 доларів США на пацієнтку з ендометріозом) через втрату продуктивності, зниження доходу, роботу за сумісництвом, використання лікарняних і втрачені можливості [5]. Додаткові витрати часто пов'язані з витратами на фармацевтичні препарати, обстеження, хірургічне втручання, підтримку осіб, які здійснюють догляд, лікування безпліддя, а також суміжні медичні процедури та додаткові методи лікування.

Раніше підтвердження діагнозу ендометріоз вимагало хірургічного втручання. Нові дані свідчать, що здебільшого це захворювання можна діагностувати з вищою точністю за допомогою неінвазивних методів, як-от трансвагінальне УЗД та МРТ [8, 9].

Аденоміоз

Аденоміоз – це естроген-чутливий стан, який може виникати разом з ендометріозом або без нього [10]. Аденоміоз є недостатньо дослідженим станом, що призводить до відсутності клінічних рекомендацій для клініцистів та жінок із цим захворюванням.

Поточна настанова має на меті надати рекомендації на підставі доказів для підтримки діагностики та лікування аденоміозу як супутнього захворювання.

Вік

Часто виникають труднощі з діагностикою ендометріозу в підлітковому віці, оскільки відсутні відповідні служби для направлення підлітків із підозрою на ендометріоз або підтвердженням ендометріозом. Освіта з питань здоров'я органів малого таза в шкільних програмах часто зосереджена на фізіології, але не висвітлює хвороби (біль у ділянці таза) і стратегії лікування [19].

Ознаками низької грамотності щодо менструального здоров'я є брак знань про тривалість менструального циклу (МЦ) і те, що вважається «нормою», коли йдеться про біль під час менструації та інші симптоми [18]. Ці прогалини в знаннях можуть призвести до відтермінування звернення по допомогу та своєчасної діагностики [18]. Обмежені знання про дозування безрецептурних знеболювальних препаратів та час їхнього прийому можуть знижувати їхню ефективність [18].

* Реферативний огляд настанови. З повною версією можна ознайомитися за посиланням: <https://ranzco.org.au/wp-content/uploads/Endometriosis-Clinical-Practice-Guideline.pdf>

Формування розуміння менструального здоров'я (зокрема, МЦ) та його впливу на соціальне й фізичне життя і психологічне благополуччя в дівчини є важливою частиною медичної допомоги, що надається підліткам [18].

Сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність

Окрім цисгендерних жінок, ендометріоз вражає трансгендерних, гендерно-різноманітних (зокрема, небінарних, агендерних, гендерно-квірних та гендерно-нонконформних, але не обмежуючись ними) та інтерсексуальних осіб [11]. В осіб, які не ідентифікують себе як цисгендерні жінки, ендометріоз та пов'язані з ендометріозом менструальні симптоми можуть спровокувати гендерну дисфору, оскільки деякі симптоми посилюються під час менструації [12], що може спричинити в них тривожне нагадування про невідповідність їхньої гендерної ідентичності та статі, яку вони мали під час народження [12]. Існують поширені помилкові уявлення щодо ролі гормональної терапії для осіб, які використовують гендерно-підтверджувальну гормональну терапію, однак кількість досліджень щодо менеджменту трансгендерних та гендерно-різноманітних підлітків, яким призначена гормональна терапія, обмежена [20].

МЕТОДОЛОГІЯ

Особи з підозрою на ендометріоз визначаються як такі, що:

- мають ознаки та симптоми, які свідчать про ендометріоз (див. розділ «Ознаки та симптоми ендометріозу»).

Особи з підтвердженням ендометріозом визначаються як такі, що мають:

- хірургічне або гістологічне підтвердження ендометріозу, або
- результати візуалізаційного дослідження (УЗД чи МРТ), що свідчать про ендометріоз або глибокий ендометріоз.

Усі пошуки оновлених рекомендацій проводилися з грудня 2023 року до листопада 2024 року включно. Пошуки живих доказів повторювалися в січні й травні 2025 року.

Кожну рекомендацію було розроблено за допомогою шкали GRADE або «Системи оцінювання, розробки та оцінки рекомендацій» (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) [1]. Оцінка достовірності за шкалою GRADE визначається після врахування ризику систематичної помилки, невідповідності (якою мірою збігаються або відрізняються результати досліджень), опосередкованості (якою мірою збігаються або відрізняються популяції), неточності та систематичної помилки публікацій. У результаті докази мають високу, помірну, низьку або дуже низьку достовірність [2]:

- Докази з високою достовірністю отримані з ретельно проведених досліджень із мінімальним ризиком систематичної помилки та послідовними результатами; подальші дослідження навряд чи змінять достовірність: ●●●●.
- Помірна достовірність означає, що існує достатньо доказів для підтвердження оцінки, але подальші дослідження все ще можуть вплинути на неї; докази отримані з досліджень із певними обмеженнями, невідповідностями або можливістю систематичної помилки: ●●●○.

- Низька достовірність вказує на обмеження доступних доказів, що може бути пов'язано з методологічними недоліками, опосередкованістю або невідповідністю доказів, а також високим ризиком систематичної помилки. Подальші дослідження можуть вплинути на достовірність: ●●○○.

- Дуже низька достовірність означає, що доступних доказів недостатньо для висновків, а справжній ефект, імовірно, буде невідомим: ●○○○.

Сильні рекомендації базуються на доказах високої або помірної достовірності. Умовні рекомендації базуються на доказах низької достовірності.

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ НАСТАНОВИ

Ознаки та симптоми ендометріозу

Найпоширенішими симптомами ендометріозу є сильні болісні менструації, біль під час сексу, безпліддя, тазовий біль та рясні менструальні кровотечі.

Діагностика

Пацієнткам із симптомами, що свідчать про ендометріоз, слід запропонувати трансвагінальне УЗД органів малого таза як обстеження першої лінії. МРТ органів малого таза може бути запропоновано, якщо УЗД недоступне або в разі підозри на глибокий ендометріоз. Якщо трансвагінальне УЗД неможливе або недоцільне через вік чи статевий анамнез, а МРТ недоступна, може бути виконане трансабдоминальне УЗД.

Хірургічне втручання (лапароскопія) не є обов'язковим як метод першої лінії для діагностики ендометріозу.

Лікування

Слід пояснити пацієнтці результати діагностичної візуалізації та запропонувати гормональне лікування першої лінії. Розгляньте доцільність додаткових втручань, зокрема знеболювальну терапію, фізіотерапію або психологічні методики.

Запропонуйте будь-який із гормональних методів лікування першої лінії, що охоплює комбіновані пероральні контрацептиви та прогестагени (пероральні, ін'єкційні, імпланти або внутрішньоматкові системи (ВМС)), і якщо через три місяці терапії стан не покращиться, обговоріть альтернативне гормональне лікування першої або другої лінії (агоністи або антагоністи гонадотропного релізинг-гормону (ГнРГ)).

Якщо фертильність є пріоритетом для пацієнтки, скеруйте її до спеціаліста з фертильності для лікування.

Не слід пропонувати гормональне лікування окремо або в поєднанні з хірургічним втручанням жінкам з ендометріозом, які намагаються завагітніти, оскільки це не покращує показники самостійного настання вагітності.

Хірургічне втручання

Обговоріть із пацієнткою роль лапароскопії, якщо є підозра на ендометріоз або якщо лікування не дало результатів.

Після операції

Жінкам з ендометріозом, які не бажають вагітніти одразу після операції, рекомендується пропонувати гормональне лікування, оскільки воно не має негативного впливу на

майбутню фертильність і пов'язане зі зменшенням болю та рецидивів ендометріозу.

Запропонуйте будь-який із наступних варіантів терапії для пацієнок, які перенесли операцію з приводу ендометріозу: комбіновані пероральні контрацептиви, прогестагени (пероральні, ін'єкційні, імпланти або ВМС) або агоністи ГнРГ, оскільки таке лікування зменшує рецидиви ендометріозу.

Онкологічний ризик

Пацієнткам з ендометріозом, які переймаються ризиком виникнення раку репродуктивних органів, рекомендується повідомити, що хоча в них може бути невелике збільшення ризику розвитку раку яєчників та ендометрія, зростання абсолютного ризику порівняно із жінками за-

гальної популяції є низьким; і що в них може бути знижений ризик виникнення раку шийки матки. Оскільки немає скринінгового тесту, який може точно виявити ранній рак яєчників або ендометрія, Група з розробки настанови (ГРН) не рекомендує проводити додаткове тестування для жінок з ендометріозом, за винятком рутинного скринінгу шийки матки.

Особлива увага до підлітків

Якщо розглядається можливість проведення лапароскопії в підлітків, в ідеалі її має виконувати гінеколог із досвідом лікування ендометріозу в підлітковому віці. До проведення лапароскопії слід продовжувати застосовувати інші методи лікування симптомів захворювання.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДАЦІЙ

1. Ознаки та симптоми ендометріозу

1. Умовна рекомендація. Ендометріоз можна розглядати в осіб із наявністю одного або кількох із таких симптомів: • Найпоширеніші симптоми (пов'язані з ендометріозом у 25–70% випадків): - сильні болісні менструації; - біль під час або після статевого акту; - безпліддя; - біль у ділянці таза; - сильні менструальні кровотечі. • Менш поширені симптоми (пов'язані з ендометріозом у 10–25% випадків): - симптоми з боку кишечника (запор, діарея, біль під час випорожнення); - сильна втома; - біль у спині; - проблеми зі сном; - головний біль; - симптоми, пов'язані із сечовипусканням; - алергія. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
2. Умовна рекомендація. Під час збору анамнезу запитайте, чи має пацієнтка аутоімунні захворювання або чи є в родичів першого ступеня споріднення анамнез або симптоми ендометріозу, оскільки будь-який із цих факторів може збільшити ймовірність розвитку ендометріозу. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
3. Належна клінічна практика (Good Practice Statement, GPS). ГРН пропонує особам із підозрою на ендометріоз розглянути можливість ведення короткострокового щоденника симптомів, що може допомогти в обговоренні подальшого лікування.	
4. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує запропонувати жінкам із підозрою на ендометріоз обстеження черевної порожнини та органів таза для виявлення ознак ендометріозу або інших станів, пов'язаних із подібними симптомами. Примітка: звичайне обстеження не виключає можливості діагнозу ендометріозу або необхідності подальшого обстеження. Воно може бути недоцільним для деяких осіб, зокрема тих, хто не є сексуально активними або має біль у вагінальних м'язах (гіперактивність м'язів тазового дна або вагінізм).	

Таблиця 1. Клінічні ознаки, які можуть свідчити про ендометріоз

Ознаки тазового обстеження, які можуть свідчити про наявність ендометріозу
- знижена рухливість органів малого таза; - збільшення органів малого таза; - вузлуватість задньої стінки піхви; - болючість у тазі та піхві; - видимі вагінальні ендометріюїдні ураження.

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

2. Інформування та підтримка осіб з ендометріозом

5. Умовна рекомендація. Оцінити особисту інформацію пацієнтки з підозрою на ендометріоз або з підтвердженим ендометріозом і підтримати її короткострокові та довгострокові потреби, враховуючи такі фактори: • оточення жінки, наявність та місцеперебування мережі підтримки (включно з регіональними та віддаленими районами); • симптоми; • супутні захворювання; • пріоритети; • бажання фертильності; • вплив хвороби на повсякденне життя, роботу та навчання; • культурне походження; • фізичні, психосексуальні та емоційні потреби. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
6. Умовна рекомендація. Надавати постійну інформацію та підтримку для сприяння активній участі пацієнтки в самостійному лікуванні щодо таких питань: • що таке ендометріоз; • ознаки та симптоми ендометріозу; • як діагностується ендометріоз • варіанти терапії, зокрема вичікувальна терапія, медикаментозна та хірургічне лікування, нефармакологічні та нехірургічні втручання, подальше спостереження, орієнтовний час очікування на отримання медичної допомоги та фінансові витрати; • національні та місцеві групи або мережі підтримки та ресурси. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○

3. Швидка діагностика ендометріозу та раннє втручання

Немає рекомендацій. Див. пункт 7 «Діагностика ендометріозу».

4. Організація догляду

7. Належна клінічна практика. ГРН пропонує забезпечити можливість особам із підозрою на ендометріоз або з підтвердженим ендометріозом отримати скоординовану командну допомогу, зокрема: • лікарів загальної практики та медсестер-практиків; • медсестер (зокрема, патронажних, практиків, шкільних) та акушерок; • фізіотерапевтів та інших фахівців суміжної медичної практики; • служб психологічної підтримки; • гінекологічних служб: – гінекологів із досвідом роботи з ендометріозом, зокрема з підготовкою у сфері лапароскопічної хірургії; – спеціалізованих гінекологічних медсестер із досвідом роботи з ендометріозом; • служб лікування безпліддя; • дитячих та підліткових гінекологів; • багатопрофільних служб із лікування болю в ділянці таза з досвідом роботи з гінекологічною візуалізацією; • спеціалізованих хірургічних служб, зокрема колоректальних хірургів або урологів, які знаються на ендометріозі; • служб сексуального та репродуктивного здоров'я; • медичних працівників корінних народів.	
8. Належна клінічна практика. Для осіб із підозрою на ендометріоз або підтвердженим ендометріозом, які мешкають у сільській та віддаленій місцевості, послуги мають бути такими ж, як і для мешканок великих міст. У сільській та віддаленій місцевості або для осіб, які не можуть відвідати лікаря особисто, слід забезпечити телемедичні консультації, а також полегшити доступ до послуг із візуалізації.	
9. Належна клінічна практика План лікування хронічних захворювань та план психічного здоров'я, де це доречно, можуть допомогти в оцінці та доступі до медичних послуг.	

5. Направлення осіб з ендометріозом на вторинну медичну допомогу

10. Належна клінічна практика. ГРН пропонує направляти осіб із підозрою на ендометріоз або з підтвердженим ендометріозом до гінекологічних служб, якщо: • початкове лікування неефективне, не переноситься або протипоказане; • у жінки є ознаки ендометріозу під час обстеження, але відсутня відповідь на лікування першої лінії; • УЗД або інші методи візуалізації виявили ендометріому або глибокий ендометріоз; • у пацієнтки є важкі, стійкі або рецидивні симптоми ендометріозу; • наявні постійні занепокоєння жінки щодо затримки фертильності.	
11. Належна клінічна практика. ГРН пропонує, щоб гінеколог із відповідним хірургічним досвідом або спеціалізована служба з ендометріозу опікувались: • пацієнтками з ознаками глибокого ендометріозу, зокрема із захворюваннями, що зачіпають кишечник, сечовий міхур або сечовід; • пацієнтками з ендометріозом, які розглядають хірургічне лікування. Може знадобитися мультидисциплінарна допомога (див. пункт 6: «Міждисциплінарна / мультидисциплінарна допомога в лікуванні ендометріозу»).	

6. Міждисциплінарна / мультидисциплінарна допомога в лікуванні ендометріозу

12. Умовна рекомендація. Розгляньте можливість направлення пацієнтки з ендометріозом та болем у ділянці таза до фахівців із мультидисциплінарної медичної допомоги, особливо це стосується жінок із постійним болем після медикаментозного та/або хірургічного лікування. Достовірність доказів: низька.	● ● ● ○
--	---------

7. Діагностика ендометріозу

13. Належна клінічна практика. ГРН пропонує провести тазовий огляд (за потреби, див. пункт 4) як частину початкової оцінки для виявлення ендометріозу та скринінгу на інші можливі причини симптомів. Звичайне клінічне обстеження не виключає діагнозу ендометріозу.	
14. Сильна рекомендація. Усім пацієнткам із симптомами, що свідчать про ендометріоз, навіть якщо вагінальне та черевне обстеження в нормі, слід рекомендувати: • трансвагінальне УЗД як метод першої лінії діагностики або МРТ органів малого таза, якщо УЗД органів малого таза недоцільне; • якщо трансвагінальне УЗД та МРТ недоступні або недоцільні, тоді можна запропонувати трансабдомінальне УЗД; • якщо під час обстеження або трансвагінального УЗД підозрюється глибокий ендометріоз, слід виконати МРТ (для сприяння плануванню хірургічного втручання, якщо це необхідно). Рівень доказів: помірний.	● ● ● ○
15. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує, щоб УЗД та МРТ органів малого таза проводилися та/або інтерпретувалися медичним працівником зі спеціалізованим досвідом у гінекологічній візуалізації.	
16. Належна клінічна практика. ГРН вважає, що негативні результати УЗД на ендометріоз не виключають поверхневого ураження очеревини. Якщо симптоми зберігаються, незважаючи на лікування протягом кількох місяців, слід розглянути можливість направлення жінки на подальшу оцінку та обстеження.	
17. Належна клінічна практика. ГРН вважає, що цілями трансвагінального УЗД є: • виявлення ендометріозу; • виявлення ендометріозу в малому тазі, включно з ректосигмоподібним відростком, кишенею Дугласа, сечовим міхуром і сечоводами; • оцінка інших станів, які можуть спричиняти симптоми; • спрямування подальшої діагностики та лікування.	
18. Умовна рекомендація. Не слід використовувати комп'ютерну томографію як основний метод дослідження ендометріозу. Рівень доказів: низький.	● ● ● ○
19. Сильна рекомендація. Розгляньте можливість проведення лапароскопії для діагностики пацієнток із підозрою на ендометріоз, бажано після пробного лікування, навіть якщо результати УЗД або МРТ у нормі. Під час лапароскопії задокументуйте детальний опис місця та зовнішнього вигляду, виконайте можливу біопсію та фотографії (див. рекомендації щодо хірургічного лікування ендометріозу). Рівень доказів: помірний.	● ● ● ○
20. Умовна рекомендація. Визначення сироваткового рівня СА125 не рекомендується для діагностики ендометріозу. Якщо рівень СА125 в сироватці крові вже визначено, слід пам'ятати, що: • підвищене значення СА125 (тобто 35 МО/мл або більше) може свідчити про наявність ендометріозу; • ендометріоз може бути наявний навіть за нормальної концентрації СА125 (менше ніж 35 МО/мл). Рівень доказів: низький.	● ● ● ○

8. Системи стадіювання, що визначають лікування ендометріозу

21. Умовна рекомендація. Призначайте лікування, орієнтоване на пацієнтку, відповідно до симптомів, уподобань та пріоритетів жінки. Використання систем стадіювання не рекомендується для визначення лікування ендометріозу, оскільки немає доказів того, що вони покращують результати. Рівень доказів: низький.	● ● ● ○
--	---------

9. Діагностика аденоміозу

22. Умовна рекомендація. Для діагностики аденоміозу рекомендується УЗД, хоча ознаки можуть різнитися, а діагностична ефективність цього методу обмежена через відсутність узгоджених діагностичних критеріїв. Рівень доказів: низький.	● ● ● ○
23. Належна клінічна практика. ГРН пропонує розглядати МРТ як метод другої лінії для діагностики аденоміозу.	

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

10. Знеболювальне лікування болю та симптомів, пов'язаних з ендометріозом / аденоміозом

24. Умовна рекомендація. Клініцистам рекомендується обговорити шкоду та переваги різних варіантів знеболювальних засобів для лікування болю, пов'язаного з ендометріозом або аденоміозом, враховуючи супутні захворювання та уподобання пацієнтки (табл. 2). Рівень доказів: дуже низький.	● ○ ○ ○
25. Належна клінічна практика. Для осіб, які мають ендометріоз-асоційований біль, розгляньте доцільність короточасного застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) окремо або в комбінації з парацетамолом, якщо немає протипоказань. Якщо така терапія не забезпечує належного полегшення болю, розгляньте інші форми лікування болю та направлення до гінеколога для подальшої оцінки.	
26. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує призначати прості анальгетики окремо або в поєднанні з іншими методами лікування.	
27. Належна клінічна практика Якщо для лікування гострого болю показані опіоїдні препарати, то ГРН рекомендує використовувати їх лише в мінімальній ефективній дозі протягом обмеженого часу.	

Таблиця 2. Короткий опис призначення анальгетиків у разі виникнення болю, пов'язаного з ендометріозом

Препарат	Дозування / частота	Тривалість	Переваги	Небажані явища / побічні ефекти
Парацетамол	1 г / 6 годин, не більше ніж 4 г за 24 години.	3-місячний пробний період, тривале застосування.	- Широко доступний. - Полегшує біль від легкого до помірного ступенів, може використовуватися як доповнення до хірургічного втручання. - Має адитивний ефект з іншими анальгетиками.	Рідко.
НПЗП: наприклад, ібупрофен, диклофенак	Дозування ібупрофену – 400 мг кожні 8 годин, не більше ніж 2400 мг на день.	Періодичне лікування до 7 днів протягом 3-місячного періоду.	- Легкодоступний. - Анальгетик короткої дії, спрямований на запалення. - Ефективний у поєднанні з парацетамолом.	- Шлунок: гастрит. Рідко диспепсія. Виразка шлунка, ентеропатія. - Порушення функції нирок. - Дисфункція печінки (рідко). - Антитромбоцитарна активність. - Рідко спричиняє висип, бронхоспазм.
Опіоїди	Препарати, що містять опіоїди.	Короточасне застосування.	Можуть використовуватися для лікування післяопераційного болю.	- Шлунок: нудота, диспепсія, запор. - Нестерпний свербіж. - Седация. - Пригнічення дихання. - Толерантність, залежить від тривалого застосування.

<https://www.tga.gov.au/news/safety-alerts/non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-nsaids-review> <https://www.healthdirect.gov.au/anti-inflammatory-medicines>

11. Нейромодуляторне лікування болю та симптомів, пов'язаних з ендометріозом / аденоміозом

28. Належна клінічна практика. ГРН пропонує клініцистам обговорити з пацієнткою потенційні переваги та шкоду нейромодуляторів для лікування болю, пов'язаного з ендометріозом або аденоміозом; жінку слід поінформувати, що хоча є докази їхнього використання за хронічних больових станів, дослідження із застосуванням цих препаратів у хворих на ендометріоз і аденоміоз обмежені.	
29. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує пояснити пацієнткам, що з метою знеболення нейромодулятори болю використовуються в нижчих дозах, ніж коли їх призначають під час депресії або тривоги.	

12. Гормональне лікування ендометріозу з/без хірургічного втручання

30. Умовна рекомендація. Слід запропонувати будь-який із гормональних препаратів першої лінії (комбіновані пероральні контрацептиви та прогестагени (пероральні, ін'єкційні, імплантовані або внутрішньо маткові системи)) особам із підозрою на ендометріоз або вже встановленим діагнозом, які не намагаються завагітніти, на підставі спільного підходу до прийняття рішень та з урахуванням індивідуальних уподобань жінки, оскільки ці препарати мають подібні показники зменшення болю. Пацієнткам, які активно намагаються завагітніти, не слід призначати гормональне лікування ендометріозу (табл. 3). Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
31. Сильна рекомендація. Рекомендується пропонувати гормональне лікування першої або другої лінії жінкам після хірургічного лікування ендометріозу й пацієнткам, які не намагаються завагітніти, оскільки таке лікування пов'язано зі зменшенням болю та рецидиву ендометріозу. Рівень доказів: помірний.	● ● ● ○
32. Належна клінічна практика. ГРН пропонує переглянути методи лікування першої лінії на предмет знеболення та переносності терапії через три місяці. Якщо початковий варіант лікування не переносився або був неефективним, слід розглянути альтернативне лікування першої лінії або іншу лікарську форму препарату та випробувати його протягом ще трьох місяців.	
33. Умовна рекомендація. Якщо гормональне лікування першої лінії не покращує симптомів або має побічні ефекти, слід звернутися до гінекологічних служб для розгляду можливості призначення препаратів другої лінії (агоністи та антагоністи ГнРГ). Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
34. Сильна рекомендація. Якщо використовуються агоністи або антагоністи ГнРГ, рекомендується призначати додаткову терапію для запобігання втраті кісткової маси та симптомів менопаузи. Рівень доказів: помірний.	● ● ● ○
35. Належна клінічна практика. ГРН не рекомендує застосовувати інгібітори ароматази та селективні модулятори естрогенових рецепторів для лікування ендометріозу, оскільки існує дуже обмежена кількість доказів на підтримку використання цих засобів.	

13. Гормональне лікування аденоміозу з/без хірургічного втручання

36. Умовна рекомендація. Для осіб з ознаками та симптомами, що свідчать про аденоміоз, слід розглянути можливість призначення гормонального лікування для зменшення болю та кровотечі: пероральний дієногест, пероральний контрацептив, ВМС, що вивільняє левоноргестрел, або етоногестреловий імплант. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
37. Належна клінічна практика. ГРН пропонує переглянути через три місяці лікування першої лінії аденоміозу щодо зменшення болю, кровотечі та переносності. Якщо вихідна терапія не переноситься або неефективна, слід запропонувати альтернативне лікування першої лінії або іншу лікарську форму засобу чи направити пацієнтку до гінеколога.	
38. Умовна рекомендація. Розгляньте можливість призначення агоністів ГнРГ як терапії другої лінії для лікування болю та кровотечі, пов'язаних з аденоміозом (див. рекомендацію 34 щодо додаткової терапії). Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
39. Належна клінічна практика. ГРП пропонує для пацієнок з ознаками та симптомами, що свідчать про аденоміоз, розглянути можливість призначення гормональної терапії перед проведенням гістеректомії, оскільки це більш консервативний варіант лікування.	

Таблиця 3. Короткий опис гормонального лікування ендометріозу

Терапія		Ефективність	Аменорея (а)	Побічні ефекти
Комбінований гормональний контрацептив, що містить 20 або 30 мкг естрогену в поєднанні з прогестагеном		Усі гормональні втручання демонструють зіставне зменшення болю в ділянці таза, болісних менструацій та болю під час сексу.	Залежить від типу та режиму, аменорея частіше зустрічається за безперервного режиму застосування.	Ризик тромбозу збільшується з 2/10 000 до 10/10 000 [128]. Можливе незначне збільшення ризику раку молочної залози з 5,5/10 000 до 6,4/10 000 випадків на людину-рік за використання до 5 років та до 7,6/10 000 за використання понад 10 років (ризик може відрізнятись залежно від типу прогестагенів) [129].
Прогестагени	Медоксипрогестерону ацетат (5–30 мг щодня безперервно)		Характерна аменорея, частіше після 12 тижнів використання.	Акне, болючість молочних залоз, зміна ваги та головний біль. Може несуттєво підвищувати ризик тромбозу [130].
	ВМС, що вивільняє левоноргестрел, 52 мг (вивільнення 15 мкг/день)		Притаманні кров'яністі виділення протягом перших 3 місяців. Характерна аменорея.	Може бути незначне збільшення ризику виникнення простої кісти яєчника [131] та запальних захворювань органів малого таза під час встановлення та видалення [132, 133]. Може бути незначна різниця або взагалі не бути різниці щодо ризику тромбозу [128, 130]. Можливе незначне збільшення випадків раку молочної залози з 5,5/10 000 до 7/10 000 випадків на людину-рік [129].
	Імплант		Притаманні кров'яністі виділення протягом перших 3 місяців. Характерна аменорея.	Може бути незначна різниця або взагалі не бути різниці щодо ризику тромбозу [130] або раку молочної залози [129]. Кров'яністі виділення імовірніші для осіб із низьким індексом маси тіла ($< 20 \text{ кг/м}^2$) [134].
	Дієногест (2 мг щодня безперервно)		Характерна аменорея, частіше після 12 тижнів використання.	Може дещо збільшити втрату мінеральної щільності кісток, показник невідомий [135].
Агоністи ГнРГ / антагоністи ГнРГ + додаткова терапія (б) За рекомендацією спеціаліста			Характерна аменорея	Add-back застосування (терапія прикриття) знижує ймовірність появи припливів, сухості піхви та втрати мінеральної щільності кісток [136].
Антагоністи ГнРГ. Антагоністи ГнРГ. За рекомендацією спеціаліста			Характерна аменорея, можливі епізодичні кров'яністі виділення.	Більша ймовірність появи припливів, сухості піхви та втрати мінеральної щільності кісток [136, 137].
Селективні модулятори естрогенових рецепторів		Дуже обмежені докази їхнього використання [138].		
Інгібітори ароматази		Дуже обмежені докази їхнього використання (в) [139, 140].		
Селективні модулятори рецепторів прогестерону		Немає доказів використання тиболону [141].		
(а) Якщо дозування призводить до аменореї, то ймовірність вагітності дуже низька (не всі препарати схвалені для контрацепції в Австралії). (б) Додаткова терапія: монотерапія прогестагеном, селективними модуляторами естрогенових рецепторів, тиболон і тестостерон, замісна гормонотерапія (норетистерону ацетат має такі ж результати, як і норетистерону ацетат у поєднанні з комбінованим контрацептивом). (в) Потрібна контрацепція, оскільки може посилитися фертильність.				
Перша лінія: можна використовувати довгостроково.				
Друга лінія: можна використовувати довгостроково.				
Друга лінія: лише короткострокове використання < 6 місяців.				
Не рекомендується.				

14. Хірургічне лікування ендометріозу й аденоміозу

40. Належна клінічна практика. ГРР пропонує клініцистам обговорити варіанти хірургічного лікування з пацієнткою з підозрою на ендометріоз або підтвердженим ендометріозом, включно з такими питаннями: • у чому полягає хірургічне втручання; • що хірургічне втручання може передбачати лікування уражень; • що хірургічне втручання може зменшити або не зменшити симптоми хвороби; • які є можливі переваги та шкоду хірургічного втручання; • що можливим є подальше хірургічне втручання, якщо наявні ураження кишечника, сечового міхура або сечоводу, чи за рецидивного ендометріозу.	
41. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує проводити хірургічне втручання з приводу ендометріозу лапароскопічно, а не лапаротомічно, якщо немає протипоказань.	
42. Сильна рекомендація. З метою лікування ендометріом рекомендується проводити видалення кісти, а не абляцію, враховуючи бажання пацієнтки щодо фертильності, резерв яєчників та попередні операції на яєчниках, оскільки видалення ендометріоми пов'язане з нижчим рівнем рецидивів, і післяопераційний резерв яєчників не відрізняється. Див. також пункт 18 щодо впливу на фертильність. Рівень доказів: помірний.	●●●○
43. Умовна рекомендація. За підозри на ендометріоз (не на ендометріому) переваги та шкоду діагностичної лапароскопії порівняно з лапароскопічним лікуванням слід обговорити з пацієнткою до операції, оскільки існує обмежена кількість доказів щодо зменшення болю та покращення якості життя після проведення діагностичної лапароскопії. Рівень доказів: низький.	●●○○
44. Умовна рекомендація. З пацієнткою з ендометріозом слід обговорити переваги та шкоду лапароскопічного видалення і абляції, оскільки наявні докази не підтверджують перевагу однієї методики над іншою, за винятком ендометріоми. Рівень доказів: низький.	●●○○
45. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує ретельно розглянути можливість повторної лапароскопічної операції в жінок з ендометріозом.	
46. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує направляти пацієнток із глибоким ендометріозом з ураженням бічних стінок малого таза, ураженням кишечника або сечового міхура до спеціалістів із відповідним досвідом.	
47. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує індивідуалізувати лікування, оскільки немає доказів, які б визначали хірургічне лікування аденоміозу.	

Таблиця 4. Переваги та шкода, пов'язані з ексцизійною / абляційною лапароскопією та діагностичною лапароскопією за перитонеального ендометріозу (результати рандомізованих контрольованих досліджень (РКД))

	Лапароскопічна ексцизія / абляція	Діагностична лапароскопія
Переваги	Може бути незначна різниця або її відсутність в показниках болю та якості життя.	Діагноз може бути важливим для пацієнтки.
Шкода	Повідомлялося про незначну кількість випадків, але теоретично метод може призвести до спайок маткових труб та очеревини.	Може бути незначна або взагалі відсутня різниця між видаленням / абляцією та лише діагностикою.

Таблиця 5. Переваги та шкода, пов'язані з ексцизійною лапароскопією, порівняно з абляцією при перитонеальному ендометріозі (результати РКД)

	Лапароскопічна ексцизія	Лапароскопічна абляція
Переваги	Різниця щодо болю може бути незначною або відсутньою протягом 5 років після операції порівняно з абляцією. Біль порівняно з початковим рівнем зменшується. Суперечливі докази щодо зменшення болю залежно від статі.	Різниця щодо болю може бути незначною або відсутньою протягом 5 років після операції порівняно з видаленням. Біль порівняно з початковим рівнем зменшується. Суперечливі докази щодо зменшення болю залежно від статі.
Шкода	Не повідомляється, але теоретично може призвести до спайок маткових труб та очеревини.	Не повідомляється, але теоретично може призвести до термічного пошкодження навколишніх тканин.

Таблиця 6. Переваги та шкода, пов'язані з лапароскопічним видаленням та абляцією ендометріоми (результати РКД)

	Лапароскопічна ексцизія	Лапароскопічна абляція
Переваги	• Може зменшити болючі менструації — до 5 років. • Може зменшити біль під час сексу — до 2 років. • Імовірно, зменшує рецидиви. • Імовірно, зменшує потребу в подальшому хірургічному втручанні.	• Може призвести до певного зменшення болю порівняно з початковим рівнем.
Шкода	• Незначна або відсутня різниця щодо оваріального резерву.	• Імовірно, підвищений рівень рецидивів ендометріоми. • Імовірно, підвищена потреба в подальшому хірургічному втручанні з приводу ендометріоми.

Таблиця 7. Переваги та шкода, пов'язані з лапароскопічною ексцизією та колоректальною сегментарною резекцією (результати РКД та обсерваційних досліджень)

	Ексцизія / ректальна та дискоїдна форми висічення	Колоректальна сегментарна резекція
Переваги	- Може бути незначна або взагалі відсутня різниця щодо болю (будь-якого), якості життя або рецидиву ректального вузла. - Зменшення ректовагінальних фістул.	Може бути незначна або взагалі відсутня різниця щодо болю (будь-якого), якості життя або рецидиву ректального вузла.
Шкода	Незначна або відсутня різниця щодо оваріального резерву.	- Може спостерігатися збільшення кількості серйозних ускладнень. - Може спостерігатися збільшення частоти виникнення ректовагінальної фістули.

15. Гістеректомія для лікування ендометріозу й аденоміозу

48. Умовна рекомендація. Повідомте пацієнок з ендометріозом, які розглядають гістеректомію, що існують обмежені докази ефективності гістеректомії для покращення результатів лікування, зокрема болю. Рівень доказів: дуже низький.	● ○ ○ ○
49. Умовна рекомендація. Із жінками з ендометріозом, які розглядають гістеректомію, обговоріть можливі переваги та ризики видалення обох яєчників, зокрема довгостроковий підвищений ризик серцево-судинних хвороб та захворювань кісткової системи. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
50. Належна клінічна практика. ГРН пропонує обговорити з особами з ендометріозом і аденоміозом, які розглядають можливість гістеректомії, такі питання: - що передбачає гістеректомія та коли вона може знадобитися; - які є переваги та ризики гістеректомії; - що гістеректомія не обов'язково зменшить симптоми чи вилікує захворювання; - що гістеректомію слід поєднувати з видаленням усіх видимих ендометріодних уражень; - що ендометріоз може рецидивувати з можливою потребою в подальшому хірургічному втручанні; - які є переваги та ризики менопаузальної гормональної терапії після гістеректомії з оофоректомією.	
51. Належна клінічна практика. ГРН пропонує, щоб за поєднання гістеректомії з хірургічним лікуванням ендометріозу гістеректомія (з видаленням обох яєчників або без видалення) проводилася лапароскопічно та видалялися всі видимі ураження, якщо немає протипоказань.	
52. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує інформувати пацієнок, які розглядають можливість гістеректомії для лікування аденоміозу, що немає жодних доказів на користь або проти ефективності гістеректомії як способу знеболення.	

Таблиця 8. Користь та шкода гістеректомії та гістеректомії + двосторонньої сальпінгоофоректомії

	Гістеректомія зі збереженням яєчників	Гістеректомія + двостороння сальпінгоофоректомія
Переваги	- Збереження фертильності - Неоднозначні дані щодо впливу на біль (докази від низького до дуже низького рівня достовірності).	- Неоднозначні дані щодо впливу на біль (докази від низького до дуже низького рівня достовірності). - Зниження діагностики раку яєчників.
Шкода	Збільшення кількості повторних хірургічних втручань (докази від низького до дуже низького рівня достовірності).	- Збільшення довгострокових проблем зі здоров'ям, включно із загальною смертністю. - Потреба в тривалій замісній гормональній терапії.

16. Нефармакологічне та нехірургічне лікування болю, пов'язаного з ендометріозом та/або аденоміозом

53. Умовна рекомендація Клініцистам рекомендується пропонувати хворим на ендометріоз пройти фізіотерапію органів малого таза, оскільки вона може зменшити біль у ділянці таза та біль під час сексу. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
54. Умовна рекомендація Для лікування симптомів ендометріозу клініцистам рекомендується обговорити з пацієнтками та запропонувати: • заняття з усвідомленості (майндфулнес) або психологічні методики, оскільки вони можуть бути пов'язані з невеликим зменшенням болю в ділянці таза та покращенням якості життя • консультації, оскільки вони можуть бути пов'язані з незначним покращенням якості життя. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
55. Умовна рекомендація. Клініцистам рекомендується надати пацієнткам з ендометріозом поради щодо харчування (дієта FODMAP ¹) та харчових добавок (риб'ячий жир і вітамін D) для лікування больових симптомів, але їх слід поінформувати про обмеженість доказів на користь такого харчування. Рівень доказів: дуже низький.	● ○ ○ ○
56. Умовна рекомендація. У жінок з ендометріозом можна розглянути доцільність курсу акупунктури, оскільки він може бути пов'язаний із короткостроковим зменшенням ендометріоз-асоційованого болю та покращенням якості життя. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
57. Умовна рекомендація Повідомте пацієнок з ендометріозом, що, за винятком акупунктури, існують обмежені докази ефективності комплементарної та альтернативної медицини для лікування болю. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
58. Належна клінічна практика. ГРН пропонує клініцистам обговорити з пацієнткою нефармакологічні та нехірургічні варіанти лікування симптомів аденоміозу, але не можна дати конкретних рекомендацій щодо жодного з втручань, оскільки докази обмежені.	
¹ FODMAP («Fermentable Oligo-, Di-, Mono-saccharides and Polyols» — ферментовані оліго-, ди-, моносахариди та поліоли) — дієта, спрямована на зменшення симптомів, пов'язаних із синдромом подразненого кишечника та іншими розладами травлення, які часто спостерігаються в жінок з ендометріозом. Передбачає обмеження споживання вуглеводів, що погано всмоктуються в кишечнику.	

Таблиця 10. Рекомендації щодо тривалості та дозування нефармакологічного та нехірургічного лікування ендометріозу

Фізіотерапія • Мануальна терапія (зокрема, мобілізація м'язів черевного преса, тазового, поперекового та грудного відділів хребта, а також методи м'яких тканин) протягом 8 тижнів, один сеанс тривалістю 30 хв кожні 15 днів. • Фізіотерапія тазового дна (циліндричний тиск); протягом 11 тижнів, по 5 сеансів по 30 хв у 1-й, 3-й, 5-й, 8-й та 11-й тижні.
Психологічне втручання • Психотерапія із соматосенсорною стимуляцією (акупунктура, прогрівання та тепло): протягом 3 місяців, сеанси тривалістю 30–60 хв, медіана 8,5 сеансів. • Усвідомленість: проводиться в груповій формі в очному форматі один раз на тиждень протягом 1,5 годин на сеанс із подальшим щотижневим онлайн-заняттям з усвідомленості протягом 3 тижнів. • Консультації: 7 групових консультацій із самопомогі тривалістю 60–90 хв, проводяться щотижня.
Харчові добавки • 1000 мг риб'ячого жиру щодня (720 мг омега-3 жирних кислот, зокрема 488 мг ейкозапентаєнової кислоти та 178 мг докозагексаєнової кислоти), 2000 МО вітаміну D ₃ (холекальциферол) один раз на день • Пальмітоїлетаноламід + трансполідатин: мікронізований пальмітоїлетаноламід / трансполідатин (400 мг + 40 мг) двічі на день протягом трьох місяців.
Акупунктура • проводиться протягом 12 тижнів 30-хвилинними сеансами тричі на тиждень.

17. Медичний канабіс для лікування болю, пов'язаного з ендометріозом

59. Належна клінічна практика. ГРН пропонує клініцистам відкрито обговорювати використання медичного канабісу та канабісу без рецепта через його поширене використання, але не можна дати конкретних рекомендацій для пацієнок з ендометріозом, оскільки докази щодо потенційної користі та шкоди дуже обмежені.	
60. Належна клінічна практика. ГРН рекомендує медичним працівникам ознайомитися з юрисдикційними правилами призначення ліків та правовими межами, що застосовуються до їхньої практики.	

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

18. Лікування ендометріозу, коли фертильність є пріоритетом

61. Належна клінічна практика. ГРН пропонує, щоб лікування безпліддя, пов'язаного з ендометріозом, відбувалося за участю багатопрофільної команди й спеціаліста з питань фертильності та забезпечувало доступ жінки до послуг із лікування фертильності.	
62. Умовна рекомендація. Розгляньте можливість видалення або абляції в жінок із безпліддям, у яких діагностовано поверхневий перитонеальний ендометріоз під час лапароскопії, оскільки це може підвищити ймовірність життєздатної внутрішньоматкової вагітності. Також розгляньте можливість проведення діагностики на прохідність маткових труб та виконання адгезіолізу. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
63. Умовна рекомендація. ГРН пропонує клініцистам обговорити переваги та ризики лапароскопічної хірургії як варіанта лікування з пацієнтками з глибоким ендометріозом (зокрема ендометріозом, що вражає кишечник, сечовий міхур або сечовід), які намагаються завагітніти, оскільки немає доказів покращення фертильності в результаті лікування із застосуванням цих методів. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
64. Сильна рекомендація. Не рекомендується пропонувати гормональну терапію окремо або в поєднанні з хірургічним втручанням жінкам з ендометріозом, які намагаються завагітніти, оскільки це не покращує показників самостійного настання вагітності. Рівень доказів: помірний.	● ● ● ○
65. Сильна рекомендація. Пацієнткам з ендометріозом, які не бажають вагітніти одразу після операції, рекомендується пропонувати гормональну терапію, оскільки вона не впливає негативно на фертильність і пов'язана зі зменшенням болю та рецидивів ендометріозу. Рівень доказів: помірний.	● ● ● ○

19. Спостереження за безсимптомним ендометріозом

66. Умовна рекомендація. Обговоріть із хворими на безсимптомний ендометріоз (зокрема, ендометріому й глибокий ендометріоз) низьку ймовірність прогресування хвороби та розгляньте можливість індивідуального підходу до подальшого спостереження. Достовірність доказів: низька. Див. пункт 3: «Швидка діагностика ендометріозу та раннє втручання».	● ● ○ ○
---	---------

20. Вторинна профілактика ендометріозу

67. Сильна рекомендація. Особам з ендометріозом, які не намагаються завагітніти, слід запропонувати гормональну супресію (тривалістю щонайменше 6–12 місяців) після хірургічного видалення або абляції ендометріозу, щоб зменшити рецидиви захворювання і болю. Достовірність доказів: помірна.	● ● ● ○
68. Сильна рекомендація. Запропонуйте будь-який із наступних варіантів для жінок, які не намагаються завагітніти та перенесли операцію з приводу ендометріозу: комбіновані пероральні контрацептиви, прогестагени (пероральні, ін'єкційні, імпланти чи ВМС) або агоністи ГнРГ, оскільки ці засоби пов'язані зі зниженням рецидивів захворювання. Рівень доказів: помірний.	● ● ● ○

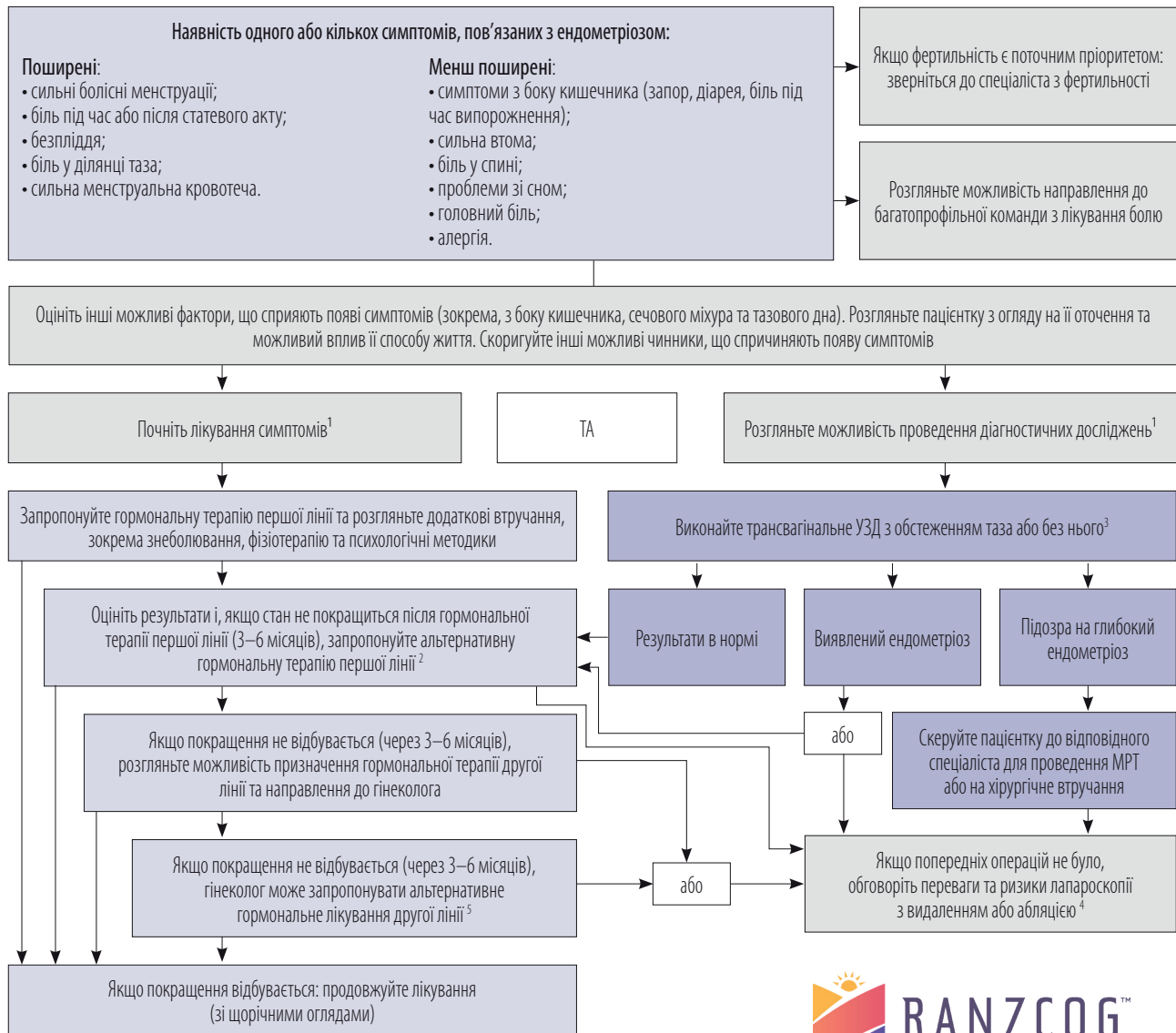
21. Ризик раку репродуктивних органів в осіб з ендометріозом

69. Умовна рекомендація. Пацієнткам з ендометріозом, які запитують інформацію про ризик раку репродуктивних органів, рекомендується повідомити, що хоча в них може бути невелике збільшення ризику розвитку раку яєчників та ендометрія, зростання абсолютного ризику порівняно з жінками загальної популяції є низьким і вони можуть мати знижений ризик раку шийки матки. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
70. Належна клінічна практика. ГРН не рекомендує проводити скринінг на рак яєчників або ендометрія для осіб з ендометріозом та пропонує їм продовжувати плановий скринінг на рак шийки матки відповідно до національних рекомендацій.	
71. Належна клінічна практика. Оскільки не існує скринінгового тесту, який може точно виявити ранній рак яєчників, ГРН не рекомендує проводити додаткове тестування для пацієнток з ендометріозом.	
72. Належна клінічна практика. Оскільки не існує скринінгового тесту на рак ендометрія, ГРН не рекомендує проводити додаткове тестування на цей рак в осіб з ендометріозом.	
73. Належна клінічна практика. ГРН пропонує клініцистам обговорити з пацієнтками, які мають безсимптомну ендометрію, низьку ймовірність ризику раку яєчників.	

Особлива увага: підлітки

74. Належна клінічна практика. У підлітків ¹ зі значним менструальним боєм ГРН пропонує дослідити наявні в них симптоми на предмет можливих причин та негайно розпочати лікування.	
75. Умовна рекомендація. Молодим особам зі значним менструальним боєм слід проводити УЗД для оцінки причин, зокрема ендометріозу. Використовуйте трансабдомінальне УЗД у разі, коли трансвагінальне УЗД не доцільне. Також можливе проведення МРТ або трансперинеального УЗД спеціалістом, який має досвід роботи із цими методами. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
76. Умовна рекомендація. Усі гормональні та прості знеболювальні варіанти терапії придатні для молодих осіб. ВМС безпечна для використання в молодих пацієнток і може бути введена під загальним наркозом (за необхідності). Інші методи лікування, описані в цій настанові, також можуть бути придатними для дівчат. Рівень доказів: низький.	● ● ○ ○
77. Належна клінічна практика. ГРН пропонує обговорити роль та місце лапароскопії з гінекологом, який має досвід лікування ендометріозу в молодих осіб. Слід продовжувати інші методи лікування, поки очікується лапароскопія для дослідження симптомів.	
78. Належна клінічна практика. ГРН пропонує направляти підлітків із підозрою на ендометріоз або підтвердженим ендометріозом до дитячого та підліткового гінеколога, який спеціалізується на ендометріозі, або до гінеколога, який має досвід лікування підлітків із можливим ендометріозом.	
¹ Підлітковий вік – це період життя між дитинством і дорослим віком, від 10 до 19 років (відповідно до класифікації ВООЗ).	

ДІАГНОСТИКА ТА МЕНЕДЖМЕНТ ЕНДОМЕТРІОЗУ



¹ У разі звернення жінки із симптомами, що свідчать про ендометріоз, лікування та діагностику можна розпочати вже на першій консультації.

² Запропонуйте гормональне лікування відповідно до уподобань пацієнтки (включно з підлітками). Лікуванням першої лінії є комбіновані контрацептиви та прогестагени (пероральні, ін'єкційні, імпланти або ВМС).

³ Трансвагінальне УЗД є кращим варіантом дослідження першої лінії. Якщо воно неможливе або недоречне через вік чи статевий анамнез, тоді можна запропонувати трансбdomінальне УЗД. За наявності будь-яких клінічних проблем може знадобитися додаткове спеціалізоване УЗД, яке має бути проведене та/або інтерпретоване медичним працівником із досвідом у гінекологічній візуалізації.

⁴ Доцільність проведення лапароскопії в підлітків слід обговорити з гінекологом, який має досвід роботи з молодими пацієнтками.

⁵ Гормональне лікування другої лінії охоплює агоністи та антагоністи GnRH і має бути запропоноване за рекомендацією спеціаліста.

АВСТРАЛІЙСЬКА ЖИВА ДОКАЗОВА НАСТАНОВА: ЕНДОМЕТРІОЗ – 2025

Королівський коледж акушерів і гінекологів Австралії та Нової Зеландії (RANZCOG)

Австралійська настанова з ендометріозу, опублікована в травні 2025 року RANZCOG, пропонує найновіші наукові докази для виявлення, діагностики та лікування ендометріозу. Настанова живих доказів охоплює сучасні дослідження з метою надання рекомендацій, що ґрунтуються на доказах, медичним працівникам, які діагностують та ведуть осіб із підозрою на ендометріоз або аденоміоз.

Нова настанова спрямована на покращення узгодженості догляду за пацієнтками з ендометріозом та зменшення залежності від інвазивної лапароскопічної хірургії, яка була золотим стандартом у виявленні та діагностиці ендометріозу протягом десятиліть. Натомість ця настанова, що ґрунтується на доказах, надає пріоритет менш інвазивним методам медичної візуалізації, щоб полегшити ранню діагностику та лікування ендометріозу та, зрештою, зменшити біль та витрати для пацієнток, які страждають на це захворювання.

Ця настанова зосереджена на неінвазивних методах діагностики та пропонує спеціальні ресурси для лікарів первинної медичної допомоги та пацієнток.

Ключовими особливостями настанови є:

- Зосередженість на неінвазивній діагностиці. Настанова пропагує використання трансвагінального УЗД та МРТ як діагностичних інструментів першої лінії, зменшуючи залежність від лапароскопічної хірургії.
- Пацієнтоорієнтований підхід. Він містить ресурси, які допомагають пацієнткам зрозуміти ендометріоз, орієнтуватися в процесі лікування та керувати симптомами, досягаючи емоційного та психологічного благополуччя.
- Конкретні рекомендації щодо первинної медичної допомоги. Надано короткий довідник та блок-схему для лікарів загальної практики для раннього виявлення та лікування ендометріозу.
- Модель живих рекомендацій. Рекомендації регулярно оновлюються на підставі нових доказів, що дає змогу забезпечити відображення в них останніх досліджень та передового досвіду.
- Акцент на освіті. Рекомендації підкреслюють важливість підвищення обізнаності пацієнток щодо ендометріозу, його лікування та потенційного впливу такого методу лікування, як гормональна контрацепція.
- Розгляд споріднених захворювань. Рекомендації також зосереджуються на аденоміозі – супутньому стані, часто пов'язаному з ендометріозом.

Ключові слова: Королівський австралійський та новозеландський коледж акушерів-гінекологів, RANZCOG, настанова, ендометріоз.

AUSTRALIAN LIVING EVIDENCE GUIDELINE: ENDOMETRIOSIS – 2025

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)

The Australian Living Evidence Guideline for Endometriosis, published in May 2025 by RANZCOG, offers the latest scientific evidence for detecting, diagnosing, and managing endometriosis. A Living Evidence Guideline incorporating current research to provide evidence-based recommendations to health care practitioners who diagnose and manage people with suspected or confirmed endometriosis or adenomyosis.

The new guideline aims to improve consistency of care for people living with endometriosis, and will reduce reliance on invasive laparoscopic surgery, which had been the gold standard in endometriosis detection and diagnosis for decades. Instead, these evidence-based guidelines prioritise less invasive medical imaging techniques to facilitate earlier diagnosis and treatment of endometriosis and ultimately reduce the pain and cost for the patients affected by the disease.

This guideline emphasizes non-invasive diagnostic methods and includes specific resources for primary care providers and patients.

Key features of the guideline included such positions:

- Focus on non-invasive diagnosis. The guideline promotes the use of transvaginal ultrasound and MRI as first-line diagnostic tools, reducing reliance on laparoscopic surgery.
- Patient-centered approach. It includes resources to help patients understand endometriosis, navigate their care journey, and manage symptoms, including emotional and psychological well-being.
- Specific recommendations for primary care. A quick reference guide and flowchart are provided to support general practitioners in the early detection and management of endometriosis.
- Living guideline model. The guideline is regularly updated with new evidence to ensure it reflects the latest research and best practices.
- Emphasis on education. The guideline stresses the importance of educating patients about endometriosis, its management, and the potential impact of treatments like hormonal contraception.
- Addresses related conditions. The guideline also addresses adenomyosis, a related condition often associated with endometriosis.

Keywords: The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, RANZCOG, guideline, endometriosis.