

Сучасні Стандарти Клінічного Ведення Ендометріозу та Хронічного Тазового Болю

Ендометріоїдна хвороба залишається однією з найскладніших та системних патологій у сучасній гінекологічній практиці. Вона вимагає відходу від застарілих шаблонів терапії та переходу до довгострокових, персоналізованих стратегій менеджменту. Даний матеріал розроблено на основі актуальних клінічних настанов Товариства акушерів і гінекологів Канади (SOGC № 468) з метою інтеграції передових доказових підходів у практику Західного центру лікування ендометріозу та хронічного тазового болю.

1. Філософія персоналізованого менеджменту та біопсихосоціальна модель

Сучасний підхід до лікування ендометріозу базується на визнанні його як хронічного, прогресуючого захворювання, яке впливає на всі аспекти життя жінки. Замість фокусування виключно на анатомічних вогнищах, клінічний менеджмент повинен спиратися на біопсихосоціальну модель.

- **Мультидисциплінарна команда:** Ведення пацієнток із коморбідними станами та стійким тазовим болем має залучати гінекологів, хірургів-експертів, психотерапевтів, реабілітологів та спеціалістів із лікування болю.
- **Врахування супутньої патології:** Оцінка стану пацієнтки повинна включати скринінг на синдром подразненого кишечника (IBS), синдром болісного сечового міхура, міофасціальний дисбаланс та центральну сенситизацію болю.
- **Довгострокове планування:** План лікування складається на роки вперед, враховуючи репродуктивні цілі жінки на різних етапах її життя, мінімізуючи кількість повторних хірургічних втручань.

2. Стратегії медикаментозної терапії: Ефективність та моніторинг

Медикаментозна супресія є першою лінією захисту для пацієнток із вираженим больовим синдромом (дисменорея, глибока диспареунія, хронічний тазовий біль), які не мають абсолютних показань до негайного хірургічного втручання.

Категорія препаратів	Клінічні ефекти та переваги	Особливості та контроль безпеки
Комбіновані гормональні контрацептиви (КГК) та прогестини	Пригнічення овуляції, децидуалізація та атрофія ендометріюїдних вогнищ, зниження больового синдрому.	Оцінка ефективності проводиться через 3 місяці безперервного прийому. Добре підходять для тривалого використання.
Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ВМС-ЛНГ)	Виражений локальний прогестагеновий ефект, значне зменшення менструальної крововтрати та тазового болю.	Високий комплаєнс пацієнток, мінімальні системні побічні ефекти, довготривала дія (до 5 років).
Агоністи та антагоністи ГНРГ	Глибока гіпоестрогенія, швидка регресія симптомів при важких, рефрактерних формах хвороби.	Обов'язкове призначення "add-back" терапії для профілактики втрати мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) та вегетативних порушень.

Важливе зауваження: Медикаментозна терапія ефективно тамує біль, проте вона не лікує безпліддя і не покращує показники природного зачаття після її відміни. Пацієнткам, які планують вагітність, призначати гормональну супресію з метою підвищення фертильності недоцільно.

3. Хірургічне лікування: Зміна парадигми у бік радикальної ексцизії

Хірургічний підхід показаний при неефективності консервативної терапії, наявності анатомічних порушень (наприклад, стеноз сечоводів, обструкція кишечника), об'ємних утворень (ендометріоми великих розмірів) або у структурі лікування безпліддя.

1. **Ексцизія проти Абляції:** Золотим стандартом хірургії є повне висічення (ексцизія) ендометріюїдних гетеротопій, а не їх поверхневе припікання (абляція). Ексцизія забезпечує якісний гістологічний контроль та значно знижує частоту рецидивів.
2. **Оваріальний резерв та ендометріоми:** При видаленні капсули ендометріоми (цистектомії) досягається найкращий протибольовий ефект. Проте методика несе

ризик пошкодження здорової тканини яєчника та зниження рівня антимюллерівського гормону (АМГ). Хірург повинен застосовувати максимально бережні технології гемостазу (аргоноплазмова коагуляція, шовні методики замість грубої біполярної коагуляції).

3. **Радикальна хірургія:** Гістеректомія у поєднанні з повним видаленням усіх вогнищ ендометріозу розглядається у жінок, які завершили репродуктивну функцію і мають стійкий, рефрактерний біль. При цьому слід уникати рутинного видалення яєчників (оофорекомії) у жінок перменопаузального віку через загрозу раннього хірургічного клімаксу та його системних наслідків.

4. Збереження та відновлення фертильності

Ендометріоз чинить прямий негативний вплив на репродуктивну систему через хронічне запалення, порушення анатомії малого таза та зниження якості ооцитів.

- **Індекс EFI (Endometriosis Fertility Index):** Після кожного хірургічного втручання лікар має розраховувати індекс EFI для прогнозування ймовірності настання природної вагітності протягом наступних 3-12 місяців.
- **Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ):** Пацієнтки зі зниженим оваріальним резервом, тривалим анамнезом безпліддя або високим ступенем ураження за EFI повинні бути своєчасно направлені на програми ЗВТ (ЕКЗ).
- **Онкофертильність та кріоконсервація:** Жінкам із прогресуючим перебігом ендометріозу, особливо перед повторними операціями на яєчниках, рекомендовано пропонувати програми вітрифікації (заморожування) ооцитів або ембріонів задля збереження їхнього генетичного матеріалу.

5. Онкологічна настороженість та профілактика ризиків

Ендометріоз асоційований із помірним підвищенням відносного ризику розвитку певних гістологічних типів раку яєчників (світлоклітинного та ендометріюдного). Клінічний протокол Західного центру передбачає обов'язковий ретельний моніторинг:

- Ультразвуковий експертний контроль (оцінка за критеріями IOTA) та, за потреби, МРТ малого таза для диференціальної діагностики.
- Визначення онкомаркерів (CA-125, HE4, індекс ROMA) суворо за клінічними показаннями.
- Тривала післяопераційна гормональна терапія (наприклад, прогестинами або КГК) виступає не лише методом профілактики рецидиву болю, але й фактором, що знижує довгостроковий ризик малігнізації.