

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ЕНДОМЕТРИОЗА**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на ендометриоза.

**Член 2**

Начинот на згрижувањето на ендометриозата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на ендометриозата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6512/2  
07 ноември 2012 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ЕНДОМЕТРИОЗА

### МЗД Упатства 13.9.2010

- Основни податоци
- Општо
- Знаци и симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

### ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Ендометриозата е естроген-зависна состојба и обично не се сретнува по менопаузата.
- Или болката или неплодноста се третираат кај пациентка со ендометриоза; двете не можат заедно да се третираат.

### ОПШТО

- Се јавува кај 10% од жените во репродуктивниот период, кај 5% од стерилизираните жени и кај 25% од жени со фертилитетни проблеми.
- Присуство на ткиво слично на ендометриум на места надвор од утерината празнина индуцира хронична инфламаторна реакција
  - Суперфициелни фокуси на перитонеалната површина
  - Длабоки (над 5 mm) фокуси во просторот помеѓу вагината и ректумот (ректовагинална ендометриоза), во мочниот меур или цревата, поретко во други органи.
  - Ендометриозно-индуцирани цисти на овариумите (ендометриоми)
- Патогенезата останува нејасна, ендометријалното ткиво може да мигрира низ јајцеводите во перитонеалната празнина или перитонеалните клетки се трансформираат во слични на ендометријалните.
- Ендометриозата е естроген-зависна и симптомите обично ги нема по менопаузата.
- Покрај естрогенот што се продуцира од овариумите, ендометриотичните фокуси и самите синтетизираат естроген и простагландини, што ја одржува состојбата.
- Кај афецираните индивидуи нормалниот имунолошки систем е нарушен, што овозможува да се развива ендометриозата.
- Ризикот за ендометриоза е 7 пати повисок доколку роднина ја има истата.

### ЗНАЦИ И СИМПТОМИ

- Најчест симптом е дисменореа која почнува неколку дена пред почетокот на менструалното крвање.
- Диспареунија и болка индуцирани од тресење и вибрација.
- Дизурија, болки при дефекација, крв во столицата
- Абнормално вагинално крвање, замор.
- Неплодност
- Ту формација во долниот дел на абдоменот.

- Симптомите се најчесто циклични; при тешката форма на болеста болката е континуирана.
- Види исто така референци 1,2,3,10.

## ДИЈАГНОЗА

- Историјата(анамнезата) е важна.
- Гинеколошкиот преглед може да е нормален при блага форма на болеста.
- При гинеколошки преглед има болна осетливост во задните утерини лигаменти и латерално, осетлив утерус при придвижување, и понекогаш присуство на видлива сина ендометриоза на вагината.
- Ултразвучен преглед нема да ги покаже суперфициелните фокуси туку оваријалните ендометриотични цисти, ендометриоми.
- Дијагнозата може да се верифицира лапароскопски, но симптомите не корелираат секогаш со наодот.
- Ако пациентката има болки при уринирање и дефекација, може да се направат цистоскопија и колоноскопија.
- Пелвичен MRI треба да се направи само за да се визуелизираат длабоките фокуси.

### Диференцијална дијагноза

- Аденомиоза
- Оваријални тумори
- Инфекција на уринарниот тракт
- Опстипација, анална фисура
- Синдром на иритабилно црево, интерстицијален циститис
- Скелетни причини
- Психосоматски причини

## ТРЕТМАН

- Кај ендометриозата, треба да се третираат или болката или инфертилитетот; не е можно да се третираат симултано.
- Не постои куративен третман.
- Фармакотерапијата има за цел да го превенира дејството на естрогенот на ендометријалното ткиво и да ги смали ендометриотичните фокуси. Симптомите се повторуваат кај половина од пациентките по престанокот на терапијата.
- Хируршкиот третман има цел да го отстрани ектопичниот ендометриум и да ја врати нормалната анатомија.
- Види истотака референци 2,3,10,11.

### Третман на болка

- Нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) се првиот избор кај полесни случаи (ннд-**D**)<sup>1</sup>.
- Комбинирани орални контрацептиви (ннд-**C**) ја супримираат оваријалната активност. Може да се употребат циклично или последователно, без пауза, од 3 до 6 месеци.
- Континуирана администрација на прогестини (ннд-**C**) (medroxyprogesterone acetate 10-50mg/ден, lynestrenol 5-15mg/ден, noretisterone 5-10mg/ден или dienogest 2mg/ден) ја супримираат оваријалната активност.

---

<sup>1</sup> ннд-ниво на доказ

- Левоноргестрел-релизинг интраутерина влошка го супримира ендометриумот и делумно оваријалната активност (ннд-**B**).
- GnRH-агонистите(ннд-**B**) продуцираат хипоестрогена состојба како по менопауза, но заради менопаузални симптоми и ризик од остеопороза, се препорачуваат само во текот на 6 месеци (ако третманот се пролонгира треба да се додаде хормон заместителна терапија со естроген и прогестагени за превенција на несакани ефекти) 4.
- Сите погоре споменати хормонални третмани се еднакво ефективни во редуцирањето на болката. Третманот се избира на индивидуална основа и избегнувајќи ги несаканите ефекти.
- Ароматаза-инхибиторите кои ја инхибираат периферната синтеза на естрогените, може да се употребат кај млади пациенти комбинирани со орален контрацептив, а после радикална хирургија или во постменопауза како единствен лек. Терапијата сè уште е делумно експериментална.
- Лапароскопско отстранување на ендометријалните фокуси јасно води кон намалување на болката (ннд-**B**) 5.
- Постоперативната хормонална терапија го намалува ризикот од рекуренца (ннд-**C**) и затоа таа е препорачлива во текот на неколку години постоперативно 14.
- Хируршкиот третман не е од помош кај 20% од пациентите, а болеста рецидивира кај 20 до 30% од пациентите во текот на 5 години 6,7,12.
- Кај многу тешка ендометриоза, треба да се земат предвид хистеректомија и оофоректомија и ако е потребно ресекција на црево и ексцизија на мочниот меур.
- Види истотака референци 2,3,9,10,11.

### **Третман на ендометриозата кај пациент со неплодност**

- Хормоналната терапија која се користи за третман на болката ќе превенира концепција и затоа тие не се препорачуваат кај проблеми со неплодност.
- Лапароскопијата е индицирана ако се сомнева на ендометриоза кај пациентки со фертилитетни проблеми.
- Лапароскопскиот третман на лесна ендометриоза ја зголемува веројатноста за забременување (ннд-**C**) 8.
- Отстранувањето на капсулата на оваријален ендометриом (над 4cm) ги зголемува шансите за забременување и го намалува ризикот од рекуренца.
- Хируршката терапија на тешка ендометриоза може да ги подобри шансите за забременување.
- Ако неплодноста продолжи или болеста напредува, се препорачува ин витро фертилизација 13.
- Бременоста ги намалува симптомите и во некои случаи, симптомите потполно може да исчезнат по породувањето 3, 10.

## **ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

### **Кохранови прегледи**

- Прогестините може да се ефективни за симптоматско намалување на болките при ендометриоза и да дадат сличен ефект врз болката како даназолот и GnRH-агонистите (ннд-**C**).
- Даназолот изгледа дека е ефективен во третманот на симптомите и знаците на ендометриозата. Сепак, неговата употреба е ограничена заради појава на андрогени несакани ефекти (ннд-**B**).
- Лапароскопската хирургија изгледа дека е ефективна за краткотрајно намалување на болката кај лесна и умерена ендометриоза (?).

- Супресија на овулацијата не е ефективна кај супфертилни жени со ендометриоза кои сакаат да забременат (ннд-**A**).
- Употребата на лапароскопска хирургија во третманот на минимална и лесна ендометриоза може да ги подобри стапките на успех (?).
- Хормонална супресија заедно со хируршки третман на ендометриоза можеби не придонесува за сигнификантно подобрување на клиничкиот исход (ннд-**C**).
- Ексцизионата терапија на ендометриомите може да даде подобри исходи отколку дренажа и аблација. Таа треба да е преферираниот хируршки пристап (ннд-**B**).
- ХЗТ за жени со ендометриоза и постхируршка менопауза изгледа дека резултира со болки и рецидив на болеста, иако доказите за тоа се лимитирани (ннд-**D**).

#### **Други сумарни докази**

- Одредувањето на Ca-125 изгледа има многу лимитирана вредност за дијагноза на ендометриозата (ннд-**B**).

#### **Клинички упатства**

1. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologist: The investigation and management of endometriosis

## **ЛИТЕРАТУРА**

#### **Клинички практични прегледи**

- Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. N Engl J Med 2010 Jun 24;362(25):2389-98. **PubMed**
- de Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. Lancet 2010 Aug 28;376(9742):730-8. **PubMed**
- Farquhar C. Endometriosis. BMJ 2007 Feb 3;334(7587):249-53. **PubMed**
- Olive DL. Gonadotropin-releasing hormone agonists for endometriosis. N Engl J Med 2008 Sep 11;359(11):1136-42. **PubMed**
- Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. N Engl J Med 1993 Jun 17;328(24):1759-69. **PubMed**.

#### **Друга литература**

1. Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. Hum Reprod 1991 Apr;6(4):544-9. **PubMed**
2. American College of Obstetrics and Gynecology Practice Bulletin: Medical management of endometriosis, 1999
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Guidelines: The investigations and management of endometriosis, 2000
4. Kauppila A, Puolakka J, Ylikorkala O. Prostaglandin biosynthesis inhibitors and endometriosis. Prostaglandins 1979 Oct;18(4):655-61. **PubMed**

## **РЕФЕРЕНЦИ**

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet 2004 Nov 13-19;364(9447):1789-99. **PubMed**
2. Farquhar C. Endometriosis. BMJ 2007 Feb 3;334(7587):249-53. **PubMed**

3. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, Hummelshoj L, Prentice A, Saridogan E. ESHRE guidelines for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2005;20:2698-2704 **PubMed**
4. Sagsveen M, Farmer JE, Prentice A, Breeze A. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for endometriosis: bone mineral density. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD001297. **PubMed**
5. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994 Oct;62(4):696-700. **PubMed**
6. Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril* 2004 Oct;82(4):878-84. **PubMed**
7. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod* 2003 Sep;18(9):1922-7. **PubMed**
8. 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 Jul 24;337(4):217-22. **PubMed**
9. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med* 2009 Jan 15;360(3):268-79. **PubMed**
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The investigation and management of endometriosis. Green-top Guideline No. 24, 2006 **1**
11. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril* 2008 Nov;90(5 Suppl):S260-9. **PubMed**
12. Vercellini P, Crosignani PG, Abbiati A, Somigliana E, Viganò P, Fedele L. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. *Hum Reprod Update* 2009 Mar-Apr;15(2):177-88. **PubMed**
13. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Crosignani PG. Surgery for endometriosis-associated infertility: a pragmatic approach. *Hum Reprod* 2009 Feb;24(2):254-69. **PubMed**
14. Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, Vicenzi C, Frascà C, Elmakky A, Venturoli S. Post-operative use of oral contraceptive pills for prevention of anatomical relapse or symptom-recurrence after conservative surgery for endometriosis. *Hum Reprod* 2009 Nov;24(11):2729-35. **PubMed**

Authors:

Päivi Härkki

Previous authors:

Olavi Ylikorkala

Article ID: ebm00545 (025.042)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 13.09.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до октомври 2014 година.**