

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЕНДОМЕТРИОЗА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при ендометриоза.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при ендометриоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при ендометриоза 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

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази во превенција и скрининг на колоректалниот канцер („Службен весник на Република Македонија“ бр. 12/13)..

Член 5

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

Бр. 17-2449/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ЕНДОМЕТРИОЗА

МЗД Упатства

15.4.2013 • Последни промени 15.4.2013

Päivi Härkki

- Најважно
- Општо
- Знаци и симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

НАЈВАЖНО

- Ендометриозата е естроген-зависна состојба и обично не се сретнува по менопаузата.
- Болката асоцирана со ендометриозата се третира со лекови кои ја потиснуваат естрогената секреција во јајниците
- Хормоналните препарати кои се користат за намалување на болката, во исто време превенираат бременост и не се препорачуваат за неплодни пациенти
- Хирургијата ја ублажува болката и може да ја подобри неплодноста

ОПШТО

- Ендометриозата се јавува кај жените во репродуктивната возраст: кај 10% од жените во репродуктивна возраст и кај 50% од жените со фертилитетни проблеми.
- Присуство на ткиво слично на ендометриум на места надвор од утерината празнина индуцира хронична инфламаторна реакција
 - Суперфициелни фокуси на перитонеалната површина
 - Ендометриозно-индуцирани цисти на овариумите (ендометриоми)
 - Длабоки (над 5 mm) фокуси во просторот помеѓу вагината и ректумот (ректовагинална ендометриоза), во мочниот меур или цревото, поретко во други органи.
- 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 крвавење.
- Диспареунија и болка индуцирани од тресење и вибрација.
- Дизурија, болки при дефекација, крв во столицата
- Абнормално вагинално крвавење, замор.
- Неплодност
- Ту формација во долниот дел на абдоменот.
- Симптомите се најчесто циклични; при тешката форма на болеста болката е континуирана.

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.
- Асимптоматска ендометриоза не бара третман
- 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.
- Фармакотерапијата може да биде започната врз база на симптоми и тоа прд дијагозата да биде потврдена со лапароскопија
- Хируршкиот третман има цел да го отстрани ектопичниот ендометриум и да ја врати нормалната анатомија.

Третман на болка

- Нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) се првиот избор кај полесни случаи (ннд-**D**).
- Комбинирани орални контрацептиви (ннд-**C**) , како и контрацептивните вагинални прстени и кожни лепенки можат да ја супримираат оваријалната активност. Може да се употребат циклично или континуирано, без пауза, од 3 до 6 месеци.
- Континуирана администрација на прогестини (ннд-**C**) (noretisterone 5-10mg/ден, dienogest 2mg/ден, medroxyprogesterone acetate 10-50mg/ден, lynestrenol 5-15mg/ден) ја супримираат оваријалната активност.
- Левоноргестрел-рилизинг 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).
- 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/прогестини/GnRH агонисти, а после радикална хирургија или во постменопауза како единствен лек.
- Лапароскопско отстранување на ендометријалните фокуси јасно води кон намалување на болката (ннд-**B**).
- Постоперативната хормонална терапија го намалува ризикот од рекуренца (ннд-**C**) и затоа таа е препорачлива во текот на неколку години постоперативно.
- Хируршкиот третман не е од помош кај 20% од пациентите, а болеста рецидивира кај 20 до 30% од пациентите во текот на 5 години.
- Кај многу тешка ендометриоза, треба да се земаат предвид хистеректомија и оофоректомија и ако е потребно ресекција на црево и ексцизија на мочниот меур.

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**).
- Отстранувањето на капсулата на оваријален ендометриом (>5- 4cm) ги зголемува шансите за забременување, но хирургијата може исто да ја наруши оваријалната функција (ннд-**D**).
- Хируршката терапија на тешка ендометриоза може да ги подобри шансите за забременување.
- Ако неплодноста продолжи или болеста напредува, се препорачува *in vitro* фертилизација.
- Бременоста ги намалува симптомите и во некои случаи, симптомите потполно може да исчезнат по породувањето.

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**).
- Супресија на овулацијата не е ефективна кај супфертилни жени со ендометриоза кои сакаат да забременат (ннд-**A**).
- 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

- ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis
- 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

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

РЕФЕРЕНЦИ

- Farquhar C. Endometriosis. BMJ 2007 Feb 3;334(7587):249-53. «PMID: 17272567»PubMed
- 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 «PMID: 15980014»PubMed
- 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. «PMID: 9227926»PubMed
- Bulun SE. Endometriosis. N Engl J Med 2009 Jan 15;360(3):268-79. «PMID: 19144942»PubMed
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The investigation and management of endometriosis. Green-top Guideline No. 24, 2006 <<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploadedfiles/GT24InvestigationEndometriosis2006.pdf>>1
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. Fertil Steril 2008 Nov;90(5 Suppl):S260-9. «PMID: 19007642»PubMed
- 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. «PMID: 19136455»PubMed
- 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. «PMID: 18948311»PubMed
- 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. «PMID: 19625310»PubMed
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility: a committee opinion. Fertil Steril 2012;98(3):591-8. «PMID: 22704630»PubMed
- Leyland N, Casper R, Laberge P et al. Endometriosis: diagnosis and management. J Obstet Gynaecol Can 2010;32(7 Suppl 2):S1-32. «PMID: 21545757»PubMed

- Ferrero S, Gillott DJ, Venturini PL et al. Use of aromatase inhibitors to treat endometriosis-related painsymptoms: a systematic review. *Reprod Biol Endocrinol* 2011;9():89. «PMID: 21693038»PubMed

Претходни автори:

Olavi Ylikorkala

Последен преглед одобрен како ажуриран 15.4.2013 • Latest change 15.4.2013

Article ID: ebm00545 (025.042)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, 15.4.2013, www.ebm-guidelines.com**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање до април 2017 година.**

Упатството го ажурирал: И. Стојковски

Координатор: Проф. Др. К. Зафировска