



М.Р. Оразов, С.А. Дьяконов

ПАКЕТ ОБНОВЛЕНИЙ

Ведение пациенток с эндометриозом:
российские клинические рекомендации
(2020)

Информационный бюллетень

Под редакцией В.Е. Радзинского



Приложение к журналу

StatusPraesens
profmedia
2022

УДК 618.14

ББК 57.15

П13

Авторы:

Мекан Рахимбердыевич Оразов, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН;

Сергей Александрович Дьяконов, канд. мед. наук, StatusPraesens (Москва)

П13 **Пакет обновлений. Ведение пациенток с эндометриозом: российские клинические рекомендации (2020)** : Информационный бюллетень / М.Р. Оразов, С.А. Дьяконов; под ред. В.Е. Радзинского. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2022. — 16 с.

ISBN 978-5-907218-50-5

Отечественный протокол по ведению пациенток с эндометриозом размещён в рубрикаторе Минздрава РФ 2 ноября 2020 года, — следовательно, уже скоро акушеров-гинекологов ждёт его обновление. Регулярный пересмотр клинических рекомендаций необходим для того, чтобы внедрить наиболее перспективные и эффективные подходы, улучшающие состояние женщин. Несмотря на колоссальный объём научных публикаций, это патологическое состояние до сих пор по праву носит звание «болезни-загадки». Тем не менее сформированная база медицинских данных позволяет выделить ряд основополагающих стратегий, включая взаимодействие оперативных и консервативных подходов, а также соблюдение персонализированного подхода с учётом клинической картины, рисков для фертильности, онконастороженности и возраста пациенток.

На страницах настоящего информационного бюллетеня представлен детальный разбор клинических рекомендаций по эндометриозу Минздрава РФ (2020). Приведены важные выдержки и ключевые выводы, на которые стоит обратить внимание клиницистам.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов и руководителей женских консультаций, родильных домов и перинатальных центров, гинекологических отделений многопрофильных стационаров, сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей всех форм непрерывного медицинского образования, аспирантов, клинических ординаторов и студентов медицинских вузов.

УДК 618.14

ББК 57.15

ISBN 978-5-907218-50-5

© Оразов М.Р., Дьяконов С.А., 2022

© ООО «Медиабюро Статус преzens», 2022

Согласно приказу Минздрава РФ №103н, клинические рекомендации (КР) необходимо пересматривать не реже чем 1 раз в 3 года¹. Действующий протокол по ведению пациенток с эндометриозом размещён в рубрикаторе 2 ноября 2020 года², — следовательно, уже скоро акушеров-гинекологов ждёт его обновление.

Как эти КР помогают врачам в повседневной работе? Оптимизируют ли они тактику ведения пациенток? Что влияет на успешность использования гайдлайна в рутинной практике? Какие положения целесообразно изменить в новой версии протокола, а что — оставить в прежней редакции? Вопросов много, и ответы на них не всегда однозначны.

Эндометриоз — «болезнь-загадка», ассоциированная **со множеством медицинских проблем**. Как правило, пациентки страдают от мучительной хронической тазовой боли (ХТБ)³, однако описаны также казуистические эпизоды, включая тяжёлые (и даже смертельные!) осложнения вследствие **эндометриоидных гетеротопий головного мозга**, средостения, лёгких и диафрагмы⁴⁻⁸. Эти клинические ситуации наглядно демонстрируют, что многочисленные концепции этиологии и патогенеза (а следовательно, и подходы к ведению пациенток) необходимо постоянно пересматривать.

Важность **оптимизации гайдлайнов** хорошо иллюстрируют итоги любопытного американского анализа обращений за страховыми выплатами, включившего 190 921 женщину «до и после» установления диагноза «эндометриоз»⁹. Наиболее частыми из сопутствующих нарушений были **боли в области живота/малого таза (36%)**, обильные менструальные кровотечения или укорочение цикла (32%). Для купирования симптомов **до оформления** окончательного заключения **42,5%** пациенток использовали препараты эстроген-гестагенного ряда, **41,5%** — наркотические анальгетики и **37,5%** — нестероидные противовоспалительные средства (НПВС); хирургическое лечение имело место лишь у **6,3%**.

Немного неожиданными стали итоги коррекции терапии **после** диагностики эндометриоза. Парадоксально, но частота назначения гормональных средств **снилась до 23,8%**: эти препараты уступили лидерство опиоидам и НПВС (**68,9** и **51,1%** соответственно!). В этой связи неудивительно нарастание «популярности» оперативного лечения до **68,1%**.

Даже с учётом традиционного для США «опиоидного перекоса» очевидно, что лечение пациенток с эндометриозом в этой стране также **далеко от оптимального**. Авторы обзора подчеркнули, что такая ситуация может быть прямым следствием **нечёткости** рекомендаций по ведению больных. Именно поэтому нельзя недооценивать **важность каждой формулировки** при составлении КР.

[При разработке профильных КР необходимо учитывать одно из важнейших концептуальных изменений в МКБ-11. Аденомиоз получил собственную рубрику — G11 Adenomyosis. Его более не считают синонимом «эндометриоза матки», и он не входит в раздел G10 Endometriosis.]

Определение вплоть до отделения

Вполне вероятно, что к моменту публикации нового российского гайдлайна по эндометриозу внедрение Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) в отечественную клиническую практику ещё не произойдёт: план мероприятий по актуализации этой системы на территории РФ рассчитан по 2024 год включительно¹⁰. Тем не менее при разработке профильных КР необходимо учитывать одно из важнейших **концептуальных изменений** в «акушерско-гинекологических» подразделах нового документа ВОЗ.

РОАГ

Эндометриоз — патологический процесс, при котором определяется наличие ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки.

Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагенитальный, а генитальный в свою очередь на внутренний, аденомиоз (эндометриоз тела матки) и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления и др.).

Комментарий. В МКБ-11 **аденомиоз** получил собственную рубрику — G41 Adenomyosis. Его более **не считают синонимом** «эндометриоза матки», именно поэтому он не входит в раздел G40 Endometriosis. Это решение — **не каприз** женевских экспертов, а итог многолетней научно-исследовательской работы: аденомиозу присущи уникальные патогенетические и гистологические характеристики^{11,12}.

Классификационные изменения — хороший стимул по-новому взглянуть на это заболевание и внедрить актуальные подходы к его терапии. Органосохраняющее оперативное лечение пациенток с диффузным аденомиозом¹³ открывает новые перспективы **сохранения фертильности** и облегчения дискомфорта тысяч женщин^{14,15}.

Клиническая картина и диагностика

РОАГ

Наиболее значимыми клиническими проявлениями эндометриоза являются тазовая боль (дисменорея, диспареуния, дисхезия и ХТБ), бесплодие, нарушения менструального цикла, аномальные маточные кровотечения, а также наличие опухолевидных образований (эндометриоидные кисты) в малом тазу.

Комментарий. Безусловно, эндометриоз многолик. Однако по итогам мирового эпидемиологического исследования, куда вошёл и анализ популяции

российских больных, **свыше 80%** пациенток с эндометриозом обязательно отмечают хотя бы один симптом из «**болевого триады**» — тазовую боль, диспареунию и дисменорею¹⁶.

Для **болевого синдрома** характерны перечисленные ниже особенности.

- Выраженность тазовой боли **не зависит (!)** от степени распространённости процесса.
- Неполное уменьшение болевого синдрома в результате ранее назначенного лечения, а также высокая вероятность его рецидивирования.

Кроме того, ХТБ оказывает **чрезмерное влияние** на ежедневную деятельность. Пациентки концентрируются только на болевых ощущениях, ограничивая свою физическую и трудовую активность. С течением времени нередко наблюдают сужение сферы интересов личности, истощение и социальную дезадаптацию, снижение сексуальной функции и потерю интереса к интимным отношениям, **вплоть до полного отказа** от них.

РОАГ

Рекомендовано использование визуальной аналоговой шкалы, представляющей градацию боли от 0 (нет боли) до 10 (максимальная боль) в баллах у пациенток с подозрением на эндометриоз и ХТБ для характеристики выраженности болевого синдрома и воздействия его на качество жизни.

Комментарий. Объективизация интенсивности тазовой боли — **важный элемент** обследования, поскольку наблюдения за поведением пациентки и регистрации её физиологических показателей в момент максимальной болевой реакции часто бывает недостаточно.

Алгологические методы исследования при эндометриозе включают визуально-аналоговую (ВАШ) и цифровую рейтинговую (ЦРШ) шкалы, а также опросник Макгилла.



Для того чтобы использовать вышеперечисленные методы объективизации боли, отсканируйте с помощью камеры мобильного телефона QR-коды.

- При использовании **ВАШ** пациентка **самостоятельно** оценивает выраженность болевых ощущений, отмечая точку на линии длиной 10 см (её непосредственное измерение выполняет врач, одно деление соответствует одному баллу).
- **ЦРШ** представляет собой сегментированную цифровую версию ВАШ.
- **Опросник Макгилла** — многомерная вербальная шкала, основную роль в которой играют описательные термины. Для точности оценки болевого восприятия респондентка выбирает наиболее **подходящие варианты** из 78 дескрипторов в 20 подклассах.

- Ещё один заслуживающий внимания вариант — адаптация нового опросника EPDORAIN ЧД, специально разработанного для оценки алгезии при эндометриозе¹⁷.

Терминологию шкал в российских КР желательно уточнить. В классической ВАШ бланк для пациенток не содержит цифр, однако соответствующий рисунок в приложении отечественного гайдлайна уже разбит на отрезки. Впрочем, в первоисточнике — зарубежном руководстве по алгоритми «Секреты менеджмента боли» (Pain management secrets) — ВАШ вообще ошибочно проиллюстрирована градуированной ЦРШ¹⁸. При переиздании «Секретов» инструментам для объективизации боли была посвящена отдельная глава, а эта иллюстрация была исключена¹⁹.

Объективизации боли может помочь канадский опыт — в профильных КР этой страны (2018) предлагают использовать в беседе с пациенткой два простых вопроса²⁰.

- Как вы оцениваете выраженность боли сегодня по шкале от 0 до 10?
- И какой она была 2 нед тому назад?

Врачу важно подчеркнуть, что 0 — полное отсутствие дискомфорта, а 10 — настолько сильная боль, какую только можно представить. Для упрощения восприятия можно привести женщине пример: 10 соответствует такой выраженности, что если бы детям угрожала непосредственная опасность, то при всём желании пациентка не смогла бы им помочь из-за боли.

Характеристика механизмов алгезии имеет самостоятельное клиническое значение. Именно поэтому для верификации нейропатического компонента тазовой боли (когда её источником служат сами нервы) следует использовать опросник DN4 (Douleur neuropathique 4), Лидсскую шкалу или иные аналогичные специальные инструменты.

РОАГ

Диагноз устанавливается на основании данных жалоб и анамнеза пациенток, физикального обследования, а также данных инструментальных методов обследования (УЗИ органов малого таза, МРТ малого таза, диагностическая лапароскопия).

Комментарий. Если первая половина этого положения бесспорна, то регламентация в КР инструментальных методов диагностики эндометриоза — предмет горячих дискуссий.

Согласно российским КР, УЗИ необходимо выполнить при подозрении на эндометриоз, даже если гинекологический осмотр не позволил выявить характерные признаки. Цель УЗИ — диагностика эндометриомы и глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеоточника. Если выполнение трансвагинального УЗИ затруднено, то возможно прибегнуть к трансабдоминальной и/или транскрестальной сонографии.

Для выбора доступа и объёма реконструктивно-пластической операции отечественный протокол предусматривает МРТ. Благодаря высокой разре-

шающей способности можно оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеточника и (при возможности) в случае сочетанных заболеваний. Этот метод **не считают рутинным** в рамках ведения больных **при поверхностных формах**, что отмечено в актуальной версии российских КР и очевидно из описания области его использования.

Последняя по порядку (но не по значению!) — **лапароскопия**. Она служит если и не рутинным, то одним **из основных методов** диагностики эндометриоза в российских реалиях. Рассмотрим подробнее показания к её выполнению, регламентированные актуальными КР.

РОАГ

Рекомендовано проведение лапароскопии для расширения возможности диагностического поиска при наличии симптомов заболевания и в случаях отсутствия патологии по данным осмотра, УЗИ или МРТ.

Комментарий. В качестве **дополнений** российские КР указывают: «лапароскопия является **“золотым стандартом”** диагностики эндометриоза». При этом авторы ссылаются на несколько научных источников, в том числе на действовавший тогда профильный гайдлайн Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (European society of human reproduction and embryology, ESHRE)²¹.

В феврале 2022 года европейские эксперты опубликовали **обновлённый** протокол — теперь они считают это положение **«устаревшей догмой»**, поскольку успехи УЗИ и МРТ намного повысили возможности врачей по выявлению заболевания. Кроме того, специалисты ESHRE считают недопустимым сбрасывать со счетов **риски оперативного вмешательства и нехватку высококвалифицированных хирургов**²².

Лапароскопия теперь рекомендована ESHRE только **при отрицательных результатах** неинвазивных методов визуализации и/или при неэффективности эмпирической терапии с использованием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или гестагенов (а также если гормональное лечение неприемлемо). В любом случае акушеру-гинекологу необходимо выбирать диагностическую и лечебную стратегию **вместе с пациенткой**, обсудив все «за» и «против» в конкретной клинической ситуации.

Вероятно, эта перемена взглядов найдёт своё отражение **при пересмотре** российских КР. Сейчас отечественный протокол в этом вопросе следует **принципу онконастороженности** и предполагает весьма радикальные решения:

[Эксперты ESHRE считают положение о лапароскопии как о «золотом стандарте» диагностики эндометриоза устаревшим. Этот подход рекомендован только при отрицательных результатах неинвазивных методов визуализации и/или при неэффективности эмпирической терапии.]

например, «во всех случаях эндометриоза яичников и глубокого инфильтративного эндометриоза необходима биопсия для уточнения малигнизации».

У такого подхода есть основания — ведущие российские эксперты подчёркивают некоторое **сродство эндометриоза и рака**²³. Тем не менее, согласно недавним подсчётам итальянских специалистов, наличие эндометриомы повышает **риск рака яичников** до 1,8%, тогда как общепопуляционная вероятность равна 1,31%²⁴. Присущ ли российским врачам **избыточный «хирургический уклон»** при ведении пациенток с эндометриомами? К этой теме мы вернёмся чуть ниже.

Консервативный менеджмент

«Хирургический и медикаментозные методы лечения не должны противопоставляться» — это положение российских КР можно **лишь приветствовать**.

Действительно, преимущества и недостатки каждого подхода при ведении пациенток с эндометриозом необходимо **тщательно взвесить** с учётом индивидуальных особенностей²⁵. К сожалению, далеко не всегда это удаётся реализовать на практике — многие специалисты всецело полагаются на хирургические энергии, пренебрегая широкими возможностями консервативного лечения. С другой стороны, нередко случаи неоправданного затягивания курсов терапии, не приносящих желаемого результата.

[Хирургический и медикаментозные методы лечения эндометриоза не должны противопоставляться. Преимущества и недостатки каждого подхода необходимо **тщательно взвесить** с учётом индивидуальных особенностей. К сожалению, не всегда это удаётся реализовать на практике.]

Необходимо чётко представлять себе и обсуждать с пациенткой **цели медикаментозной терапии** эндометриоза.

- Улучшение качества жизни.
- Восстановление и сохранение репродуктивной функции.
- Снижение частоты рецидивов заболевания.
- Профилактика прогрессирования эндометриоза.

«Идеальный препарат для терапии эндометриоза — тот, который излечивает существующий эндометриоз и препятствует его развитию во время лечения; предотвращает рецидивирование болезни после прекращения терапии; облегчает болевой синдром и улучшает фертильность; равный по эффекту или превосходит имеющиеся препараты; не влияет на менструальный цикл; допускает зачатие; хорошо переносится в период ранней беременности; обладает благоприятным профилем побочных эффектов; недорог и удобен для введения. Очевидно, что такого **идеального препарата пока не найдено**». С 2014 года, когда бельгийские учёные сделали этот пессимистичный (и вполне реалистичный) вывод, **ситуация, к сожалению, не изменилась**²⁶.

Медикаментозное лечение эндометриоза включает использование **лекарственных препаратов нескольких групп**, и поиск новых лечебных подходов активно продолжается. Ингибиторы ароматазы²⁷, антагонисты GnRH²⁸, агонисты активируемых пероксисомными пролифераторами рецепторов типа γ (peroxisome proliferator-activated receptors- γ , PPAR- γ)²⁹, каберголин³⁰, α 2-макроглобулин³¹, селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов³² и даже метформин³³ и ингибиторы окситоциновых рецепторов³⁴ — все эти препараты изучают в качестве **возможных вариантов** облегчения симптомов эндометриоза, и в первую очередь **алгезии**. Однако и сейчас возможности акушеров-гинекологов при выборе лекарственных средств **весьма велики**.

Р0АГ

Рекомендовано использование НПВС у пациенток с эндометриозом для купирования болевого синдрома.

Комментарий. Для купирования эндометриоз-ассоциированной боли НПВС используют **кратковременно — до 3 мес.** При отсутствии противопоказаний их можно применять в качестве монотерапии или сочетать с препаратами первой линии. При недостаточном уменьшении болевого синдрома следует рекомендовать другое лечение.

Главная проблема использования НПВС при эндометриозе лежит на поверхности. Строго **ограниченная в длительности терапия** не может быть адекватным вариантом для хронического заболевания с **многолетним течением**, традиционные временные границы которого — от менархе до менопаузы. Впрочем, и они подверглись расширению...

Р0АГ

Рекомендована монотерапия прогестагенами (по АТХ* — «Прогестагены») у пациенток с эндометриозом в качестве терапии первой линии.

Комментарий. «Почётное место» препаратов первой линии, согласно российскому гайдлайну, принадлежит гестагенам. В качестве монотерапии возможно применение в непрерывном режиме для обеспечения атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента. Допустим и циклический режим, если пациентка планирует беременность.

Один из наиболее изученных представителей группы прогестинов — диеногест. Это разработанный **специально для лечения эндометриоза** гестаген IV поколения (его дженерик зарегистрирован в РФ под торговым наименованием «Зафрилл»). Ему присуща высокая эффективность в терапии сопряжённых с этим заболеванием **ХТБ и диспареунии**.

* АТХ — анатомо-терапевтически-химическая система классификации, рекомендованная для международных исследований по использованию лекарственных препаратов.

Роль этого препарата при ведении пациенток с эндометриозом контраверсионна. Впрочем, адепты исключительно хирургического подхода к эндометриозу яичников **не склонны** вообще использовать какие-либо гормональные препараты при этой локализации поражений.

Клинические исследования показывают, что терапия диеногестом способна значимо снизить не только ассоциированную с эндометриозом **боль**, но и **диаметр** таких объёмных образований. При этом можно добиться **повышения количества антральных фолликулов (КАФ)** и сохранения прежних уровней антимюллера гормона (АМГ)³⁵. Назначение препарата способно **снизить частоту таких осложнений**, как абсцедирование после пункции яичников в рамках программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а также уменьшить потребность в хирургических вмешательствах у бесплодных пациенток с эндометриозом³⁶.

РОАГ

Рекомендовано применение КОК (по АТХ — «Прогестагены и эстрогены [фиксированные сочетания]») у пациенток с эндометриозом для контрацепции, в качестве эмпирической терапии, профилактики рецидивов заболевания после хирургического лечения.

Комментарий. Основным показанием для назначения КОК пациенткам с эндометриозом служит всё-таки **потребность в надёжной контрацепции**. Большой интерес представляют КОК, содержащие «антиэндометриотический» гестаген диеногест (например, «Силует»). По итогам проспективного сравнительного исследования методом «случай—контроль» у пациенток с эндометриозом яичников как диеногест в дозе 2 мг, так и комбинация диеногеста 2 мг с этинилэстрадиолом 30 мкг обеспечили облегчение симптомов хронической боли. В обеих группах оценка по ВАШ значимо снизилась: на 19 ± 15 и 18 ± 12 баллов от исходных 65 ± 14 и 70 ± 18 соответственно. **Статистически значимое** уменьшение овариальных кист было отмечено лишь при использовании чистого диеногеста. Впрочем, даже ослабление алгии уже служит **несомненным клиническим успехом**³⁷.

Спорный вопрос, который не освещён в действующих отечественных КР, — назначение КОК при **глубоком инфильтративном** или **экстрагени- тальном** эндометриозе. Ведущие российские эксперты выступают против этого подхода³⁸, но в мировом медицинском сообществе можно встретить иное мнение³⁹.

РОАГ

Рекомендовано назначение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ по АТХ — «Аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона») пациентам с распространёнными и инфильтративными формами эндометриоза при установленном диагнозе или после хирургического лечения.

Комментарий. Доказанная эффективность препаратов этой группы в отношении симптомов эндометриоза, к сожалению, «уравновешена» **выраженными нежелательными явлениями**. Согласно российскому гайдлайну, использование агонистов ГнРГ более 6 мес требует назначения возвратной (add-back) терапии.

РОАГ

Рекомендовано использование нейромодуляторов (АТХ — «Другие психостимуляторы и ноотропные препараты») у пациенток с эндометриозом при наличии нейропатической боли в качестве эмпирической медикаментозной терапии (без хирургической верификации диагноза) при отсутствии кистозных форм эндометриоза и других опухолей и опухолевидных образований гениталий.

Комментарий. В отечественном протоколе для конкретной клинической ситуации — наличия нейропатической боли — рекомендованы **нейромодуляторы**. Сохранят ли они своё место в обновлённых КР? Эксперты ESHRE полагают, что данных об их эффективности при эндометриозе **пока недостаточно**²².

Операция. Это решено?

Лекарственные средства способны облегчить течение эндометриоза, но ни один из существующих препаратов **не может полностью устранить** все очаги заболевания. Именно поэтому многим пациенткам после (или вместо) консервативной терапии необходима операция⁴⁰. Хирургическое вмешательство при эндометриозе имеет свои преимущества и недостатки.

РОАГ

Рекомендовано хирургическое лечение преимущественно с использованием лапароскопического доступа у пациенток с генитальным эндометриозом (при наличии условий и отсутствии противопоказаний) с целью определения степени распространения заболевания и удаления очагов.

Комментарий. В рамках российских КР акушер-гинеколог и **пациентка** с генитальным эндометриозом практически всегда могут прибегнуть к **хирургическому лечению**. Существовавшая в «неофициальной» версии гайдлайна (2016) формулировка — «рекомендуется выполнение оперативного вмешательства при хронической тазовой боли, не купирующейся с помощью консервативной терапии, эндометриодных кистах или бесплодии, а также сдавлении или поражении соседних органов, нарушении их функции»⁴¹ — более не актуальна. К сожалению, частота рецидивов после операции **весьма высока**.

РОАГ

Рекомендована энуклеация стенки эндометриоидной кисты после её опорожнения и промывания полости с использованием лапароскопического доступа (при возможности) для полного удаления патологического процесса, для морфологической верификации диагноза и уменьшения частоты рецидивирования.

Комментарий. «Энуклеация капсулы кисты позволяет минимизировать риск рецидива эндометриоза, способствует сохранению овариального резерва и, соответственно, увеличению вероятности наступления спонтанной беременности у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием» — гласят российские КР.

Это пояснение основано на тексте южнокорейского гайдлайна для пациенток, авторы которого приводят **важные дополнительные подробности**⁴². Функция яичников может ухудшиться после удаления эндометриомы — и это подлежит **обязательному обсуждению** с пациенткой. На основании Кокрейновского обзора цистэктомия повышает частоту спонтанного наступления беременности по сравнению с дренированием/коагуляцией эндометриом диаметром 3–4 см и более⁴³. В российских КР соответствующее уточнение сделано в разделе «Эндометриоз и бесплодие».

РОАГ

Рекомендовано при оперативном лечении (лапароскопическим или лапаротомным доступом) проведение энуклеации капсулы эндометриоидных кист, что улучшает частоту спонтанной беременности, уменьшение частоты рецидивирования по сравнению с дренированием/коагуляцией эндометриомы ($\geq 3-4$ см).

Комментарий. Удаление небольших эндометриом **перед ВРТ** не рекомендуют в действующих КР, особенно в случае **повторных вмешательств** при подтверждённом эндометриозе. Тем не менее операция обязательна при наличии подозрительных результатов УЗИ и у женщин с синдромом тазовых болей.

Как выжидательная, так и хирургическая тактика при эндометриоме яичника у женщин, планирующих ВРТ, имеет потенциальные преимущества и риски — все они должны быть тщательно оценены **перед принятием решения**. Опубликованный в 2021 году крупный обзор литературы указывает, что эндометриомы диаметром 5 см и более лучше удалить перед циклом ВРТ — такой подход может повысить КАФ и частоту имплантации⁴⁴. Впрочем, это лишь один из возможных ориентиров, и целесообразную здесь индивидуализацию лечебных подходов⁴⁵ **нелегко уложить в рамки КР**.

Перед планированием оперативного лечения у пациенток с эндометриомами КР предписывают **оценку овариального резерва** (анализ АМГ и подсчёт антральных фолликулов). Недавний систематический обзор и метаанализ (2022) позволяет предположить, что вероятность **ятроген-**

ного истощения овариального резерва при хирургическом вмешательстве больше зависит от первого из указанных выше показателей, то есть **АМГ** при эндометриозе **несколько более чувствителен**, чем **КАФ**⁴⁶.

Важно отметить, что «болезнь-загадка» коварна — эндометриоз сам по себе ассоциирован со **снижением КАФ и концентрации АМГ**, особенно при такой его форме, как эндометриома⁴⁷. Более того, падение уровня АМГ после операции по поводу этого объемного образования **более выражено** по сравнению с таковым после экцизии кист иной этиологии. Попытки остановить этот процесс с помощью интраоперационной инъекции вазопрессина пока не увенчались успехом⁴⁸.

РОАГ

Рекомендуется динамическое амбулаторное наблюдение пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом с вовлечением в процесс кишечника, мочевого пузыря, мочеточников совместно со смежными специалистами по профилю, а также с наличием одной или более эндометриом диаметром более 3 см при отказе от операции и наличии противопоказаний к оперативному лечению.

Комментарий. Справедлив ли действующий протокол в отношении пациенток с эндометриомами, пытающихся **забеременеть самостоятельно**? Следуя тексту КР, операция для них обязательна — **онконастороженность** имеет **абсолютный приоритет**, а сохранение овариального резерва уходит на второй план... Очевидно, что необходимы масштабные исследования преимуществ того или иного подхода, результаты которых будут отражены в будущих версиях гайдлайнов.

Нежеланные рубежи

В последние годы всё больше внимания уделяют «временным крайностям» эндометриоза — клиническим ситуациям, когда это заболевание атакует **подростков и женщин в постменопаузе**. Российские КР подробно осветили нюансы ведения пациенток юного и пожилого возрастов.

РОАГ

Рекомендовано использовать НПВС для лечения болевого синдрома у подростков в качестве терапии первой линии, при их неэффективности альтернативой могут быть КОК (по АТХ — «Прогестагены и эстрогены [фиксированные сочетания]»).

РОАГ

Назначение агонистов ГнРГ (по АТХ — «Аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона») не рекомендовано до 18 лет.

Комментарий. При подростковом эндометриозе НПВС получают статус препаратов **первой линии**, а КОК служат альтернативой при их неэффективности. При этом одним из пунктов в перечне **целей** лечения указана **профилактика дальнейшего прогрессирования заболевания**, чему анальгетики не способствуют.

Помимо возрастных, конкретных критериев для назначения агонистов ГнРГ не дано, — вероятно, они соответствуют таковым для взрослых. К сожалению, все кратко описанные выше ограничения к применению этих групп препаратов **актуальны и для девушек**. Для них также рассматривают необходимость add-back-терапии, анализ уровня кальция, метаболитов витамина D в крови, а также плотности костной ткани.

Отметим, что КР **не упоминают** назначение гестагенов в этой популяции пациенток, хотя результаты исследования безопасности применения диеногеста в дозе 2 мг/сут у подростков с эндометриозом продемонстрировали **хороший клинический эффект**⁴⁹.

РОАГ

Рекомендовано хирургическое лечение у подростков при выраженном болевом синдроме, который не купируется медикаментозной терапией, при наличии объёмных образований в малом тазу.

Комментарий. Оперативные вмешательства при «ювенильном эндометриозе» можно рассматривать как **крайнюю меру**. Тем не менее КР требуют и в этой возрастной группе обязательного хирургического лечения эндометриом.

РОАГ

Рекомендовано хирургическое лечение пациенток с эндометриозом любой локализации, особенно при наличии объёмных образований гениталий, по возможности лапароскопическим доступом, у пациенток в постменопаузе как с целью ликвидации самого объёмного образования, так и для исключения онкологических заболеваний.

Комментарий. Персистирование эндометриоидных очагов, ассоциированных с ними симптомов и даже эндометриоз *de novo* — всё это возможно после «выхода» пациентки из **репродуктивного возраста**. При постмено-

[При постменопаузальном эндометриозе оперативное лечение снова выходит на первый план. Принципы онконастороженности в этой клинической ситуации необходимо соблюдать особо тщательно. Отметим, что эндометриоз — не противопоказание к назначению МГТ.]

паузальном эндометриозе оперативное лечение снова выходит на первый план. **Принципы онконастороженности** в этой ситуации необходимо соблюдать особо тщательно. Отметим, что эндометриоз — не противопоказание к назначению менопаузальной гормональной терапии (МГТ).

РОАГ

Рекомендовано применять непрерывный комбинированный режим МГТ независимо от того, была ли произведена гистерэктомия или нет, у пациенток с эндометриозом, имеющих показания к данному лечению.

Комментарий. МГТ в этом режиме снижает риск рецидива заболевания и **малигнизации** оставшихся очагов эндометриоза.

Психологический аспект

Отрицательные когнитивные, поведенческие, сексуальные и эмоциональные последствия эндометриоза ложатся тяжёлым бременем на психику пациенток — и этот важный аспект учтён в российских КР.

РОАГ

Рекомендовано направлять пациенток при наличии жалоб на изменения психоэмоционального фона на консультацию к соответствующим специалистам (медицинский психолог) для оценки психоэмоционального состояния у женщин с эндометриозом для повышения качества жизни, а при наличии сексуальных нарушений — на консультацию к врачу-сексопатологу, медицинскому психологу.

Комментарий. Частота **депрессии и тревожности** у пациенток с эндометриозом значимо повышена по сравнению со здоровыми женщинами, что обусловлено в первую очередь болевым синдромом⁵⁰. **Социальная поддержка** и **когнитивно-поведенческая терапия** могут оказать значимый положительный эффект^{51,52}.

Служит ли ассоциированная с эндометриозом **депрессия** аргументом **в пользу отказа от КОК**? Наличие или отсутствие взаимосвязи **приёма КОК и расстройств настроения** — предмет многочисленных (**и противоречивых!**) исследований. Согласно результатам масштабного обзора итальянских специалистов (2022), гормональная контрацепция может быть связана с депрессивными симптомами, в особенности у подростков, а также с сексуальной дисфункцией. Тем не менее авторы заключили, что гипотеза о прямом депрессивном действии контрацептивов **несостоятельна** — возможна **роль иных факторов**⁵³.

Отметим, что по итогам недавнего когортного исследования с использованием данных шведского национального регистра (739 585 женщин

15–25 лет) назначение КОК, наоборот, было сопряжено со **снижением риска депрессии** (ОР 0,89; 95% ДИ 0,87–0,91). Это наблюдение было справедливым и для **подростков** (ОР 0,96; 95% ДИ 0,93–0,98)⁵⁴. Таким образом, **безапелляционное утверждение «КОК вызывают депрессию» нельзя признать истинным.**



Период внедрения российских КР по ведению женщин с эндометриозом выпал на время **коронавирусной пандемии**, и при **оценке успешности** использования гайдлайна в клинической практике желательно учитывать столь важное **независимое** «инфекционное обстоятельство». По данным испанских экспертов, в этот период пациентки с эндометриозом значимо чаще отмечали **субъективное** ухудшение, и в первую очередь рост интенсивности ХТБ, по сравнению с женщинами с другими хроническими гинекологическими заболеваниями⁵⁵.

В целом при всём объёме научных публикаций эндометриоз «недоисследован». Российские эксперты показали, что по сравнению с сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями количество статей по этой проблематике **несоизмеримо мало**⁵⁶. Тем не менее накопленный объём медицинских данных позволяет сделать ряд важных выводов, и один из них — **целесообразность** взаимодополнения оперативных и консервативных подходов. Так, назначение гестагенов или КОК в течение 18–24 мес после хирургического вмешательства позволяет облегчить симптомы тазовой боли и снизить вероятность «возвращения» эндометриоза⁵⁷. Эта **стратегия предотвращения рецидивов** уже нашла частичное отражение в актуальных КР.

Разработка и внедрение в широкую практику **новых методов лечения**, ведение больных с редкими экстрагенитальными формами эндометриоза⁵⁸, необходимость дополнительного антенатального мониторинга беременных, страдающих данным заболеванием⁵⁹, — научная работа в этих и многих других направлениях найдёт отражение не только в КР **грядущих лет**, но и в статистических показателях здравоохранения, за каждым из которых стоят тысячи жизней пациенток. Регулярное обновление отечественных рекомендаций необходимо для того, чтобы внедрить **наиболее перспективные** и эффективные подходы, улучшающие состояние женщин. **SP**

Литература

1. Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации: Приказ Минздрава РФ №103н от 28 февраля 2019 года.
2. Эндометриоз: Клинические рекомендации Минздрава РФ. — 2020. — URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/259_1.
3. Радзинский В.Е., Оразов М.П., Орехов П.Е. и др. Хроническая тазовая боль. Версии, контраверсии, перспективы / Под ред. В.Е. Радзинского, М.П. Оразова. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2022. — 184 с.
4. Maniglio P., Ricciardi E., Meli F. et al. Complete remission of cerebral endometriosis with dienogest: A case report // *Gynecol. Endocrinol.* — 2018. — Vol. 34. — №10. — P. 837–839. [PMID: 29676597]
5. Meggyesy M., Friese M., Gottschalk J., Kehler U. Case report of cerebellar endometriosis // *J. Neurol. Surg. A Cent. Eur. Neurosurg.* — 2020. — Vol. 81. — №4. — P. 372–376. [PMID: 32221961]
6. Yukumi S., Suzuki H., Morimoto M. et al. Two young women with left-sided pneumothorax due to thoracic endometriosis // *Intern. Med.* — 2016. — Vol. 55. — №23. — P. 3491–3493. [PMID: 27904115]
7. Воскресенский О.В., Смоляр А.Н., Дамиров М.М. и др. Торакальный эндометриоз и катемниальный пневмоторакс // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* — 2014. — №10. — С. 4–9.
8. Kyo S., Takakura M., Nishida S. et al. Massive hemothorax due to diaphragmatic endometriosis after a laparoscopic cystectomy of an ovarian endometrioma in a patient without a history of thoracic endometriosis // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2012. — Vol. 286. — №2. — P. 411–414. [PMID: 22481493]
9. Weaver J., Chakladar S., Mirchandani K., Liu Z. Surgical and pharmacological treatment patterns in women with endometriosis: A descriptive analysis of insurance claims // *J. Womens Health (Larchmt).* — 2021. [Online ahead of print] [PMID: 34846930]
10. Распоряжение Правительства Российской Федерации №2900-р от 15 октября 2021 года. — URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202110190004?index=2&rangeSize=1>.
11. Stratopoulou C.A., Donnez J., Dolmans M.M. Origin and pathogenic mechanisms of uterine adenomyosis: what is known so far // *Reprod. Sci.* — 2021. — Vol. 28. — №8. — P. 2087–2097. [PMID: 33090375]
12. Давыдов А.И., Таирова М.Б., Михалёва Л.М. и др. Аденомиоз. Что изменилось с появлением МКБ-11? // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2021. — №20 (2). — С. 117–125.
13. Цхай В.Б. Аденомиоз. Контраверсии современности. Боли. Кровотечения. Бесплодие / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. — 208 с.
14. Stratopoulou C.A., Donnez J., Dolmans M.M. Conservative management of uterine adenomyosis: medical vs. surgical approach // *J. Clin. Med.* — 2021. — Vol. 10. — №21. — P. 4878. [PMID: 34768397]
15. Miyagawa C., Murakami K., Tobiume T. et al. Characterization of patients that can continue conservative treatment for adenomyosis // *BMC Womens Health.* — 2021. — Vol. 21. — №1. — P. 431. [PMID: 34961515]
16. Becker K., Heinemann K., Imthurn B. et al. Real world data on symptomatology and diagnostic approaches of 27 840 women living with endometriosis // *Sci. Rep.* — 2021. — Vol. 11. — №1. — P. 20404. [PMID: 34650132]
17. Puchar A., Panel P., Oppenheimer A. et al. The EN-DOPAIN 4D questionnaire: A new validated tool for assessing pain in endometriosis // *J. Clin. Med.* — 2021. — Vol. 10. — №15. — P. 3216. [PMID: 34362000]
18. Pain management secrets / Eds. C.E. Argoff, G. McClean. — 3rd ed. — Philadelphia: Mosby, 2009. — 369 p.
19. Pain management secrets / Eds. C.E. Argoff, A. Dubin, J. Pilitis. — 4th ed. — Philadelphia: Elsevier, 2019. — 384 p.
20. Jarrell J.F., Vilos G.A., Allaire C. et al. №164 — consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* — 2018. — Vol. 40. — №11. — P. e747–e787. [PMID: 30473127]
21. Dunselman G.A., Vermulen N., Becker C. et al. Management of women with endometriosis: ESHRE guideline // *Hum. Reprod.* — 2014. — Vol. 29. — №3. — P. 400–412. [PMID: 24435778]
22. Becker C.M., Bokor A. et al.; Members of the Endometriosis guideline core group. Endometriosis: ESHRE guideline // *Hum. Reprod. Open.* — 2022. — Vol. 2022. — №2. — P. hoac009. [PMID: 35350465]
23. Адамян Л.В., Протасова А.Э., Асатурова А.В., Раскин Г.А. Эндометриоз-ассоциированные заболевания, эндометриоз и рак: что общего? // *Проблемы репродукции.* — 2022. — №28 (1). — С. 65–74.
24. Sorbi F., Capezzuoli T., Saso S. et al. The relation between endometrioma and ovarian cancer // *Minerva Obstet. Gynecol.* — 2021. — Vol. 73. — №3. — P. 347–353. [PMID: 34008389]
25. Артымук Н.В., Данилова Л.Н., Червов В.О. и др. Сравнительная оценка комбинированного лечения пациенток, страдающих эндометриозом и бесплодием, с применением агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона и dienogest // *Проблемы репродукции.* — 2017. — №23 (2). — С. 61–65.
26. Platteuw L., D'Hooghe T. Novel agents for the medical treatment of endometriosis // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2014. — Vol. 26. — №4. — P. 243–252. [PMID: 24978852]
27. Garzon S., Laganà A.S., Barra F. et al. Aromatase inhibitors for the treatment of endometriosis: A systematic review about efficacy, safety and early clinical development // *Expert Opin. Investig. Drugs.* — 2020. — Vol. 29. — №12. — P. 1377–1388. [PMID: 33096011]
28. Donnez J., Stratopoulou C.A., Dolmans M.M. Uterine adenomyosis: from disease pathogenesis to a new medical approach using GnRH antagonists // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* — 2021. — Vol. 18. — №19. — P. 9941. [PMID: 34639243]
29. Vallée A., Vallée J.N., Le Blanche A., Lecarpentier Y. PPAR γ agonists: emergent therapy in endometriosis // *Pharmaceuticals (Basel).* — 2021. — Vol. 14. — №6. — P. 543. [PMID: 34204039]
30. DiVasta A.D., Stamoulis C., Gallagher J.S. et al. Nonhormonal therapy for endometriosis: A randomized, placebo-controlled, pilot study of cabergoline

- versus norethindrone acetate // *F. S. Rep.* — 2021. — Vol. 2. — №4. — P. 454–461. [PMID: 34934987]
31. Brooks B., Leishgar K., Aronson R. et al. The use of alpha-2-macroglobulin as a novel treatment for patients with chronic pelvic pain syndrome // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2021. — Vol. 152. — №3. — P. 454–456. [PMID: 33063845]
32. Van Hoesel M.H.T., Chen Y.L., Zheng A. et al. Selective oestrogen receptor modulators (SERMs) for endometriosis // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2021. — Vol. 5. — Art. №CD011169. [PMID: 33973648]
33. Kimber-Trojnar Ž., Dłuski D.F., Wierzychowska-Opoka M. et al. Metformin as a potential treatment option for endometriosis // *Cancers (Basel).* — 2022. — Vol. 14. — №3. — P. 577. [PMID: 35158846]
34. Ярмолинская М.И., Хобец В.В., Ткаченко Н.Н. и др. Значение окситоцина в патогенезе эндометриоз-ассоциированного болевого синдрома // *Проблемы репродукции.* — 2021. — №27 (3). — С. 36–43.
35. Muzii L., Galati G., Di Tucci C. et al. Medical treatment of ovarian endometriomas: A prospective evaluation of the effect of dienogest on ovarian reserve, cyst diameter, and associated pain // *Gynecol. Endocrinol.* — 2020. — Vol. 36. — №1. — P. 81–83. [PMID: 31304853]
36. Uludag S.Z., Demirtas E., Sahin Y., Aygen E.M. Dienogest reduces endometrioma volume and endometriosis-related pain symptoms // *J. Obstet. Gynaecol.* — 2021. — Vol. 41. — №8. — P. 1246–1251. [PMID: 33629621]
37. Angioni S., Pontis A., Malune M.E. et al. Is dienogest the best medical treatment for ovarian endometriomas? Results of a multicentric case control study // *Gynecol. Endocrinol.* — 2020. — Vol. 36. — №1. — P. 84–86. [PMID: 31311360]
38. Ярмолинская М.И., Адамян Л.В. Гормональные контрацептивы и эндометриоз: современный взгляд на проблему // *Проблемы репродукции.* — 2020. — №26 (3). — С. 39–45.
39. D'Alterio M.N., D'Ancona G., Raslan M. et al. Management challenges of deep infiltrating endometriosis // *Int. J. Fertil. Steril.* — 2021. — Vol. 15. — №2. — P. 88–94. [PMID: 33687160]
40. D'Alterio M.N., Saponara S., D'Ancona G. et al. Role of surgical treatment in endometriosis // *Minerva Obstet. Gynecol.* — 2021. — Vol. 73. — №3. — P. 317–332. [PMID: 34008386]
41. Эндометриоз: Клинические рекомендации. — 2016.
42. Hwang H., Chung Y.J., Lee S.R. et al. Clinical evaluation and management of endometriosis: Guideline for Korean patients from Korean society of endometriosis // *Obstet. Gynecol. Sci.* — 2018. — Vol. 61. — №5. — P. 553–564. [PMID: 30254991]
43. Hart R.J., Hickey M., Maouris P., Buckett W. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2008. — Vol. 2. — Art. №CD004992. [PMID: 18425908]
44. Miller C.E. The endometrioma treatment paradigm when fertility is desired: A systematic review // *J. Minim. Invasive Gynecol.* — 2021. — Vol. 28. — №3. — P. 575–586. [PMID: 33249267]
45. Kheil M.H., Sharara F.I., Ayoubi J.M. et al. Endometrioma and assisted reproductive technology: A review // *J. Assist. Reprod. Genet.* — 2022. — Vol. 39. — №2. — P. 283–290. [PMID: 35072837]
46. Younis J.S., Shapso N., Ben-Sira Y. et al. Endometrioma surgery: A systematic review and meta-analysis of the effect on antral follicle count and anti-Müllerian hormone // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2022. — Vol. 226. — №1. — P. 33–51.e7. [PMID: 34265271]
47. Tian Z., Zhang Y., Zhang C. et al. Antral follicle count is reduced in the presence of endometriosis: A systematic review and meta-analysis // *Reprod. Biomed. Online.* — 2021. — Vol. 42. — №1. — P. 237–247. [PMID: 33168492]
48. Cabiscuelas C.A., Li L.Y., Seon K.E. et al. Comparison of serum anti-mullerian hormone-level changes in single-port laparoscopic endometriotic and non-endometriotic ovarian cyst enucleations // *J. Menopausal Med.* — 2021. — Vol. 27. — №3. — P. 168–174. [PMID: 34989191]
49. Ebert A.D., Dong L., Merz M. et al. Dienogest 2 mg daily in the treatment of adolescents with clinically suspected endometriosis: The ViSanne study to assess safety in ADOLescents // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* — 2017. — Vol. 30. — №5. — P. 560–567. [PMID: 28189702]
50. Van Barneveld E., Manders J., Van Osch F.H.M. et al. Depression, anxiety, and correlating factors in endometriosis: A systematic review and meta-analysis // *J. Womens Health (Larchmt).* — 2022. — Vol. 31. — №2. — P. 219–230. [PMID: 34077695]
51. Ruszafa M., Dłuski D.F., Winkler I. et al. The state of health and the quality of life in women suffering from endometriosis // *J. Clin. Med.* — 2022. — Vol. 11. — №7. — P. 2059. [PMID: 35407668]
52. Márki G., Vásárhelyi D., Rigó A. et al. Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: A qualitative study // *BMC Womens Health.* — 2022. — Vol. 22. — №1. — P. 20. [PMID: 35081940]
53. Buggio L., Barbara G., Facchin F. et al. The influence of hormonal contraception on depression and female sexuality: A narrative review of the literature // *Gynecol. Endocrinol.* — 2022. — Vol. 38. — №3. — P. 193–201. [PMID: 34913798]
54. Lundin C., Wikman A., Lampa E. et al. There is no association between combined oral hormonal contraceptives and depression: A Swedish register-based cohort study // *BJOG.* — 2022. — Vol. 129. — №6. — P. 917–925. [PMID: 34837324]
55. Nicolás I., Martínez-Zamora M.Á., Gracia M. et al. Impact of SARS-COV2 pandemic on patients with endometriosis and their health care // *J. Womens Health (Larchmt).* — 2022. — Vol. 31. — №4. — P. 480–486. [PMID: 35148487]
56. Волкова С.В., Хамошина М.Б., Оразов М.Р., Союнов М.А. Эндометриоз: загадка природы или пример несостоятельности науки? // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.* — 2021. — Т. 9. — №3. — Приложение. — С. 24–29.
57. Schwartz K., Liarena N.C., Rehner J.M. et al. The role of pharmacotherapy in the treatment of endometriosis across the lifespan // *Expert Opin. Pharmacother.* — 2020. — Vol. 21. — №8. — P. 893–903. [PMID: 32164462]
58. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Редкие формы эндометриоза // *Проблемы репродукции.* — 2022. — №28 (1). — С. 45–53.
59. Артымук Н.В., Ваулина Е.Н., Зотова О.А. Беременность и роды у пациенток с эндометриозом // *Гинекология.* — 2021. — №23 (1). — С. 6–11.

Научно-практическое издание

Оразов Мекан Рахимбердыевич, **Дьяконов** Сергей Александрович

ПАКЕТ ОБНОВЛЕНИЙ

**Ведение пациенток с эндометриозом:
российские клинические рекомендации (2020)**

Информационный бюллетень

Под редакцией **В.Е. Радзинского**

Генеральный директор: Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Кристал

Редакционный директор: Ольга Анатольевна Раевская

Заместитель редакционного директора:

Хильда Юрьевна Симоновская

Ведущий ответственный редактор: Сергей Александрович Дьяконов

Ответственный секретарь: Алёна Митина

Ответственные редакторы: Дарья Яцышина, Мила Мартынова,

Виктория Москвичёва

Арт-директор: Абдулатип Латипов

Препресс-директор: Нелли Демкова

Выпускающий редактор: Денис Мурских

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скуточкина

Вёрстка: Елена Григорьева

Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская

Подписано в печать 18.07.2022. Бумага мелованная. Печать офсетная.

Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 1. Тираж 15 300 экз. (доп. тираж).

Ответственность за содержание рекламы и публикаций

«На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО «Медиабюро Статус презенс».

105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1.

Бизнес-центр «Платформа», подъезд 9, этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902.

Е-mail: info@graesens.ru, сайт: graesens.ru.

Группа ВКонтакте: vk.com/graesens.

Телеграм-канал: [t.me / graesensaig](https://t.me/graesensaig).

Отпечатано в типографии ООО «МИНИН»

603104, г. Нижний Новгород, ул. Красновзвёздная, д. 7а, оф. 3.



9 785907 218505