

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის N01-150/ ო ბრძანებით

# ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 დიაგნოსტიკა.....	5
8.2 ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის მართვა.....	6
8.3 ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის მედიკამენტური მკურნალობა.....	7
8.4 პრეოპერაციული შეფასება .....	8
8.5 ქირურგიული მკურნალობა ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის დროს.....	8
8.6 ენდომეტრიოზთან ასოცირებული უნაყოფობის მკურნალობა.....	9
8.7 ენდომეტრიოზი და დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიები.....	10
8.8 ენდომეტრიოზი მოზარდ გოგონებში .....	10
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	11
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	11
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	12
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	12
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	12
14. დანართები.....	12
15. პროტოკოლის ავტორები .....	16
16. გამოყენებული ლიტერატურა.....	16

## დანართები და ალგორითმები

დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	12
დანართი N2. მტკიცებულებებისა და რეკომენდაციების კლასიფიკაცია.....	13
ალგორითმი N1. ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის მართვა.....	6
ალგორითმი N2. ენდომეტრიოზის ქირურგიული მართვის ჩვენებები.....	8

## 1. პროტოკოლის დასახელება: ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
საშილოსნოს ენდომეტრიოზი	N80.0
საკვერცხეების ენდომეტრიოზი	N80.1
ფალოპის მილების ენდომეტრიოზი	N80.2
მცირე მენჯის პერიტონეუმის ენდომეტრიოზი	N80.3
სწორ ნაწლავ-საშოს ძგიდისა და საშოს ენდომეტრიოზი	N80.4
ნაწლავის ენდომეტრიოზი	N80.5
კანის ნაწიბურის ენდომეტრიოზი	N80.6
სხვა ენდომეტრიოზი	N80.8
ენდომეტრიოზი, დაუზუსტებელი	N80.9
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
საშილოსნოს და პარამეტრიუმის ულტრაბგერითი გამოკვლევა	LCDE2A
მუცლის ღრუს ქვედა ნაწილის მაგნიტურ-რეზონანსური გამოკვლევა	JXDG2B
ლაპაროსკოპია	JASH01
ჰისტერექტომია	LCSD00
საკვერცხის კისტის პუნქცია	LASA00
საკვერცხის ცისტის ამოკვეთა ლაპარასკოპიული მეთოდით	LASC01

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2010 Jul). *Management of endometriosis*. Washington (DC):ACOG practice bulletin; no. 114. 14 p.
2. Royal College of obstetricians and gynaecologists. *THE INVESTIGATION AND MANAGEMENT OF ENDOMETRIOSIS*. Green-top Guideline No. 24.
3. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). July 2010. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. No. 244. Endometriosis: Diagnosis and Management. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*.
4. The ESHRE Guideline on Endometriosis 2008.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ენდომეტრიოზის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება, ენდომეტრიოზის მკურნალობასთან დაკავშირებული სარგებლისა და რისკების შეფასება, ასევე, ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებზე.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ენდომეტრიოზის მქონე რეპროდუქციული ასაკის ქალებს, რომლებსაც აღენიშნებათ მძიმე დისმენორეა, დისპარეუნია, მენჯის ქრონიკული ტკივილი, ყავისფერი ჩამონაშალი მენსტრუაციის წინ და მის შემდეგ, ჭარბი მენსტრუაცია, ციკლური ან პერიმენსტრუალური ტკივილები და/ან სისხლდენა შარდის ბუშტიდან და სწორი ნაწლავიდან, ენდომეტრიოზთან ასოცირებული უნაყოფობა.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ოჯახის ექიმებისთვის, მეან-გინეკოლოგებისთვის, ზოგადი ქირურგებისა და რეპროდუქტოლოგებისთვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სამეანო-გინეკოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ ამბულატორიული და სტაციონარული ტიპის დაწესებულებებში. პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### განმარტება

ენდომეტრიოზი ჰორმონდამოკიდებული, ქრონიკული, მორეციდივე დაავადებაა, რომლის დროსაც აღინიშნება ენდომეტრიული ჯირკვლებისა და სტრომის ჩაზრდა-განვითარება სხვადასხვა ორგანოებსა და ქსოვილებში, საშვილოსნოს ღრუს გარეთ. ენდომეტრიოზი ხშირად გამოვლინდება მენჯის ქრონიკული ტკივილებითა და უნაყოფობით.

### კლასიფიკაცია

ASRM-ის მიერ მოწოდებულია ენდომეტრიოზის კლასიფიკაცია ლაპაროსკოპიული მონაცემების საფუძველზე:

I ხარისხი (მინიმალური) - აღინიშნება მხოლოდ ზედაპირული დაზიანებები, შესაძლოა აღინიშნოს ერთეული შეხორცებები;

II ხარისხი (საშუალო) - ზემოაღნიშნულს ემატება რამოდენიმე ღრმა დაზიანება დუგლასის ფოსოში;

III ხარისხი (ზომიერი) - ზემოაღნიშნულს ემატება საკვერცხის ენდომეტრიომები და უფრო მეტი შეხორცებები;

IV ხარისხი (მძიმე) - ზემოაღნიშნულს ემატება დიდი ზომის ენდომეტრიომები და ფართოდ გავრცელებული შეხორცებითი პროცესი. (1)

### ენდომეტრიოზის კლინიკური მახასიათებლები

- დისმენორეა;
- დისპარეუნია;
- ქრონიკული ტკივილი მცირე მენჯის არეში;
- ოვულაციური ტკივილი;
- ყავისფერი ჩამონაშალი მენსტრუაციამდე და მის შემდეგ;
- ჭარბი მენსტრუაცია;
- ციკლური ან პერიმენსტრუალური სიმპტომები და პათოლოგიური სისხლდენა ან ტკივილი;
- უნაყოფობა;
- დისჩეზია (ტკივილი დეფეკაციის დროს).

ატიპიური სიმპტომები მიუთითებს სხვა ორგანოების ჩართვაზე და შეიძლება მოიცავდეს:

- ციკლურ ფეხის ტკივილს - საჯდომი ნერვის ჩართვის დროს,
- ციკლურ სისხლდენას სწორი ნაწლავიდან – ნაწლავის კედელში ინვაზიის დროს,
- ჰემატურიას – შარდის ბუშტის კედელში ინვაზიის შემთხვევაში,
- ციკლურ დისპნოეს - პნევმოთორაქსის შემთხვევაში.

საბოლოო დიაგნოზი ისმება ლაპაროსკოპიის დროს ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიების ვიზუალიზაციის გზით.

## 8.1 დიაგნოსტიკა

### ანამნეზი

ანამნეზური მონაცემებიდან ყურადღება მიაქციეთ:

- მენარხეს ასაკს;
- მენსტრუაციული ციკლის სიხშირეს და რეგულარობას;
- ორსულობათა რაოდენობას;
- ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენებას;
- სხვა ჰორმონულ მკურნალობას;
- წარსულში ჩატარებულ ქირურგიულ ჩარევებს;
- ენდომეტრიოზისა და გინეკოლოგიური სიმსივნეების ოჯახურ ისტორიას.

### ბიმანუალური გასინჯვა

- ბიმანუალური გასინჯვით ვლინდება მოძრაობაში შეზღუდული, რეტროვერსიული საშვილოსნო, მგრძობიარე გავა-საშვილოსნოს იოგები ან გადიდებული საკვერცხეები.

### ტრანსვაგინალური ექოსკოპია

- ტრანსვაგინალური ექოსკოპია წარმოადგენს პირველი რიგის გამოკვლევას ენდომეტრიოზის დროს. ის მნიშვნელოვანია საკვერცხის ენდომეტრიომის დიაგნოსტიკისა და გამორიცხვის თვალსაზრისით. A (RCOG)

### ლაპაროსკოპია

- ლაპაროსკოპია წარმოადგენს ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკის „ოქროს სტანდარტს“.
- თუ ენდომეტრიული კერა არ ჩანს საშოს თაღში ან სხვა ნებისმიერ ადგილას, ენდომეტრიოზის საბოლოო დიაგნოსტიკისთვის, მცირე მენჯის ღრუს ლაპაროსკოპიული ვიზუალური დათვალიერება წარმოადგენს „ოქროს სტანდარტს“. (B)
- კარგ ქირურგიულ პრაქტიკას მიეკუთვნება დამატებითი ტროაკარით ისეთი ინსტრუმენტის გამოყენება, რომლითაც შესაძლებელია მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების მობილიზება და კერების პალპაცია, მათი კონსისტენციის დადგენის მიზნით. ასევე მნიშვნელოვანია, ოპერაციის ოქმში აღნიშნოთ ენდომეტრიული კერების და შეხორცებების ტიპი, ლოკალიზაცია და გავრცელება. იდეალური პრაქტიკაა მონაცემების ვიდეო ან DVD ჩანაწერის გაკეთება. <sup>Y</sup>
- ღრმად ინფილტრირებული კერების აღმოჩენის მიზნით, კლინიკური გამოკვლევა უმჯობესია ჩატარდეს უშუალოდ მენსტრუაციული ციკლის დროს. (B)

## CA125 მარკერის განსაზღვრა

- შრატის CA125 დონე შეიძლება იყოს მომატებული ენდომეტრიოზის დროს. თუმცა, ლაპაროსკოპიასთან შედარებით მას დიაგნოსტიკური ღირებულება არ გააჩნია. (A)

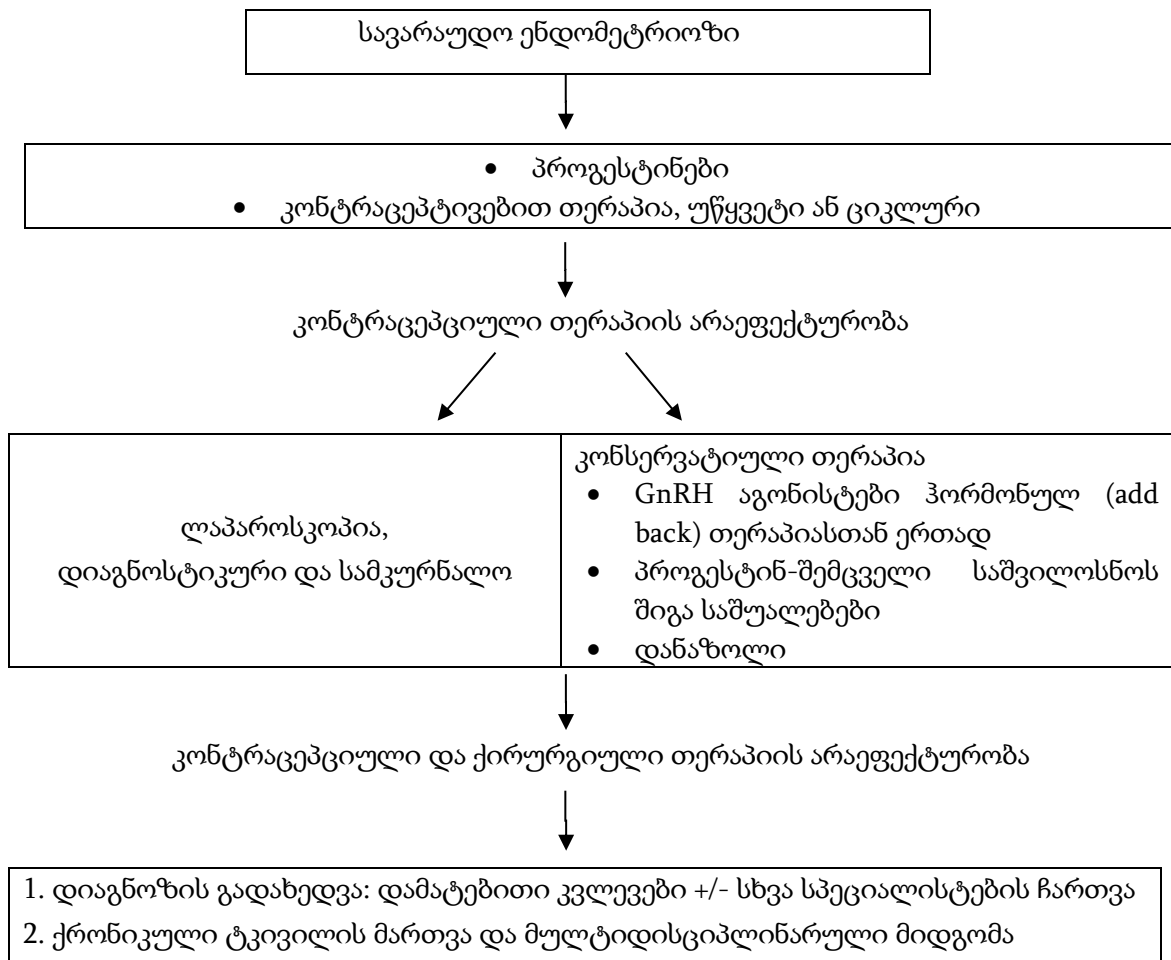
## ჰისტოლოგიური კვლევა

- პოზიტიური ჰისტოლოგია ადასტურებს ენდომეტრიოზის დიაგნოზს. თუმცა, ნეგატიური ჰისტოლოგია არ გამორიცხავს მას. საკამათოა უნდა ჩატარდეს თუ არა ჰისტოლოგიური კვლევა, როდესაც გვხვდება მხოლოდ პერიტონული ენდომეტრიოზი. <sup>7</sup>
- ვიზუალური დათვალიერება, ჩვეულებრივ, საკმარისია, თუმცა, იდეალურია თუნდაც ერთი კერის ჰისტოლოგიური დადასტურება. საკვერცხის ენდომეტრიომისა (>3სმ-ზე დიამეტრით) და ღრმად ინფილტრირებული დაავადების შემთხვევაში, ავთვისებიანობის იშვიათი შემთხვევების გამოსარიცხად უნდა ჩატარდეს ჰისტოლოგიური კვლევა. <sup>7</sup>

## 8.2 ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის მართვა

ენდომეტრიოზისთვის დამახასიათებელი ტკივილის სიმპტომების დროს, ქალის სურვილის შემთხვევაში, შესაძლებელია, საბოლოო დიაგნოზის დადგენამდე დაინიშნოს ჰორმონალური მკურნალობა. მკურნალობა ეფექტური და უსაფრთხოა და ტარდება სასურველი ორსულობის ან მენოპაუზის დადგომამდე.

### ალგორითმი N1. ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის მართვა



### 8.3 ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის მედიკამენტური მკურნალობა

1. საკვერცხის ფუნქციის 6 თვით დათრგუნვა ამცირებს ენდომეტრიოზთან ასოცირებულ ტკივილს. (A-I a) (RCOG).
2. პროგესტინები – ტაბლეთრებული, ინტრამუსკულური ან კანქვეშა ფორმა – წარმოადგენს პირველი რიგის პრეპარატებს. (I-A) (SOGC).
3. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები ასევე წარმოადგენს ენდომეტრიოზის სამკურნალო პირველი რიგის პრეპარატებს და ტკივილის შესამსუბუქებლად შეიძლება დანიშნოთ ხანგრძლივად. კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების ციკლურ გამოყენებასთან შედარებით უფრო ეფექტურია მათი უწყვეტად დანიშვნა, 7 დღიანი შესვენების გარეშე, როდესაც არ ხდება მენსტრუაციული სისხლის უკუდინება. (I-A) (SOGC).
4. GnRH აგონისტები, ჰორმონულ (add-back) თერაპიასთან ერთად და ლევონორგესტრელის შემცველი საშვილოსნოს შიგა საშუალებები წარმოადგენენ მეორე რიგის თერაპიულ საშუალებას. (I-A)(SOGC)
5. GnRH აგონისტებით მკურნალობა იწყება ჰორმონულ თერაპიასთან ერთად და შეგიძლიათ დანიშნოთ ხანგრძლივად (> 6თვე). (I-A)(SOGC)
6. GnRH აგონისტები ინიშნება ესტროგენებთან და პროგესტერონთან კომბინაციაში, რაც აფერხებს ძვლის მინერალური სიმკვრივის კარგვას მკურნალობის პროცესში და მის შემდეგ, 6 თვის მანძილზე. (A-Ia) (RCOG)
7. ლევონორგესტრელ შემცველი საშვილოსნოს შიგა საშუალებები ამცირებს ენდომეტრიოზთან ასოცირებულ ტკივილს. (A-Ia) (RCOG)
8. ენდომეტრიოზის მკურნალობის საწყის ეტაპზე (ჰორმონული ან ქირურგიული), ეფექტის მიღწევამდე, ტკივილის სიმპტომების სრული კუპირებისთვის შეიძლება გამოიყენოთ ანალგეტიკები, არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებისა და (ანტიპროსტაგლანდინები) ოპიოიდების ჩათვლით. (III-A) (SOGC)

#### 8.3.1. ჰორმონალური საშუალებების ეფექტურობა

- ოვარიული ფუნქციის 6 თვიანი სუპრესია ამცირებს ენდომეტრიოზთან ასოცირებულ ტკივილს. (A)
- ენდომეტრიოზის მედიკამენტური მკურნალობის შემდეგ ხშირია სიმპტომების რეციდივი. (B)

#### 8.3.2. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები

- ენდომეტრიოზით გამოწვეული ტკივილის მართვის დროს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების ეფექტურობის შესახებ საკმარისი მტკიცებულებები არ არსებობს. (A)

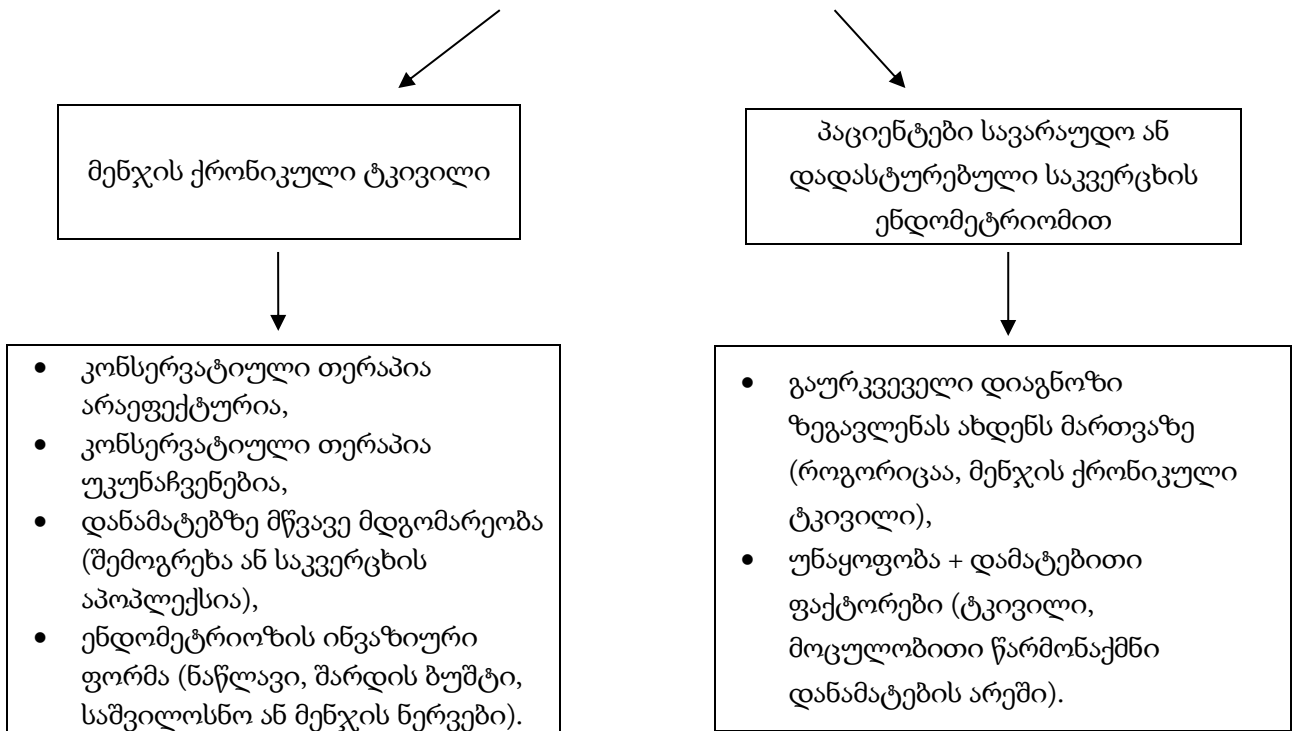
#### 8.3.3. მკურნალობის ხანგრძლივობა

- მკურნალობის ხანგრძლივობა უნდა განისაზღვროს არჩეული პრეპარატის, მისი ეფექტურობისა და გვერდითი მოვლენების გათვალისწინებით. <sup>Y</sup>

## 8.4 პრეოპერაციული შეფასება

### ალგორითმი N2. ენდომეტრიოზის ქირურგიული მართვის ჩვენებები

#### ენდომეტრიოზის ქირურგიული მართვის ჩვენებები



## 8.5 ქირურგიული მკურნალობა ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის დროს

### ქირურგიული მიდგომა

- ენდომეტრიოზის ქირურგიული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა საუკეთესო მეთოდია.
- ენდომეტრიოზის ქირურგიული მკურნალობა შეიძლება იყოს კონსერვატიული ან რადიკალური. უპირატესობა ენიჭება ლაპაროსკოპიას.
- კონსერვატიული მკურნალობა ტარდება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში და მოიცავს ენდომეტრიული კერების პირდაპირ აბლაციას, ლიზისს, საკვერცხის ენდომეტრიომის ამოღებას და მაინფილტრირებელი ენდომეტრიოზის შემთხვევაში, მომიჯნავე ორგანოებიდან კერების ექსციზიას.
- რადიკალური მკურნალობა, მენოპაუზის გამოწვევის მიზნით, მოიცავს ბილათერალურ ოოფორექტომიას.
- პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ მენჯის ქრონიკული ტკივილი და საკვერცხის ენდომეტრიომა, დიამეტრით >3 სმ, უმჯობესია ჩაუტაროთ ენდომეტრიომის ექსციზია. (I-A)(SOGC)
- საკმარისი მტკიცებულებები არ არსებობს იმის შესახებ, მენსტრუაციული ციკლის რომელ ფაზაში უნდა ჩატარდეს ლაპაროსკოპია, თუმცა, მისი ჩატარება არ არის მიზანშეწონილი ჰორმონული თერაპიის დროს ან მის შემდეგ 3 თვის განმავლობაში, რათა თავიდან აიცილოთ ცრუ დიაგნოზი. (ESHRE)



### ამცირებს თუ არა ქირურგიული მკურნალობა ტკივილს?

- დიაგნოსტიკური ლაპაროსკოპიისგან განსხვავებით, ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიების აბლაცია ამცირებს ენდომეტრიოზით გამოწვეულ ტკივილს. (A)

### რა როლს ასრულებს მეტად რადიკალური ქირურგია?

- ენდომეტრიული კერის სრულად მოცილებით, ტკივილის შემცირება, შესაძლებელია, მძიმე და ღრმად ინფილტრირებული ენდომეტრიოზის დროს. V

### რა როლი აქვს ჰორმონალურ მკურნალობას ქირურგიულ ჩარევამდე და მის შემდეგ?

- პრეოპერაციული და პოსტოპერაციული ჰორმონალური მკურნალობა არ ზრდის ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობას, ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის მართვის თვალსაზრისით. (A)
- პაციენტებს, რომლებსაც არ სურთ ორსულობა საკვერცხის ენდომეტრიომის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ, უნდა დაუნიშნოთ კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები (ციკლური ან უწყვეტი რეჟიმით). (I-A) (SOGC)

### რა სახის ჩანაცვლებითი ჰორმონალური თერაპია უნდა შეირჩეს ორმხრივი ოფორექტომიის შემდეგ?

- საკმარისი მტკიცებულებები არ არსებობს ჩანაცვლებითი ჰორმონალური თერაპიის იდეალური სქემის შესახებ, ორმხრივი ოფორექტომიის შემდეგ. ეს სქემა უნდა შეარჩიოს ინდივიდუალურად. V

## 8.6 ენდომეტრიოზთან ასოცირებული უნაყოფობის მკურნალობა

### 8.6.1 ჰორმონალური თერაპია

- მედიკამენტური სუპრესიული თერაპია, როგორცაა, ორალური კონტრაცეპტივები ან გონადოტროპინ-რელიზინგ ჰორმონის აგონისტები (GnRHa), არაეფექტურია ენდომეტრიოზთან ასოცირებული უნაყოფობის მკურნალობის დროს. (A)

### 8.6.2 მინიმალური ხარისხის ენდომეტრიოზის ქირურგიული მკურნალობა

- ენდომეტრიული ჰეტეროტოპიების აბლაცია + ადჰეზიოლიზი, ეფექტურია მინიმალური ხარისხის ენდომეტრიოზის დროს, ვინაიდან აუმჯობესებს დაორსულობის შესაძლებლობას დიაგნოსტიკურ ლაპაროსკოპიასთან შედარებით. (A)

### 8.6.3 საშუალო და მძიმე ენდომეტრიოზის ქირურგიული მკურნალობა

- ქირურგიული მკურნალობის მნიშვნელობა, ფერტილობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით, საშუალო და მძიმე ხარისხის ენდომეტრიოზის დროს არ არის დადასტურებული. (B)

### 8.6.4 საკვერცხის ენდომეტრიომის მართვა

- ენდომეტრიომის ამოკვეთას ენიჭება უპირატესობა ენდომეტრიომის დრენაჟსა და ცისტის კედლის აბლაციასთან შედარებით. (A)
- 3 სმ-ზე მეტი დიამეტრის საკვერცხის ენდომეტრიომის ლაპაროსკოპიულმა ექსციზიამ შესაძლოა გააუმჯობესოს უნაყოფობის გამოსავალი. (II) (SOGC)

### 8.6.5. ჰორმონალური თერაპია ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ

- პოსტოპერაციული ჰორმონალური მკურნალობა არ აუმჯობესებს ფერტილობის მაჩვენებელს. (A).

## 8.7 ენდომეტრიოზი და დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიები (IUI – საშვილოსნოს შიდა ინსემინაცია, IVF – ინ ვიტრო განაყოფიერება)

1. IUI-ით მკურნალობა აუმჯობესებს ფერტილობას მინიმალური და საშუალო ხარისხის ენდომეტრიოზის დროს. A (RCOG)
2. IVF-ის ჩატარება მიზანშეწონილია ფალოპის მილების ფუნქციის დარღვევისას, ასევე, უნაყოფობის მამაკაცის ფაქტორის და/ან ჩატარებული მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში. B (RCOG)
3. ენდომეტრიოზის მქონე ქალებში, IVF-ის ჩატარებამდე GnRH აგონისტებით მკურნალობა 3-6 თვის მანძილზე, ზრდის კლინიკური ორსულობის სიხშირეს. A (RCOG)
4. IVF-მდე ლაპაროსკოპიული ცისტექტომია რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, როცა ენდომეტრიომის დიამეტრი  $\geq 4$  სმ-ს შეადგენს. (RCOG)
5. III და IV ხარისხის ენდომეტრიოზის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ თავი არ უნდა აარიდოთ IVF-ს, რეციდივის რისკის არსებობის გამო, ვინაიდან საკვერცხის ჰიპერსტიმულაციის შემდეგ ენდომეტრიოზის რეციდივის რისკი არ იზრდება. B (ESHRE)

## 8.8 ენდომეტრიოზი მოზარდ გოგონებში (SOGC)

მოზარდებში ენდომეტრიოზი წარმოადგენს მეორადი დისმენორეის ყველაზე ხშირ მიზეზს. (II-2) (SOGC). მოზარდ გოგონებში, ქალებთან შედარებით, უფრო ხშირად აღინიშნება აციკლური ტკივილები. (III) (SOGC). გაითვალისწინეთ, რომ მოზარდებში ფიზიკალური გამოკვლევით იშვიათად ვლინდება პათოლოგია, ვინაიდან შემთხვევათა უმრავლესობაში აღინიშნება დაავადების ადრეული სტადია. (II-2). (SOGC)

1. მოზარდებში ენდომეტრიოზი ადრეულ სტადიაზეა და მიმდინარეობს ატიპურად. ლაპაროსკოპიულად, მუცლის ღრუში ვლინდება ენდომეტრიოზის გამჭვირვალე და წითელი კერები. (II-2B) (SOGC).
  2. მოზარდ გოგონებში შესაძლებელია ჩაატაროთ ყველა ტიპის მედიკამენტური მკურნალობა პაციენტის ასაკისა და პრეპარატების გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებით. (III-A) (SOGC).
  3. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებისა და კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების დანიშვნა შეგიძლიათ დისმენორეის მქონე მოზარდთა უმრავლესობაში. არაეფექტურობის შემთხვევაში, როგორც დიაგნოსტიკური ასევე სამკურნალო მიზნით, რეკომენდებულია უფრო ღრმა კვლევები, მათ შორის ლაპაროსკოპია. (SOGC).
- მედიკამენტური სუპრესიული მკურნალობა ამცირებს ტკივილს. თუმცა, მედიკამენტური თერაპიის შეწყვეტის შემდეგ დაავადების რეციდივის რისკი მაღალია. (A).
  - კონსერვატიული ქირურგიული მკურნალობით, შესაძლებელია, მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების მიღწევა მოკლე ვადაში, თუმცა, ისევე, როგორც მედიკამენტური მკურნალობისას, მაღალია რეციდივის რისკი. (A).

- ენდომეტრიოზით გამოწვეული უშვილობის დროს ქირურგიული ჩარევა აუმჯობესებს ფერტილობას, თუმცა, გაუმჯობესების მასშტაბი არ არის ნათელი. (A).
- ორალური კონტრაცეპტივებითა და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში, მისაღებია, ემპირიულად GnRH აგონისტებით 3 თვიანი მკურნალობის ჩატარება. მკურნალობის დაწყებამდე, უნდა ჩატარდეს სათანადო გამოკვლევები მცირე მენჯის არეში ქრონიკული ტკივილის სხვა მიზეზების გამოსარიცხად. (B).
- ენდომეტრიოზისა და დისმენორეის მქონე პაციენტებში, ორალური კონტრაცეპტივები და ორალური ნორეთინდრონი ან დეპო მედროქსიპროგესტერონ აცეტატი, უფრო ეფექტურია ვიდრე პლაცებოთი მკურნალობა, ამასთან, წარმოადგენს სხვა უფრო მაღალფასიანი მართვის სქემების ექვივალენტურ საშუალებას. (B).
- ორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი (მინიმუმ 24 თვე) გამოყენება ეფექტურია ენდომეტრიომის რეციდივის რისკის, ასევე, დისმენორეის სიხშირისა და სიმძიმის შემცირების თვალსაზრისით. (B).
- ენდომეტრიოზის დროს ჰისტერექტომიისა და ორმხრივი სალპინგო-ოოფორექტომიის შემდეგ, ესტროგენებით ჰორმონალური თერაპია უკუნაჩვენები არ არის. (B).
- პაციენტებში, ნორმალური საკვერცხეებით, განიხილეთ ჰისტერექტომია საკვერცხეების შენარჩუნებითა და ენდომეტრიული კერების მოცილებით. (B).

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლით მოცული რეკომენდაციების კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვით მოსალოდნელია ენდომეტრიოზის დროულად დიაგნოსტიკა და სათანადო მკურნალობა. ენდომეტრიოზთან ასოცირებული ტკივილის ეფექტური მართვა დადებითად აისახება ქალის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე, რაც გააუმჯობესებს მის სოციალურ ადაპტაციას. ამასთან, დროული მკურნალობით შესაძლებელი გახდება უშვილობისა და არასაჭირო ქირურგიული ჩარევების პრევენცია, შემცირდება უნაყოფობის მაჩვენებელი. ყოველივე ეს კი დადებითად აისახება ქალის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხზე.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს დანერგილი აღნიშნული პროტოკოლი?
- საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?
- რამდენ პაციენტს (%) დაესვა ენდომეტრიოზის სავარაუდო დიაგნოზი ობიექტური გამოკვლევისა და ექოსკოპიის საფუძველზე?
- რამდენ პაციენტში (%) დადასტურდა ენდომეტრიოზის დიაგნოზი ლაპაროსკოპიულად?
- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა ენდომეტრიოზის ქირურგიული მკურნალობა?
- ჰისტოლოგიურად დადასტურებული ენდომეტრიომისა და ღრმად ინფილტრირებული ენდომეტრიოზის სიხშირე (%).
- რამდენ პაციენტში (%) და დროის რა ინტერვალში მოხდა ტკივილის კუპირება კონსერვატიული მკურნალობით?
- რამდენ პაციენტს (%) განუვითარდა ქირურგიული გართულებები?
- რამდენ პაციენტს (%) დასჭირდა სხვა სპეციალისტის კონსულტირება (მულტიდისციპლინარული მიდგომა)?

- რამდენ პაციენტში (%) დადგა ორსულობა სპონტანურად, ენდომეტრიოზის ქირურგიული და კონსერვატიული მკურნალობის შედეგად?
- ენდომეტრიოზის მქონე რამდენ პაციენტს (%) დასჭირდა დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიები ფერტილობის მისაღწევად?

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის განახლება რეკომენდებულია 2 წლის ვადაში.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლით მოცული რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია დანართი #1.

## 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

აღნიშნულ პროტოკოლში ცვლილებების შეტანა არ არის რეკომენდებული სათანადო მტკიცებულებების გარეშე. წარმოდგენილი კლინიკური რეკომენდაციების პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება ენდომეტრიოზის დიაგნოსტიკისა და მართვის საკითხების შესახებ.

## 14. დანართები

### დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსი</b>	<b>რესურსების გამოყენების მიზანი</b>	
მეან-გინეკოლოგი რეპროდუქტოლოგი რადიოლოგი ზოგადი ქირურგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, მედიკამენტური და ქირურგიული მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება, მიმდინარე მეთვალყურეობა;	სავალდებულო
ექთანი	რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შესახებ პაციენტის კონსულტირება, ვენოპუნქციის ჩატარება;	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
<b>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი</b>		
ლაბორატორიული სერვისის უზრუნველყოფა სტანდარტული წინასაოპერაციო ანალიზებისა და CA125 ჰისტომორფოლოგიური ანალიზებისთვის	სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ღონისძიებების განსახორციელებლად	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა (ულტრაბგერა, ეკგ. და სხვ.)	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება, მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვ.	სავალდებულო
მრტ, საოპერაციო აღჭურვილობა	ღრმად ინფილტრირებული ენდომეტრიოზის	სასურველი

ლაპაროსკოპიული ტექნიკით, კოლონოსკოპი, ჰისტეროსკოპი	დიაგნოზის დადასტურება, მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა და დაავადების სიმძიმის ხარისხის შეფასება.	
სამედიცინო აღჭურვილობა დამზმარე რეპროდუქციული ჩარევებისთვის	საშვილოსნოს შიდა ინსემინაციისა და ინ ვიტრო განაყოფიერების ჩატარების მიზნით.	სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

## დანართი N2. მტკიცებულებებისა და რეკომენდაციების კლასიფიკაცია

### 1. American Society for Reproductive Medicine (ASRM)

#### მტკიცებულებების დონეებად დაყოფა

Ia - მტკიცებულებები, დაფუძნებული რანდომული კონტროლირებადი კვლევის (რკვ) მეტაანალიზზე.

Ib - მტკიცებულებები, დაფუძნებული მინიმუმ ერთ რკვ-ზე.

Iia - მტკიცებულებები, დაფუძნებული მინიმუმ ერთ კარგი დიზაინის კონტროლირებულ კვლევაზე რანდომიზაციის გარეშე.

Iib - მტკიცებულებები, დაფუძნებული სხვა ტიპის კარგი დიზაინის ექსპერიმენტული ტიპის კვლევებზე.

III - მტკიცებულებები, დაფუძნებული კარგი დიზაინის არაექსპერიმენტულ აღწერილობით კვლევებზე, როგორცაა, შედარებითი კვლევები, კორელაციური კვლევები და შემთხვევათა კვლევები.

IV - მტკიცებულებები, დაფუძნებული ექსპერტების კლინიკურ გამოცდილებასა და ექსპერტთა კომიტეტის დასკვნაზე.

#### რეკომენდაციათა ხარისხები

A - მოითხოვს მინიმუმ ერთ რკვ-ს, კარგი ხარისხის ლიტერატურასთან ერთად (მტკიცებულების დონე Ia, Ib)

B - მოითხოვს კარგად კონტროლირებად კლინიკურ კვლევებს (მტკიცებულების დონე IIa, IIb, III)

C - მოითხოვს მტკიცებულებებს, დაფუძნებულს ექსპერტთა კლინიკურ გამოცდილებასა და ექსპერტთა კომიტეტის დასკვნაზე. ის მიუთითებს კარგი ხარისხის კლინიკური კვლევების სიმწირეზე. (მტკიცებულების დონე IV).

V - რეკომენდებული საუკეთესო პრაქტიკა, დაფუძნებული გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის კლინიკურ გამოცდილებაზე (rcog).

## 2. European Society of Reproductive Medicine (ESHRE)

### მტკიცებულებების იერარქია

დონე	მტკიცებულება
1a	რანდომული კონტროლირებადი კვლევების სისტემური მიმოხილვა და მეტაანალიზი
1b	არანაკლებ ერთი რანდომული კონტროლირებადი კვლევა
2a	არანაკლებ ერთი კარგი დიზაინის მქონე კონტროლირებადი კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე
2b	არანაკლებ ერთი სხვა ტიპის კარგი დიზაინის მქონე კვაზი-ექსპერიმენტული კვლევა
3	კარგი დიზაინის, არა-ექსპერიმენტული, აღწერითი კვლევები, როგორცაა შედარებითი კვლევები, კორელაციური კვლევები და კონკრეტული შემთხვევების აღწერა.
4	ექსპერტთა კომიტეტების მონაცემები ან დასკვნები და/ან შესაბამისი ორგანოების კლინიკური გამოცდილება

### რეკომენდაციების გრადაცია

ხარისხი	რეკომენდაცია
A	მოითხოვს არანაკლებ ერთ რანდომულ კონტროლირებად კვლევას საერთო მაღალი ხარისხისა და თანმიმდევრობის დაცვის მიზნით, ამა თუ იმ კონკრეტული რეკომენდაციის მიცემით. (მონაცემთა კლასი 1a, 1b).
B	მოითხოვს კარგად კონტროლირებად, მაგრამ არა რანდომულ კლინიკურ კვლევებს, რეკომენდაციების საგანთან დაკავშირებით (მონაცემთა კლასი 2a, 2b, 3).
C	მოითხოვს მონაცემებს, რომლებიც მიღებულია ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიშებიდან ან დასკვნებიდან და/ან შესაბამისი ორგანოების კლინიკური გამოცდილებიდან. ის მიუთითებს პირდაპირ გამოსაყენებელი, მაღალი ხარისხის კლინიკური კვლევების დეფიციტზე. (მონაცემთა კლასი IV)
GPP	რეკომენდებული მოწინავე გამოცდილება, რომელიც ეფუძნება ინსტრუქციების შემმუშავებელი ჯგუფის კლინიკურ გამოცდილებას.

## 3. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC)

მტკიცებულებათა დონეები	რეკომენდაციების კლასიფიკაცია
<p>I არანაკლებ ერთი სათანადოდ რანდომული კონტროლირებადი ცდის შედეგად მიღებული მონაცემები.</p> <p>II-1: კარგი დიზაინის მქონე კონტროლირებადი ცდის – რანდომიზაციის გარეშე – შედეგად მიღებული მონაცემები.</p> <p>II-2: კარგი დიზაინის მქონე კოჰორტული (პროსპექტული ან რეტროსპექტული) ან შემთხვევა კონტროლირებადი კვლევებიდან,</p>	<p>A. კლინიკური პრევენციული ღონისძიებების რეკომენდაციისთვის კარგი მონაცემები.</p> <p>B. კლინიკური პრევენციული ღონისძიებების რეკომენდაციისთვის რიგიანი მონაცემები.</p> <p>C. არსებული მონაცემები კონფლიქტურია და არ იძლევა კლინიკური პრევენციული ღონისძიებების სასარგებლოდ ან მის წინააღმდეგ რეკომენდაციას; თუმცა, სხვა ფაქტორებს შეუძლიათ ზეგავლენა იქონიონ</p>

<p>სასურველია, ერთზე მეტი ცენტრიდან ან მკვლევართა ჯგუფიდან მიღებული მონაცემები.</p> <p><b>II-3</b> დროის ან ადგილებს შორის ინტერვენციით ან მის გარეშე შედარებების შედეგად მიღებული მონაცემები. დრამატული შედეგები არაკონტროლირებად ექსპერიმენტებში (როგორცაა, მკურნალობა პენიცილინით 1940 წელს) ასევე უნდა შედიოდეს ამ კატეგორიაში.</p> <p><b>III</b> კლინიკურ გამოცდილებაზე დაფუძნებული შესაბამისი ორგანოების დასკვნები, აღწერითი კვლევები ან ექსპერტთა კომიტეტების მონაცემები.</p>	<p>გადაწყვეტილების მიღებაზე.</p> <p><b>D.</b> კლინიკური პრევენციული ღონისძიებების საწინააღმდეგოდ რეკომენდებული კარგი მონაცემები.</p> <p><b>E.</b> კლინიკური პრევენციული ღონისძიებების საწინააღმდეგოდ რეკომენდებული რიგიანი მონაცემები.</p> <p><b>L.</b> რეკომენდაციის გასაკეთებლად არასაკმარისი მონაცემებია (რაოდენობრივი და ხარისხობრივი); თუმცა, სხვა ფაქტორებს შეუძლიათ ზეგავლენა იქონიონ გადაწყვეტილების მიღებაზე.</p>
--	--

#### 4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)

<p><b>მტკიცებულებათა დონეები</b></p> <p><b>Ia</b> რანდომული კონტროლირებადი ცდების მეტანალიზის შედეგად მიღებული მონაცემები.</p> <p><b>Ib</b> არანაკლებ ერთი რანდომული კონტროლირებადი ცდის შედეგად მიღებული მონაცემები.</p> <p><b>IIa</b> არანაკლებ ერთი კონტროლირებადი ცდის – რანდომიზაციის გარეშე – შედეგად მიღებული მონაცემები.</p> <p><b>IIb</b> არანაკლებ ერთი სხვა ტიპის კვაზი-ექსპერიმენტალური ცდის შედეგად მიღებული მონაცემები.</p> <p><b>III</b> კარგი დიზაინის, არა-ექსპერიმენტული აღწერითი ცდების შედეგად მიღებული მონაცემები, როგორცაა, შედარებითი კვლევები, კორელაციური კვლევები და კონკრეტული შემთხვევების გამოკვლევები.</p> <p><b>IV</b> მონაცემები, რომლებიც მიღებულია ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიშებიდან ან დასკვნებიდან და/ან შესაბამისი ორგანოების კლინიკური გამოცდილებიდან.</p>	<p><b>რეკომენდაციების კლასიფიკაცია</b></p> <p><b>A</b> მოითხოვს არანაკლებ ერთ რანდომულ კონტროლირებად კვლევას, საერთო მაღალი ხარისხისა და თანმიმდევრობის დაცვის მიზნით ამა თუ იმ კონკრეტული რეკომენდაციის მიცემით.</p> <p><b>B</b> მოითხოვს კარგად კონტროლირებად, მაგრამ არა რანდომულ კლინიკურ კვლევებს რეკომენდაციების საგანთან დაკავშირებით (მონაცემების კლასი IIa, IIb, III).</p> <p><b>C</b> მოითხოვს მონაცემებს, რომლებიც მიღებულია ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიშებიდან ან დასკვნებიდან და/ან შესაბამისი ორგანოების კლინიკური გამოცდილებიდან. მიუთითებს პირდაპირგამოსაყენებელი, მაღალი ხარისხის კლინიკური კვლევების დეფიციტზე. (მონაცემთა კლასი IV)</p> <p><b>კარგი კლინიკური გამოცდილება</b></p> <p>✓ რეკომენდებული მოწინავე გამოცდილება, რომელიც ეფუძნება ინსტრუქციების შემმუშავებელი ჯგუფის კლინიკურ გამოცდილებას.</p>
--	---

## 15. პროტოკოლის ავტორები

**არჩილ ხომასურიძე** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასოციაციის პრეზიდენტი, არჩილ ხომასურიძის რეპროდუქტოლოგიის ინსტიტუტის გენერალური დირექტორი, თბილისის ივ. ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის და რეპროდუქტოლოგიის დეპარტამენტის კათედრის ხელმძღვანელი.

**ზურაბ საბახტარაშვილი** - ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, მეან-გინეკოლოგი, ენდოკრინოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი.

**ჯენარა ქრისტესაშვილი** - პროფესორი, ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასოციაცია, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრის - „ემბრიოტოქსი“ დირექტორი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის და რეპროდუქტოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი.

**არსენ გვენეტაძე** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, მეან-გინეკოლოგი, სგეა-ს პრეზიდენტი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი-რეპროდუქტოლოგი, შპს „ზურაბ საბახტარაშვილის რეპროდუქციული კლინიკის“ დირექტორი.

**ლიუდმილა ბარბაქაძე** - ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, მეან-გინეკოლოგი. არჩილ ხომასურიძის რეპროდუქტოლოგიის ინსტიტუტი. თბილისის ივ. ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დოქტორანტი.

**თამთა ცაავა** - ექიმი-რეპროდუქტოლოგი, მეან-გინეკოლოგი, შპს „ზურაბ საბახტარაშვილის რეპროდუქციული კლინიკის“ ექიმი.

## 16. გამოყენებული ლიტერატურა

### ძირითადი ლიტერატურა:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2010 Jul). Management of endometriosis. Washington (DC):ACOG practice bulletin; no. 114. 14 p.
2. Royal College of obstetricians and gynaecologists. THE INVESTIGATION AND MANAGEMENT OF ENDOMETRIOSIS.Green-top Guideline No. 24.
3. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). July 2010. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. No. 244. Endometriosis: Diagnosis and Management. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada.
4. The ESHRE Guideline on Endometriosis 2008

### დამატებითი ლიტერატურა:

1. American Society for Reproductive Medicine (ASRM).Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. Fertil Steril 1997;67:817–21.
- 2.Collège National des Gynécologues et Obstétriciens FrançaisCNGOF Guidelines for the Management of EndometriosisIssued 29 nov, 2006 – see [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_15.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_15.HTM) English translation M. Canis (2007).