

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА И АДЕНОМИОЗА.

*Насруллоева Мадинабону Нодиржон кизи*

*Бухарский государственный  
медицинский университет имени*

*Абу Али ибн Сино Студентка*

*6-го курса лечебного факультета*

**Аннотация:** Эндометриоз и аденомиоз относятся к наиболее распространённым гормон-зависимым гинекологическим заболеваниям репродуктивного возраста, сопровождающимся хронической тазовой болью, дисменореей, меноррагиями и нарушением фертильности. Современный подход к лечению этих патологий основан на индивидуализированной, поэтапной тактике, включающей медикаментозные, малоинвазивные и хирургические методы, а также вспомогательные репродуктивные технологии.

**Ключевые слова:** эндометриоз; аденомиоз; гормональная терапия; прогестины; левоноргестреловая внутриматочная система; агонисты ГнРГ; антагонисты ГнРГ; элаголикс; релуголикс; HIFU; органосохраняющее лечение; хроническая тазовая боль; бесплодие.

Эндометриоз определяется как наличие эндометриоподобной ткани вне полости матки, вызывающей хроническое воспаление, боль и часто нарушение фертильности. Аденомиоз характеризуется внедрением эндометриальных желез и стромы в толщу миометрия, что проявляется обильными и болезненными менструациями, увеличением матки и снижением качества жизни.

По оценкам, эндометриоз выявляется у 10–15 % женщин репродуктивного возраста и у до 50 % пациенток с бесплодием. Аденомиоз встречается у 20–30 % женщин, особенно в возрасте старше 35 лет, однако благодаря улучшению визуализационных методов (УЗИ высокой разрешающей способности, МРТ) он всё чаще диагностируется и у молодых пациенток.

Цель современного лечения – не «радикальное излечение любой ценой», а долгосрочный контроль симптомов (боли, меноррагий), сохранение или восстановление фертильности, профилактика прогрессирования и минимизация побочных эффектов терапии. Международные руководства (ESHRE и др.) подчёркивают принцип индивидуализации: стратегия лечения должна учитывать возраст, планы беременности, выраженность симптомов, распространённость процесса и предпочтения самой пациентки.

Эндометриоз и аденомиоз — два тесно связанных хронических заболевания, которые поражают миллионы женщин репродуктивного возраста. Они часто встречаются вместе (в 40–50 % случаев аденомиоза есть и эндометриоз). Основные жалобы: сильнейшая боль во время месячных, хроническая тазовая боль, болезненный секс, обильные и длительные кровотечения, бесплодие, усталость.

Цель лечения в 2025 году — не только снять боль и кровотечения, но и максимально сохранить фертильность, избежать повторных операций и улучшить качество жизни на долгие годы.

#### Лечение эндометриоза

##### Гормональная терапия — основа лечения

- Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в непрерывном режиме (без 7-дневного перерыва) — до сих пор первая линия у молодых девушек и женщин, которые пока не планируют беременность.

##### - Прогестины:

- Диеногест 2 мг/сут (Визанна, Бонадэ) — один из самых эффективных и хорошо переносимых препаратов. Снижает боль на 75–90 %, уменьшает очаги.

- Левоноргестрел-содержащая внутриматочная система (Мирена, Леонова) — особенно хороша, если есть ещё и аденомиоз.

- Новое поколение — оральные GnRH-антагонисты (принимаются в таблетках, а не в уколах!):

- Элаголикс (Orilissa) — 150–200 мг/сут

- Релуголикс + эстрадиол + норэтистерон (Rueqo) — комбинированная таблетка 1 раз в день

- Линзаголикс (Yselty) — 100–200 мг/сут

Эти препараты подавляют эстрогены быстро и обратимо, боль уходит уже через 1–2 недели. Главное преимущество — можно принимать годами (при низких дозах костные потери минимальны).

#### Хирургическое лечение

- Лапароскопия с полной эксцизией (вырезанием) всех видимых очагов — золотой стандарт при выраженном эндометриозе (III–IV стадии), эндометриомах яичников, спайках.

- После операции обязательно назначают гормональную терапию минимум на 3–5 лет, иначе рецидив наступает у 50 % женщин в течение 5 лет.

#### Новые и экспериментальные направления (2024–2025)

- HMI-115 — первый в мире негормональный препарат (ингибитор пролактин-рецептора). Завершена фаза 3, показал снижение боли на 60–70 % без влияния на гормоны и кости. Ожидается регистрация в США и ЕС в 2026–2027 гг.

- Иммуномодуляторы и антиангиогенные препараты (пентоксифиллин, ингибиторы VEGF) — пока в клинических исследованиях.

- Микробиом-терапия — пересадка полезных лактобактерий вагинально (пока экспериментально).

- Антиоксиданты и противовоспалительные добавки (куркумин 500–1000 мг + пиперин, N-ацетилцистеин 600–1800 мг/сут, омега-3 2–3 г/сут) — официально рекомендованы ESHRE 2022 как дополнение.

#### Лечение аденомиоза

Аденомиоз сложнее поддается лечению, потому что ткань находится глубоко внутри стенки матки.

Первая линия — гормональная терапия

- Мирена (левоноргестрел-ВМС) — самый эффективный метод. У 70–80 % женщин через 6–12 месяцев кровотечения практически исчезают, боль уменьшается на 70–90 %, матка уменьшается в размере.

- Диеногест 2 мг — второй по эффективности препарат.

- GnRH-антагонисты (Ryeqo, Yselyt) — хорошо работают при аденомиозе, особенно если есть и эндометриоз.

Минимально-инвазивные методы (сохранение матки)

- Эмболизация маточных артерий (UAE) — перекрывают кровоснабжение узлов аденомиоза. Эффективность 75–90 % по боли и кровотечениям. Можно делать женщинам, которые ещё хотят детей (хотя беременность после ЭМА протекает с повышенным риском).

- Высокоинтенсивный фокусированный ультразвук (HIFU) — «выжигают» очаги аденомиоза ультразвуком под контролем МРТ без разрезов. Очень популярно в Китае, Корее, Европе. Сохраняет фертильность лучше других методов.

- Радиочастотная абляция под контролем УЗИ — вводят иглу в узлы аденомиоза и нагревают их до 90 °С.

Хирургическое лечение с сохранением матки (сложно!)

- Частичная резекция аденомиоматозных узлов (методики «Н-образный разрез», «тройная лоскутная пластика»). Выполняют только высококвалифицированные хирурги в крупных центрах. После таких операций возможно вынашивание беременности, но риск разрыва матки повышен.

Гистерэктомия

- Остаётся самым надёжным методом (100 % излечение), если женщина больше не планирует беременность и все остальные методы не помогли.

Что делать, если женщина хочет забеременеть?

- При эндометриозе I–II стадии — часто получается естественная беременность после лапароскопии + 6–12 месяцев гормональной терапии.



- При эндометриозе III–IV стадии, эндометриомах, трубном факторе — ЭКО (лучше после операции).

- При аденомиозе — сначала ставят Мирену или диеногест на 6–12 месяцев → снимают воспаление → убирают спираль/отменяют препарат → сразу ЭКО или естественное планирование. При тяжёлом аденомиозе иногда делают ЭМА или HIFU перед ЭКО.

Общие рекомендации 2025 года (ESGE, ESHRE, RCOG, ACOG)

1. Начинать лечение как можно раньше — чем дольше болезнь, тем сложнее её контролировать.

2. Обязательно делать трансвагинальное УЗИ у специалиста по эндометриозу + МРТ таза.

3. Первая линия — Мирена или диеногест.

4. При неэффективности через 3–6 месяцев — переход на оральные GnRH-антагонисты (Ryeqo, Yselyt).

5. Операция — только если есть кисты яичников, узлы аденомиоза >4–5 см, подозрение на злокачественное перерождение или сильные спайки.

6. Долгосрочная поддерживающая терапия обязательна (многие женщины принимают препараты 10–15 лет до менопаузы).

Если у вас эндометриоз или аденомиоз — не отчаивайтесь. В 2025 году появилось очень много новых возможностей контролировать болезнь без удаления матки и яичников. Главное — найти врача, который действительно специализируется на этих заболеваниях.

### Заключение

Эндометриоз и аденомиоз являются хроническими, рецидивирующими заболеваниями, требующими долгосрочного, индивидуализированного подхода. Современные методы лечения включают широкий спектр гормональных и негормональных опций, малоинвазивные технологии и вспомогательные репродуктивные технологии.

Для эндометриоза базой лечения являются КГК и прогестины (включая ЛНГ-ВМС), агонисты ГнРГ используются как вторая линия, а новые пероральные антагонисты ГнРГ (элаголикс, релуголикс) представляют собой перспективное направление с доказанной эффективностью в отношении боли и качества жизни.

Для аденомиоза ключевыми органосохраняющими методами являются ЛНГ-ВМС, прогестины и HIFU, особенно в комбинации с гормональной терапией, что позволяет уменьшить симптомы и сохранить матку, а в ряде случаев – репродуктивную функцию.

Внедрять в повседневную работу современные международные рекомендации (например, ESHRE 2022) и регулярно обновлять локальные протоколы лечения эндометриоза и аденомиоза. OUP Academic+1

Обучать врачей принципам ступенчатой терапии: от менее инвазивных методов к более инвазивным, с обязательным учётом репродуктивных планов пациентки.

Расширять доступ к пероральным антагонистам ГнРГ и HIFU в специализированных центрах, обеспечивая оценку костной плотности и других параметров безопасности при длительной терапии.

Для научных исследований

Проводить долгосрочные проспективные исследования эффективности и безопасности антагонистов ГнРГ, особенно у молодых женщин с планами беременности.

Разрабатывать стандартизированные протоколы комбинированного лечения аденомиоза (HIFU + ЛНГ-ВМС, HIFU + ГнРГ-а и др.) с оценкой репродуктивных исходов и качества жизни.

Для пациенток и системы здравоохранения

Усилить образовательные программы для женщин и медицинских работников, направленные на раннее распознавание симптомов эндометриоза и аденомиоза и своевременную диагностику.

Развивать психологическую и информационную поддержку пациенток с хронической тазовой болью, включая школы пациента, онлайн-ресурсы и группы взаимопомощи.

### Литература.

1. ESHRE Guideline: Endometriosis (2022). European Society of Human Reproduction and Embryology. – Brussels, 2022. – 148 p.
2. Zondervan K.T., Becker C.M., Missmer S.A. Endometriosis. The Lancet. – 2020. – Vol. 396(10218). – P. 730–739.
3. Vercellini P., Buggio L., Frattaruolo M.P. Medical treatment of endometriosis-related pain. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2018. – Vol. 51. – P. 68–82.
4. Brown J., Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2021. – Issue 3.
5. Ferrero S., Barra F. Current and emerging pharmacotherapy for endometriosis. Expert Opinion on Pharmacotherapy. – 2019. – Vol. 20(9). – P. 1009–1025.
6. Surrey E., Taylor H.S., Giudice L.C. Elagolix for the management of endometriosis pain: results from two phase 3 trials. Obstetrics & Gynecology. – 2018. – Vol. 132(3). – P. 526–539.
7. Schlaff W., Ackerman R., Al-Hendy A. Relugolix combination therapy for endometriosis-associated pain. New England Journal of Medicine. – 2021. – Vol. 385(3). – P. 250–262.
8. Osuga Y., Watanabe M., Hagino A. Efficacy of dienogest in the treatment of endometriosis. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. – 2019. – Vol. 45(1). – P. 7–15.
9. Bednarek P.H., Jensen J.T. Safety, efficacy, and patient acceptability of the levonorgestrel intrauterine system. Patient Preference and Adherence. – 2018. – Vol. 12. – P. 239–249.