

1) Протокол ультразвукового дослідження ендометрія

Товщина ендометрія:	_____ мм / не вимірюється
Ехогенність ендометрія: Однорідна	3-шаровий ендометрій, гіперехогенний, гіпоехогенний, ізоехогенний
Неоднорідна	- гомогенний ендометрій (кістозні утворення з рівними/нерівними краями) - гетерогенний ендометрій (без кіст, кістозні утворення з рівними/нерівними краями)
Серединна лінія ендометрія: «Яскравий край»:	лінійна, нелінійна, переривчаста, не ідентифікується ні, так
Ендометріально-міометріальне з'єднання:	рівне, нерівне, перерване, невизначене
Синехії:	ні, так
Внутрішньоматкова рідина:	ні, так, _____ мм, ехогенність – анехогенна, низькоехогенна, «матове скло», змішана ехогенність
Колірне доплерівське картування: оцінка кровотоку в межах ендометрія: судинний малюнок:	1-4 бали _____ судини не візуалізуються, одинична «домінуюча судина» без розгалуження/з розгалуженням, множинні «домінуючі» судини (вогнищеві, мультифокальні), розсіяні судини, циркулярний кровоток

2) Протокол соногістерографії (або при наявності рідини в порожнині матки)

Розтягнення порожнини матки:	оптимальне/субоптимальне/невдале
Товщина ендометрія:	_____ мм + _____ мм = _____ мм / не піддається вимірюванню
Якщо асиметричний:	найбільша товщина по передній стінці = _____ мм найбільша товщина по задній стінці = _____ мм
Контур ендометрія:	гладкий, хвилеподібний, поліпоїдний, нерівний
Внутрішньоматкові ураження:	ні, так: кількість _____

Ураження № 1

Ураження ендометрія	локалізоване (<25%), розповсюджене (≥25%), не піддається оцінці
Ступінь ураження:	на ніжці, на широкій основі, не піддається оцінці
Тип локалізованого ураження:	гіперехогенна, гіпоехогенна, ізоехогенна
Ехогенність однорідна:	без кіст, кістозні утворення з рівними краями/з нерівними краями
Ехогенність неоднорідна:	гладкий, нерівний
Контур:	гладкий, нерівний
Ураження, що виникають із міометрія	однорідна, неоднорідна
Ехогенність:	G0 (субмукозна лейоміома на ніжці)
Класифікація:	G1 (субмукозна лейоміома на широкій основі, ≥50% вузла виступає в порожнину матки) G2 (<50% вузла виступає в порожнину матки)

Розміри ураження: _____ мм × _____ мм × _____ мм

Кольорове доплерівське картування ураження:

оцінка кровотоку в межах ураження:

судинний малюнок:

1-4 бали _____

судини не візуалізуються, одинична «домінуюча судина» без розгалуження/з розгалуженням, множинні «домінуючі судини» (вогнищеві, мультифокальні), розсіяні судини, циркулярний кровоток

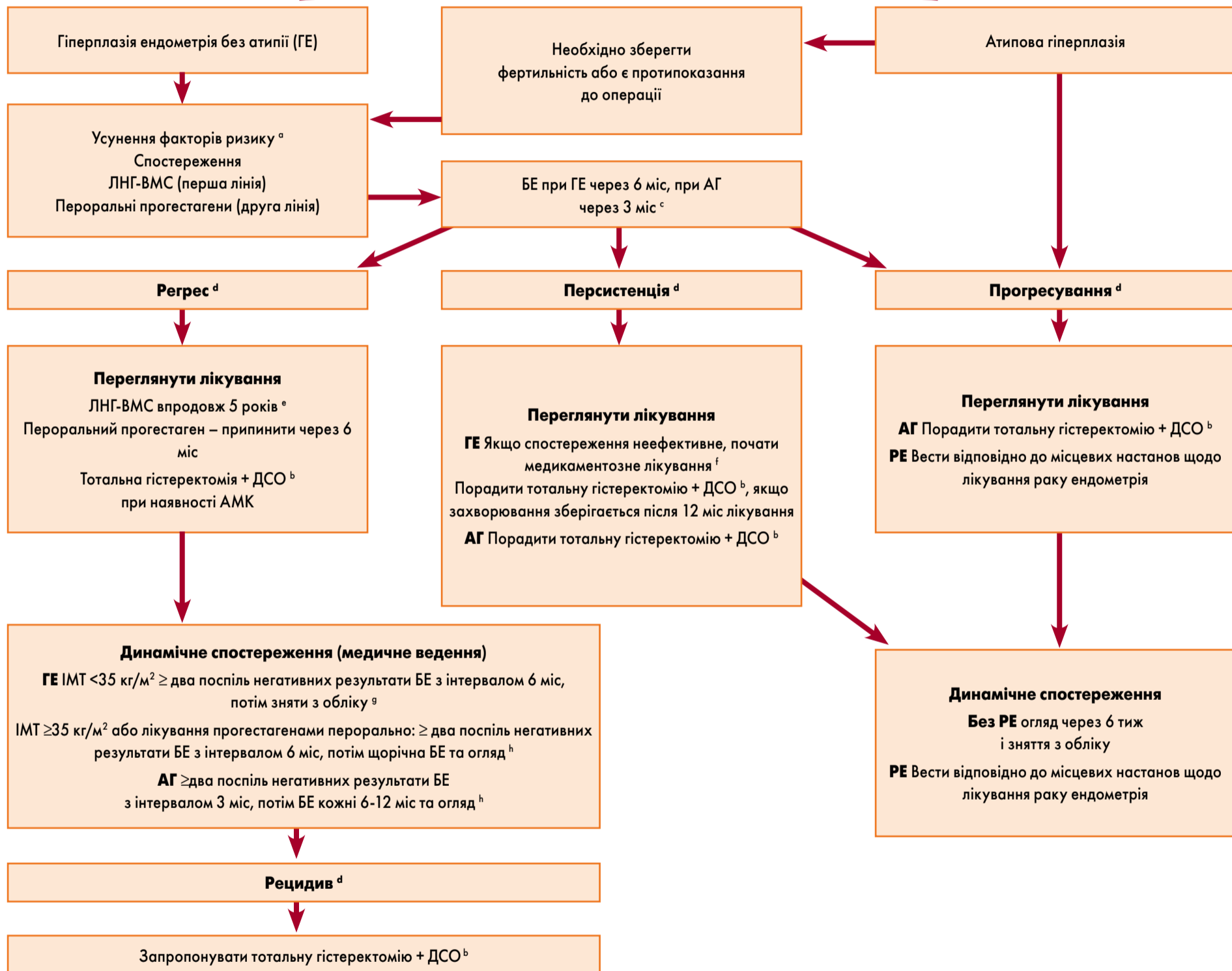
Ураження № 2, 3, ...

(Для кожного ураження потрібно заповнити повний опис окремо)

Додаток 3

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги
«Гіперплазія ендометрія»
(пункт 3.2 розділу III)

Алгоритм лікування гіперплазії ендометрія



Примітки:

а) До факторів ризику належать ожиріння, неадекватні режими МГТ, терапія тамоксифеном та ановуляція.

б) Розгляньте можливість збереження яєчників, виходячи з віку, статусу менопаузи та побажань пацієнтки. Окрім випадків відсутності регресу ГЕ або хронічної АМК після нехірургічного лікування, тотальна гістеректомія може бути показана, якщо є (I) побічні ефекти, пов'язані з лікуванням, (II) побоювання через дотримання режиму лікування чи динамічного спостереження або (III) побажання пацієнтки (наприклад, високий рівень тривожності щодо розвитку раку ендометрія).

в) Інтервал динамічного спостереження індивідуальний для кожної жінки з урахуванням вихідних факторів ризику, пов'язаних симптомів і відповіді на лікування.

г) Регрес – відсутність у зразках ендометрія ознак гіперплазії/злякисності або неінформативний зразок ендометрія з належним чином розміщеного пристрою для взяття зразків ендометрія (пайпель). Персистенція – відсутність регресу або прогресування початкового підтипу гіперплазії ендометрія після 3 міс та більше. Прогресування – розвиток атипичної гіперплазії або раку ендометрія.

Рецидив – повернення гіперплазії ендометрія без атипії або з атипією після одного або декількох негативних результатів біопсії ендометрія.

е) Загалом рекомендується продовжувати застосування ЛНГ-ВМС протягом 5 років, особливо якщо ГЕ пов'язана з АМК або іншими вихідними факторами ризику та якщо немає побічних ефектів.

ф) Почати медикаментозне лікування, якщо ГЕ спочатку не лікували. Рішення щодо продовження медикаментозного лікування необхідно ухвалювати після ретельного розгляду та обговорення з жінкою ризиків і переваг тривалого лікування проти тотальної гістеректомії із ДСО або без неї. Персистенцію тривалістю більше 12 міс пов'язують зі значним ризиком виникнення злякисного новоутворення матки й високим ризиком недосягнення регресу, тому необхідно рекомендувати тотальну гістеректомію із ДСО або без неї.

г) У разі зняття з обліку проінформуйте жінку щодо її передбачуваного індивідуального ризику рецидиву, необхідності й надалі застосовувати будь-які стратегії зниження ризику та звернутися на терміновий огляд до лікаря акушера-гінеколога, якщо виникнуть нові епізоди АМК.

h) Розглянути доцільність постійного спостереження за станом ендометрія, продовження медикаментозного лікування або тотальної гістеректомії із ДСО або без неї, на основі вихідних факторів ризику, включно з ІМТ, симптомами АМК, вимогами до фертильності, дотриманням режиму лікування та динамічного спостереження, супутніми захворюваннями та оцінюванням співвідношення ризику й користі тотальної гістеректомії із ДСО або без неї.