

## Організація медичної допомоги пацієнткам із гіперплазією ендометрія

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<b>3.1. Первинна медична допомога</b>		
Профілактика	Виявлення та, за можливості, усунення зворотних факторів ризику гіперплазії ендометрія (див. пункт 4.1 та підпункт 1 пункту 4.5).	<p>Обов'язкові: Проведення просвітницької роботи серед жінок щодо здорового способу життя, зокрема щодо корекції зайвої ваги та ожиріння; щодо частоти та тривалості нормального менструального циклу; щодо необхідності щорічного огляду в лікаря акушера-гінеколога жінок у постменопаузі, за наявності факторів ризику.</p>
Діагностика	Серед симптомів ГЕ у жінок репродуктивного віку спостерігають АМК – зміни регулярності й частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається (див. УКПМД «Аномальні маткові кровотечі». У постменопаузі необхідно аналізувати всі випадки вагінальних кров'яних виділень.	<p>Обов'язкові: Детальний збір анамнезу з метою виявлення симптомів АМК та наявності факторів ризику ГЕ (див. пункт 4.1). Фізикальне обстеження. При проведенні фізикального обстеження можуть бути виявлені підвищений індекс маси тіла (ІМТ), ожиріння, клінічні ознаки синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) – гірсутизм, акне.</p> <p>Бажані: Перед направленням до спеціаліста (лікар акушер-гінеколог) жінці надають інформацію щодо ГЕ (див. додаток 1) та направлення на проведення загального аналізу крові. У направленні до спеціаліста зазначається інформація щодо особистого та сімейного анамнезу раку ендометрія, яєчників, молочної залози і кишечника, даних фізикального огляду, ІМТ, супутньої патології.</p>
Лікування	Лікування ГЕ призначається лікарем-спеціалістом (акушером-гінекологом). Лікування супутньої патології призначається відповідними спеціалістами згідно із протоколами медичної допомоги. Медикаментозне лікування супутньої залізодефіцитної анемії (див. УКПМД «Залізодефіцитна анемія») проводиться лікарськими засобами заліза для перорального прийому.	<p>Обов'язкові: Лікар загальної практики – сімейної медицини контролює своєчасне виконання призначень лікаря-спеціаліста. У разі тяжкої маткової кровотечі викликає бригаду екстреної медичної допомоги для госпіталізації пацієнтки до гінекологічного відділення й до її прибуття надає пацієнтці відповідну медичну допомогу: проводить оцінку стану (загальний стан, артеріальний тиск, пульс), катетеризацію периферичної вени і внутрішньовенне крапельне введення натрію хлориду 0,9%.</p>

### 3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

#### Амбулаторна медична допомога

Діагностика	<p>ТВ УЗД органів малого таза застосовується для діагностики ГЕ у жінок репродуктивного віку та у постменопаузі.</p> <p>Діагностика ГЕ потребує гістологічного дослідження тканини ендометрія.</p> <p>Для дослідження ендометрія беруть його зразки за допомогою пайпель-біопсії або гістероскопії із прицільною біопсією.</p> <p>Гістероскопію із прицільною БЕ необхідно розглядати у тих випадках, коли неможливо отримати задовільну пайпель-біопсію ендометрія або якщо забір зразка ендометрія був неінформативним.</p> <p>Використання комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ) або біомаркерів не рекомендовано.</p>	<p>Обов'язкові: Збір анамнезу (див. пункт 4.2). Фізикальне обстеження (див. пункт 4.2). Виключення вагітності. Лабораторні дослідження (див. пункт 4.2). Дослідження щодо наявності структурних (лейоміома матки, поліп ендометрія) та морфологічних порушень: - ТВ УЗД органів малого таза з доплерометрією або сольова інфузійна соногістерографія (див. додаток 2); - пайпель-біопсія або гістероскопія із прицільною БЕ з гістологічним дослідженням отриманого матеріалу. Диференціальна діагностика (див. пункт 4.4).</p> <p>Бажані: Перед початком лікування АГ у жінок зі збереженням фертильності необхідно провести аналіз на пухлинний маркер СА 125, візуалізацію органів малого таза за допомогою ТВ УЗД і (або) МРТ, щоб виключити супутній рак яєчників та інвазивний РЕ. Жінці надають інформацію щодо ГЕ (див. додаток 1).</p>
Лікування	<p>Медикаментозна гормональна терапія ГЕ є ефективною у багатьох жінок і включає використання ЛНГ-ВМС 52 мг, ін'єкційних або пероральних прогестагенів у режимі безперервного прийому протягом 6 місяців із динамічним спостереженням за станом ендометрія.</p>	<p>Обов'язкові: Рекомендації щодо способу життя. Лікування ГЕ (див. підпункт 1 пункту 4.5). Лікування АГ (див. підпункт 2 пункту 4.5). Лікування ГЕ у різних клінічних ситуаціях (див. підпункт 3 пункту 4.5).</p>
Динамічне спостереження за результатами лікування	<p>Біопсія ендометрія при ГЕ проводиться щонайменше кожні 6 місяців.</p> <p>Перед закінченням динамічного спостереження необхідно отримати не менше двох негативних результатів БЕ поспіль.</p> <p>Біопсію ендометрія при АГ необхідно проводити з інтервалом у 3 місяці. Жінкам без симптомів зі збереженою маткою та ознаками гістологічного регресу захворювання, заснованими на двох негативних результатах БЕ поспіль, рекомендовано довгострокове спостереження з біопсією ендометрія кожні 6 місяців упродовж 2 років і щороку після цього до усунення факторів ризику або виконання тотальної гістеректомії із двобічною сальпінгоофоректомією (ДСО).</p>	<p>Обов'язкові: Рекомендації щодо способу життя. Динамічне спостереження при ГЕ (див. підпункт 1 пункту 4.5, додаток 3). Динамічне спостереження при АГ (див. підпункт 2 пункту 4.5, додаток 3).</p>

#### Стационарна медична допомога

Діагностика	<p>Діагностика ГЕ потребує гістологічного дослідження зразка ендометрія.</p> <p>Гістероскопія з прицільною біопсією забезпечує забір ендометрія для гістологічного дослідження.</p> <p>Якщо ГЕ діагностовано в межах поліпа або іншого відособленого вогнищового ураження, необхідно виконати пряму візуалізацію порожнини матки та біопсію ендометрія з використанням гістероскопії.</p> <p>Доведено, що дилатація і кюретаж застосовуються при АМК як діагностичний інструмент, що дозволяє провести гістологічне дослідження ендометрія за умови відсутності можливостей виконання гістероскопії.</p> <p>У жінок репродуктивного віку, які бажають зберегти фертильність, необхідно якнайменше застосовувати багаторазовий кюретаж ендометрія, щоб знизити частоту виникнення синдрому Ашермана.</p>	<p>Обов'язкові: Гістероскопія із прицільною БЕ або за умови відсутності можливостей виконання гістероскопії при АМК – дилатація і кюретаж порожнини матки з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрія. Диференціальна діагностика (див. пункт 4.4).</p>
Лікування	<p>У разі ГЕ не потрібно розглядати тотальну гістеректомію як терапію першої лінії.</p> <p>При АГ тотальна гістеректомія із ДСО є методом вибору.</p> <p>Жінкам у постменопаузі з АГ необхідно запропонувати ДСО разом із тотальною гістеректомією.</p> <p>Для жінок у пізньому репродуктивному віці рішення про видалення яєчників має бути індивідуальним; проте необхідно розглянути доцільність двобічної сальпінгоектомії, тому що це може знизити ризик злоякісного новоутворення яєчників у майбутньому.</p> <p>Для жінок у репродуктивному віці, які перенесли тотальну гістеректомію та ДСО через ГЕ, необхідно розглянути можливість застосування монотерапії естрогенами як системної МГТ у разі відсутності протипоказань до неї до досягнення віку природної менопаузи, щоб мінімізувати ризики хірургічної менопаузи.</p>	<p>Обов'язкові: Хірургічне лікування: тотальна гістеректомія із ДСО. Через ризик поширення злоякісних новоутворень необхідно уникати морцеляції матки. Виконання субтотальної (супрацервікальної) гістеректомії протипоказано.</p> <p>Бажані: При виконанні тотальної гістеректомії перевага віддається лапароскопічному методу. Аналіз заморожених зрізів ендометрія під час операції або рутинна лімфаденектомія не є доцільними.</p>

### 3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

У зв'язку з підвищеною складністю лікування гіперплазії ендометрія у пацієнок із тяжкою соматичною патологією на тлі високих тромботичних та інших ризиків високоспеціалізована медична допомога здійснюється згідно з протоколами лікування відповідної супутньої патології та відповідно до організації медичної допомоги пацієнткам із гіперплазією ендометрія для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.