

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

21.02.2023 г.

Регистрационный № 004-0123



МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПА ТЕЛА МАТКИ И ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет», учреждение
здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница №2»

АВТОРЫ: д.м.н., доцент Ю.А.Лызикова, М.В.Смирнова, О.В.Осипкина,
А.В. Кругликова

Гомель, 2023

В настоящей инструкции по применению (далее-инструкция) изложен метод диагностики полипа тела матки и железистой гиперплазии эндометрия, включающий оценку менструальной функции, длительность менопаузы, ультразвуковые критерии определения соотношения объема эндометриальной ткани к объему миометрия.

Метод, изложенный в данной инструкции, предназначен для врачей акушеров-гинекологов, врачей общей практики и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациенткам с железистой гиперплазией эндометрия (N85.0), полипом тела матки (N84.0) в амбулаторных и стационарных условиях.

1. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Аномальное маточное кровотечение.

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

3. ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Изделия медицинской техники: аппарат ультразвуковой диагностики, микроконвексный универсальный объемный внутривидеостатический датчик: частота 3,8-9,3 МГц.

4. ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ

1 этап. Оценка менструальной функции:

По результатам оценки менструальной функции пациентки определяются в категории:

менструальная функция сохранена;

пациентка в постменопаузе (отсутствие менструаций более 2 лет).

2 этап. Ультразвуковое исследование

2.1 Вычисление объема эндометрия

Объем эндометрия = $L \times W \times H \times 0,523$,

Где L-длина полости, W-ширина полости, H-толщина эндометрия, измеренные в см, 0,523 - постоянный коэффициент.

2.2 Вычисление объема миометрия

Объем миометрия = $L \times W \times H \times 0,523$,

Где L-длина матки, W-ширина матки, H-передне-задний размер матки, измеренные в см, 0,523 - постоянный коэффициент.

2.3 Вычисление отношения объемов:

Отношение объемов = $\frac{\text{объем эндометрия}}{\text{объем миометрия}} \times 100\%$

3 этап. Критерии диагностики полипа тела матки и железистой гиперплазии эндометрия

3.1 Отношения объемов при отсутствии полипа тела матки и железистой гиперплазии эндометрия:

пациентка с сохраненной менструальной функцией: отношение объемов не более 6,80%;

пациентка в постменопаузе (отсутствие менструаций более 2 лет): отношение объемов не более 4,60%.

3.2 Отношение объемов при наличии в теле матки полипа:

пациентка с сохраненной менструальной функцией: отношение объемов более 8,80%;

пациентка в постменопаузе (отсутствие менструаций более 2 лет): отношение объемов более 11,90%.

3.3 Отношение объемов при железистой гиперплазии эндометрия:

пациентка с сохраненной менструальной функцией: отношение объемов: 6,81-8,80%;

пациентка в постменопаузе (отсутствие менструаций более 2 лет): отношение объемов 4,61-11,90%, при исключении серозометры по данным ультразвукового исследования.

4 этап. Выбор метода гистологической верификации

Пациентка с сохраненной менструальной функцией: отношение объемов 6,81-8,80% – аспирационная биопсия эндометрия амбулаторно.

Пациентка с сохраненной менструальной функцией: отношение объемов более 8,80% – гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки в условиях стационара.

Пациентка в постменопаузе (отсутствие менструаций более 2 лет): отношение объемов 4,61-11,90% – отдельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки в условиях стационара.

Пациентка в постменопаузе (отсутствие менструаций более 2 лет): отношение объемов выше 11,90% – гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки в условиях стационара (Рисунок).

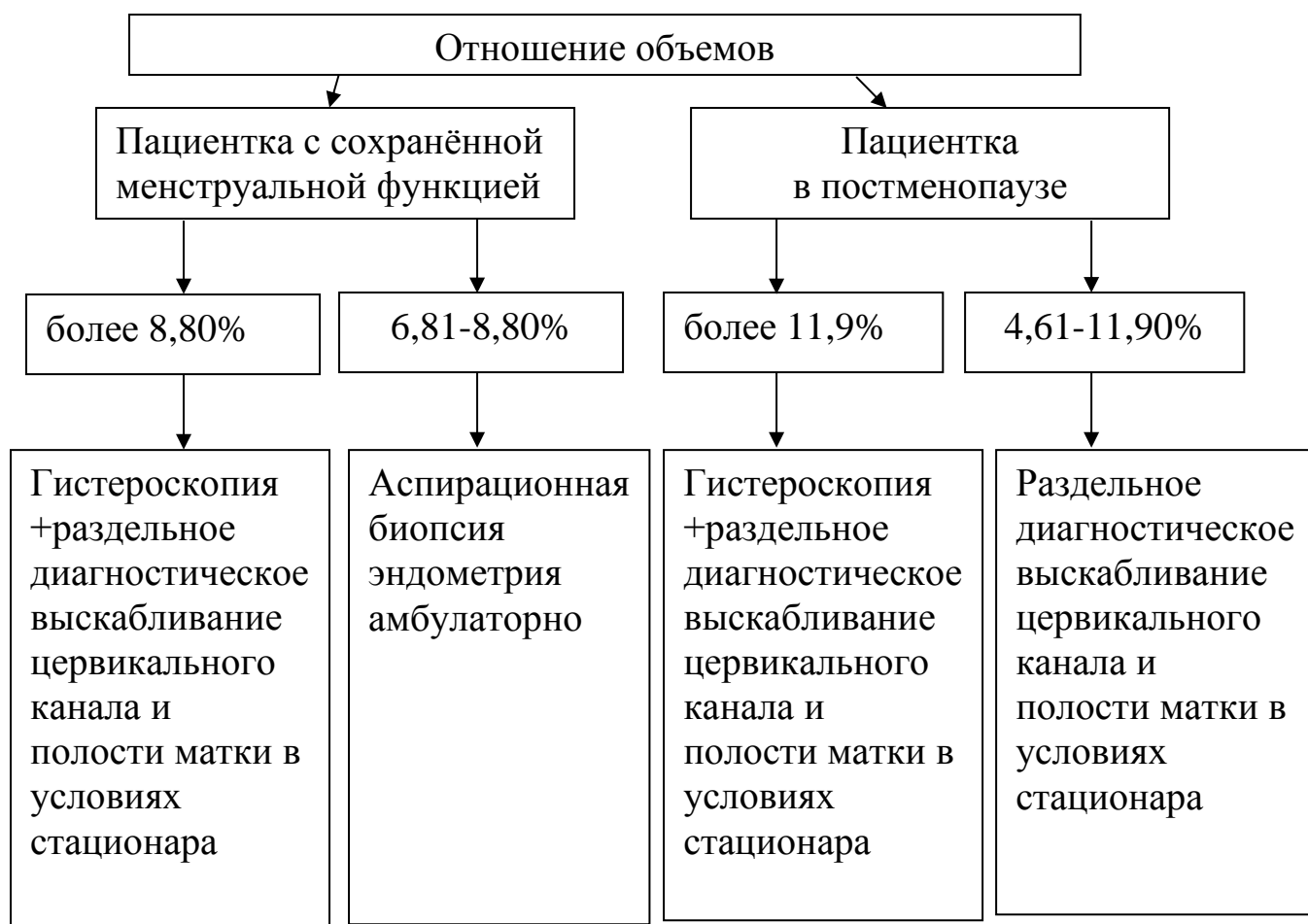


Рисунок – Метод диагностики гиперпластических процессов эндометрия

5 этап. Критерии диагностики полипа эндометрия (N84.0) и железистой гиперплазии эндометрия (N85.0)

Пациентка с сохраненной менструальной функцией, с отношением объемов 6,81-8,80%, гистологически верифицированной патологией по результатам аспирационной биопсии эндометрия – железистая гиперплазия эндометрия (N85.0).

Пациентка с сохраненной менструальной функцией, с отношением объемов более 8,80%, гистологически верифицированной патологией по

результатам гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки – полип тела матки (N84.0).

Пациентка в постменопаузе, с соотношением объемов 4,61-11,90%, гистологически верифицированной патологией по результатам отдельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки – железистая гиперплазия эндометрия (N85.0).

Пациентка в постменопаузе, с соотношением объемов более 11,90%, гистологически верифицированной патологией по результатам гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки – полип тела матки (N84.0).

5. ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Осложнений при применении данного метода не зарегистрировано.

Ошибки могут отмечаться на этапе клинической, ультразвуковой диагностики. На первом этапе к диагностическим ошибкам могут приводить: недооценка анамнеза пациента, период менопаузального перехода, затрудняющий определение завершенности менструальной функции. Во избежание подобных ошибок необходимо при проведении вышеприведенных исследований строго соблюдать все методические требования.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПА ТЕЛА МАТКИ И ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Наиболее часто встречаемой гормонзависимой патологией в гинекологической практике являются гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ). Высокая частота встречаемости, отсутствие специфических клинических диагностических критериев, сложность дифференциальной диагностики обуславливают актуальность исследования данной проблемы [1].

По данным различных исследователей вероятность выявления патологии эндометрия зависит от возраста женщины и наличия способствующих факторов. Частота ГПЭ колеблется в значительных пределах – от 6 до 40% и нарастает с возрастом, частота рецидивирования составляет 30–60% [2,3], а частота малигнизации – 25% [4]. У большинства пациенток с атипичной гиперплазией эндометрия инвазивный рак эндометрия уже существует или пациентки входят в группу риска по его развитию в течение нескольких лет [4]. Риск прогрессирования заболевания зависит от морфологической формы гиперплазии. При гиперплазии без атипии следует ожидать самый низкий риск прогрессирования, однако заболевание может приобретать признаки атипии в 10 % случаев. Атипичная гиперплазия эндометрия характеризуется как прямое предраковое поражение и может иметь более высокий риск прогрессии заболевания, при этом наибольший риск имеют пациентки с атипичной гиперплазией в постменопаузальном периоде. Таким образом, для ГПЭ актуальна своевременная гистологическая верификация для выбора лечебных мероприятий.

Ультразвуковая диагностика гиперпластических процессов эндометрия, основанная на различных характеристиках, может давать как

ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Отсутствие единого подхода к ультразвуковой диагностике приводит к нерациональной маршрутизации пациенток.

Наиболее приемлемый для диагностики ГПЭ метод основан на заборе материала для исследования при помощи гистероскопии с последующим проведением отдельного диагностического выскабливания, поскольку патоморфологическому исследованию подлежат и подозрительные участки, и весь эндометрий [5]. Однако, расхождения в ультразвуковой картине и данных гистероскопии приводит к нерациональному использованию возможностей эндоскопических методов диагностики.

Применение разработанного метода диагностики ГПЭ позволяет выявить патологию эндометрия, рационально выделить группы пациенток для дальнейшей гистологической верификации, тем самым повышая точность и своевременность диагностики.

Литература:

1. A Novel Risk-Scoring Model for Prediction of Premalignant and Malignant Lesions of Uterine Endometrium Among Symptomatic Premenopausal Women [Electronic resource] / Sujatha Bagepalli Srinivas [et al.] // International Journal of Womens Health. –2020. –Vol.12. – P. 883-891. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33149699/> – Date of access: 23.07.22.

2. Comparison of WHO and endometrial intraepithelial neoplasia classifications in predicting the presence of coexistent malignancy in endometrial hyperplasia [Electronic resource] / M. Salman [et al.] // Journal of Gynecologic Oncology. – 2010. –Vol. 21(2). – P. 97–101. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20613899/> – Date of access: 21.09.22.

3. Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment [Electronic resource] / N. Nijkang [et al.] // SAGE Open Med. – 2019. – Vol.7. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31105939/> – Date of access: 24.09.22.

4. Risk factors of progression to endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A retrospective cohort study [Electronic resource] / Jin Young Jeong [et al.] // PLoS One. – 2020. – Vol. 15(12). – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33259545/> – Date of access: 23.09.22.

5. Aspiration biopsy versus dilatation and curettage for endometrial hyperplasia prior to hysterectomy [Electronic resource] / Woo Yeon Hwang [et al.] // Diagnostic Pathology – 2021. –Vol.16 (1). – P.7. – Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33441173/> – Date of access: 27.05.22.