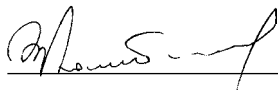


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

3 февраля 2005 г.

Регистрационный № 83-0904

**МЕТОДОЛОГИЯ СКРИНИНГА
ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И ОПУХОЛЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ,
ТЕЛА МАТКИ И ЯИЧНИКОВ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

Авторы: д-р мед. наук, проф. И.В. Залуцкий, д-р мед. наук, проф. Е.Е. Вишневская, д-р мед. наук, проф. О.А. Пересада, Л.М. Курьян

ОБОСНОВАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СКРИНИНГА И ПУТИ ЕГО ОРГАНИЗАЦИИ

Основная цель скрининга — снижение смертности и инвалидности от злокачественных новообразований. Пути достижения этой цели различны. Традиционный подход заключается в выявлении рака на ранних стадиях заболевания, что позволяет обеспечить высокие результаты лечения и за счет этого снизить смертность. Но более эффективным подходом является диагностика и лечение предопухолевой патологии, что дает возможность уменьшить частоту впервые выявляемого рака. Этот путь более выгоден экономически, так как лечение предопухолевых заболеваний не столь дорого и более результативно, чем лечение злокачественных новообразований.

Скрининг предусматривает активное выявление предопухолевых состояний и ранних форм рака шейки матки (РШМ), рака тела матки (РТМ) и злокачественных опухолей яичников в группах риска. Если врач проводит скрининг в этих группах, то значительно сокращается контингент обследуемых женщин и увеличивается выявляемость предрака и ранних форм рака. Поэтому врач обязан знать факторы риска по каждой из опухолей органов репродуктивной системы и передавать эти сведения медицинскому персоналу, производящему первичный «отсев» здоровых женщин и выявляющему лиц с факторами риска, среди которых опасность наличия предопухолевых и опухолевых заболеваний существенно выше, чем в общей популяции.

Злокачественные опухоли органов женской репродуктивной системы (ОЖРС) составляют наиболее значимую группу в структуре онкологической заболеваемости. За последние 10 лет отмечен рост рака женских половых органов по следующим локализациям: РТМ, РШМ и раку яичников (РЯ).

По данным Белорусского канцер-регистра, в республике наблюдается выраженный рост заболеваемости РТМ с 16,0 в 1992 г. до 22,7 в 2002 г. на 100 тыс. женщин. Заболеваемость РШМ и злокачественными опухолями яичников за указанный период увеличилась соответственно с 14,2 до 16,1 и с 15,5 до 17,0 на 100 тыс. женского населения (Вишневская Е.Е., Пересада О.А., Антоненкова Н.Н., 2004).

Несмотря на эффективный арсенал хирургических, лучевых и химиотерапевтических средств для их лечения, используемых в качестве самостоятельных и комплексных методов, смертность от злокачественных опухолей половых органов у женщин остается высокой. Одногодичная летальность с момента установления диагноза при РШМ составляет 16,3%, при РТМ — 12,5%, при РЯ — 37,3% (Мощик К.В. и соавт., 2003).

Улучшение результатов лечения злокачественных новообразований ОЖРС достижимо при условии раннего их выявления. Одним из реальных путей в этом направлении до последнего времени было проведение массовых профилактических осмотров. Однако результаты традиционных профилактических осмотров неудовлетворительны, поскольку из числа впервые зарегистрированных больных РШМ при профосмотрах выявлено 28%, РТМ — 16,7% и всего лишь 6,5% больных злокачественными новообразованиями яичников (Залуцкий И.В., Литвинова Т.М., Антоненкова Н.Н., 2003). В то же время, согласно данным Белорусского канцер-регистра за 2003 г., у 27,2% пациенток с впервые выявленным при профосмотрах РШМ больных процесс диагностирован в распространенных стадиях заболевания — III–IV (Государственная статистическая отчетность. Отчет о больных злокачественными новообразованиями за 2003 г., форма № 35). Показатель запущенности РТМ при этом составил 15,0%, РЯ — 60,1%. Из этих данных следует, что частота запущенных форм опухолей гениталий, диагностированных при профосмотрах, а точнее параллельных осмотрах, соответствует частоте таковых, впервые взятых на учет. Следовательно, показатели активного выявления злокачественных новообразований в стране не соответствуют современным требованиям практического здравоохранения и свидетельствуют о настоятельной необходимости проведения специальных скрининговых программ.

Материально-техническая база для осуществления скрининга опухолей органов репродуктивной системы

Одной из предпосылок для организации более эффективного направления в профилактических обследованиях женщин в Республике Беларусь является наличие в стране достаточной материально-технической базы. Согласно официальным статистическим

данным Министерства здравоохранения за 2003 г., в Республике Беларусь функционируют 906 смотровых кабинетов, 2 669 ФАПа, 46 цитологических лабораторий, 94 женских консультаций, 1 477 врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный статистический сборник за 2003 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2004). Одной из задач этих медицинских подразделений является проведение профилактических осмотров с целью своевременного выявления злокачественных новообразований и предопухолевой патологии ОЖРС. Наряду с этим в 1993 г. согласно приказу МЗ РБ № 24 от 8.02.1993 г. «О штатных нормативах учреждений охраны материнства и детства», в целях улучшения организации и эффективности профилактических осмотров женского населения организовано свыше 100 кабинетов патологии шейки матки (КПШМ). Однако в связи с продолжающимся ростом уровня заболеваемости и смертности женщин от РТМ и РЯ работа в условиях этих узконаправленных специализированных кабинетов оказалась не отвечающей требованиям скрининга опухолей ОЖРС. Поэтому в п. 1.4. приказа МЗ РБ № 212 от 22.06.1998 г. «О мерах по укреплению репродуктивного здоровья женщин» рекомендовано преобразовать КПШМ в кабинеты профилактики и ранней диагностики опухолей органов женской репродуктивной системы (КП и РДООЖРС). При сборе информации по состоянию вопроса об их функционировании выяснилось, что численность таковых в Республике Беларусь на январь 2004 г. составляет более 100.

Медицинские нормативные параметры, определяющие основу скрининга

Для плодотворной деятельности КП и РДООЖРС в НИИ ОМР им. Н.Н. Александрова к настоящему времени разработаны документы, определяющие объем и хронометраж основных выполняемых в них манипуляций и аппаратно-инструментальное оснащение указанных кабинетов (табл. 1, 2). Наряду с этим подготовлены отчетные формы их работы (табл. 3) и суммированы факторы риска по развитию рака основных локализаций ОЖРС (табл. 4). Все это облегчает использование селективного скрининга в практике акушеров-гинекологов.

Таблица 1

**Основной перечень манипуляций, выполняемых в КП и РДООЖРС,
и время, затрачиваемое на их осуществление**

№ п/п	Наименование манипуляции	Время (мин)
1.	Сбор анамнеза и заполнение анкеты-опросника	6
2.	Первичный осмотр больной (без процедур)	12
3.	Повторный осмотр больной (без процедур)	8
4.	Расширенная кольпоскопия	10
5.	Биопсия шейки матки (конхотомная)	3
	Биопсия шейки матки (ножевая)	12
6.	Выскабливание слизистой цервикального канала	7
7.	Аспирационная биопсия из полости матки с помощью вакуум-аспиратора	12
8.	Лазеродеструкция	10
9.	Криодеструкция	12
10.	Диатермоэлектрокоагуляция	7
11.	Электроэксцизия шейки матки	15
12.	Предоперационная подготовка влагалища	2

Примечания:

1. В расчетные нормы времени включено время на непосредственное осуществление манипуляции (исследования), подготовительно-заключительную работу, обработку и ведение медицинской документации и другие мероприятия, связанные с проведением манипуляции (исследования).

2. Объем первичного осмотра больной включает стандартное гинекологическое исследование с учетом взятия материала для цитологического исследования из эктоцервикса и эндоцервикса, а у женщин постменопаузального возраста — дополнительно из боковых сводов влагалища на тип гормональной реакции, а также осмотр и пальпацию молочных желез.

3. Предоперационная подготовка влагалища выполняется при всех инвазивных манипуляциях (пп. 5–11).

Таблица 2

Оснащение специализированного кабинета

№ п/п	Аппаратура и медицинский инструментарий
1.	Гинекологическое кресло
2.	Кольпоскоп
3.	Аппарат для диатермокоагуляции и электроэксцизии шейки матки с соответствующими наконечниками

4.	Криокаутер
5.	Хирургическая лазерная установка для гинекологических операций
6.	Аппарат для вакуум-аспирации
7.	Гинекологические зеркала (предпочтительно Симса)
8.	Корнцанги и/или хирургические пинцеты длинные
9.	Шпатели Эйера
10.	Ложечки Фолькмана
11.	Шприцы Брауна и/или одноразовые наконечники для вакуум-аспирации 4,5 мм в диаметре
12.	Конхотомы
13.	Скальпели
14.	Зонды маточные
15.	Пулевые щипцы

Примечания:

1. В кабинете рекомендуется работать врачу-гинекологу, имеющему опыт работы в женской консультации и прошедшему специализированную подготовку по кольпоскопии, онкогинекологии, эндокринологической гинекологии.

2. Средний медицинский работник — акушерка или медицинская сестра — должны иметь подготовку по онкогинекологии, уметь работать с аппаратурой, которой оснащен специализированный кабинет, иметь достаточные знания по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима и ведению учетно-отчетной документации.

3. Обеспечение медицинским инструментарием, указанным в пп. 7–15, осуществляется в количестве, соответствующем нагрузке приема.

Таблица 3

**Перечень заболеваний и предопухолевых состояний,
подлежащих учету в специализированном кабинете (приеме)**

№ строки учета	Код МКБ-10	Нозологическая форма	Состояло на учете на 1.01.03 г.	Выявлено в текущем году	Излечены и сняты с учета	Состоит на учете на 1.01.04 г.
1	2	3	4	5	6	7
Заболевания шейки матки						
01	N72	Хронический цервицит				
02	N80.8	Эндометриоз шейки матки				

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7
03	N84.1	Полип шейки матки и цервикального канала				
04	N86	Псевдоэрозия шейки матки Эктропион (выворот) шейки матки				
05	N87.0- N87.2	Дисплазия шейки матки легкая (I–III степени)				
06	N88.0	Лейкоплакия шейки матки				
07	B97.7	Кондиломы шейки матки				
Заболевания тела матки						
08	D25	Миома матки				
09	N84.0	Полип эндометрия				
10	N85.0	Гиперплазия эндометрия (железистая, железисто-кистозная, очаговая, диффузная)				
11	N85.1	Атипичная (аденоматозная) гиперплазия эндометрия				
12	N80.0	Эндометриоз тела матки (аденомиоз)				
Заболевания яичников						
13	N83.0- 83.1	Киста яичника				
14	E28.2	Склерокистоз и поликистоз яичников				
15	N70.1	Хронический аднексит				

1	2	3	4	5	6	7
16	D27	Кистома яичника				
17	N80.1	Эндометриоз яичников (эндометриоидные кисты яичников)				
Заболевания молочной железы						
18	N60.1	Диффузная мастопатия				
Заболевания влагалища и вульвы						
19	N90.4- N89.4	Лейкоплакия вульвы и влагалища				
20	B97.7	Кондиломы вульвы и влагалища				
21	N77.0- N77.1 A60.0	Герпес вульвы и влагалища				
22	N89.0- N89.2	Дисплазия влагалища (I–III степени)				
23	N90.0- N90.2	Дисплазия вульвы (I–III степени)				
Инфекции, передающиеся половым путем						
24	A59.0	Трихомониаз генитальный				
25	A56.0	Хламидиоз генитальный				
26	A63	Мико- и уреоплазмоз генитальный				
Всего выявлено заболеваний						
Всего обследовано пациенток						

Организационная работа, предшествующая проведению скрининга

Организация скрининга должна начинаться с изучения численности женского населения в обслуживаемом кабинете регионе и составления его по возрастной характеристике. Наряду с этим следует достичь необходимого уровня информированности жен-

ского населения о раке женской половой системы, предраковых заболеваниях и факторах риска их развития. Без этой работы нельзя добиться нужной эффективности скрининга, суть которого состоит в снижении заболеваемости и смертности женщин от рака ОЖРС. Условием должной организации скрининга по выявлению предопухолевых заболеваний и рака также является участие в этой работе различных медицинских служб и тщательная онкологическая подготовка врачей-акушеров-гинекологов, возглавляющих эту работу. Они должны работать в тесной связи с участковыми акушерами-гинекологами, акушерками смотровых кабинетов, ФАПов и сельских врачебных участков, а также с врачами-цитологами, эндокринологами и венерологами обслуживаемого района. При этом они собирают необходимую информацию для составления отчетной формы специализированного кабинета, проводят регулярные занятия с врачами-акушерами-гинекологами и акушерками учреждений здравоохранения обслуживаемого района по вопросам организации работы, изучения частоты и характера выявляемых предопухолевых заболеваний и ранних форм рака. Кроме этого они согласуют с главным врачом района план работы по совершенствованию диспансерного наблюдения и лечения больных с фоновой и предопухолевой патологией гениталий.

Проблему наиболее полного охвата скринингом женского населения следует решать с помощью проведения среди этого контингента разъяснительной работы, издания популярных печатных материалов и привлечения к данной работе средств массовой информации.

Весьма важным аспектом эффективности скрининга рака ОЖРС является не только охват женщин этим мероприятием, но и строгий учет тех, у кого обнаружены факторы риска. Из-за бессимптомного течения предопухолевых заболеваний и рака ОЖРС на ранней стадии многие больные отказываются от дальнейшего наблюдения и связь с ними утрачивается. Поэтому требуется проведение разъяснительной работы с лицами, имеющими факторы риска, о важности диспансерного наблюдения, чтобы приложенные усилия по ранней диагностике опухолей гениталий не оказались тщетными.

ФАКТОРЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ОСНОВНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Скрининг по РШМ рекомендуется проводить среди женщин всех возрастов, живущих половой жизнью. Если ранее считалось, что скрининг по РШМ следует осуществлять у женщин только с 18-летнего возраста, то в настоящее время в связи с возросшей половой активностью школьниц возрастной ценз скрининга снизился. Поэтому лица, живущие половой жизнью, независимо от их возраста, и в особенности ведущие беспорядочную половую жизнь, часто меняющие половых партнеров, а также женщины с наличием инфекций, передающихся половым путем (ИППП), независимо от их возраста должны составлять группу повышенного риска по раку шейки матки. (К ИППП относят папилломавирусную инфекцию, уреаплазмоз, хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес и др.). В группу риска должны входить пациентки, ранее лечившиеся электрохирургическим методом по поводу фоновых и предопухолевых заболеваний шейки матки и в особенности дисплазий. Эта необходимость обоснована тем, что после диатермокоагуляции происходит смещение плоского эпителия в цервикальный канал и в случае невыполнения кюретажа цервикального канала перед осуществлением данной процедуры в нем может оставаться нераспознанным диспластический процесс, который с течением времени способен трансформироваться в рак. В группу риска по РШМ следует включать пациенток, страдающих сифилисом и гонореей, ВИЧ-инфекцией, папилломавирусной инфекцией, имеющих цитологические признаки койлоцитоза и курящих женщин. Больные с такими известными для врачей заболеваниями, как эрозии, псевдоэрозии, цервициты, послеродовые деформации шейки матки и лейкоплакии, также составляют группу риска по РШМ. Их необходимо ставить на учет, подвергать лечению и после выздоровления снимать с учета.

Поскольку в последние годы подвергается сомнению бытующее мнение о раке эндометрия (РЭ) как о заболевании женщин пожилого возраста и установлено «омоложение» этой патологии (показано в инструкции по применению № 127–1103 «Факторы риска

рака эндометрия у женщин молодого возраста и возможности ранней диагностики» в 2004 г.), профилактические осмотры женщин на предмет раннего выявления этого вида рака не должны ограничиваться возрастными рамками обследуемых старше 50 лет, а проводиться с учетом наличия у пациенток факторов риска. Интеграция факторов риска РЭ у молодых в общую систему скрининга опухолей органов репродуктивной системы позволяет без дополнительных финансовых затрат расширить рамки скрининга и тем самым увеличить выявляемость лиц с факторами риска по развитию рака указанной локализации.

Биологическое своеобразие РТМ как у женщин молодого возраста, так и у пожилых, состоит в том, что у большинства из них опухоль развивается на фоне предшествующих эндокринно-обменных нарушений в организме в сочетании с ановуляцией, гиперэстрогенией и дефицитом прогестерона. Встречаясь в различных сочетаниях, эти нарушения образуют хорошо очерченный клинический синдром. Обнаружение такого синдрома у женщин и углубленное их обследование могут помочь в выявлении предопухолевых заболеваний эндометрия и РТМ на ранней стадии заболевания.

Для выявления ранних стадий РТМ важно сосредоточить внимание на группе женщин, имеющих следующую сочетанную комбинацию факторов риска: нарушения овариально-менструального цикла по типу аменореи, опсоменореи и менометроррагии, ановуляторный менструальный цикл, первичный или вторичный склерокистоз яичников, самопроизвольные выкидыши на фоне длительного лечения бесплодия, а также синдром Штейна — Левенталья и Иценко — Кушинга, ожирение в сочетании с гирсутизмом, сахарным диабетом и артериальной гипертензией, миому матки, аденомиоз, железистую, полиповидную, рецидивирующую или атипическую гиперплазию эндометрия (табл. 4). Принцип формирования групп риска по РЭ у женщин основывается на наличии у пациенток 3 и более факторов риска, в частности таких, как ановуляция, гиперэстрогения, нарушение жирового и углеводного обмена.

Аналогичные нарушения эндокринного и обменного характера имеют место и у пациенток с предопухолевой патологией яичников. Таковыми из них, по данным И.Д. Нечаевой (1997), являются

женщины с нарушенной функцией яичников, не жившие половой жизнью, не беременевшие или беременевшие, но не рожавшие, и женщины с ранней менопаузой. Целесообразно относить к группе риска по возникновению РЯ женщин с кровотечением в постменопаузе, длительно находящихся на диспансерном учете по поводу миомы матки, хронических воспалительных процессов придатков матки и с доброкачественными опухолями яичников (табл. 4). В эту же группу входят женщины, лечившиеся в прошлом по поводу рака молочной железы, а также лица из семей, у которых зарегистрированы случаи рака, в том числе РЯ.

Для упрощения вопроса о выделении факторов риска по возможному развитию рака в органах репродуктивной системы эти факторы с учетом локализации опухоли представлены в сводной табл. 4.

Таблица 4

**Факторы риска по возникновению опухолей ОЖРС
как компонент диагностики предопухолевых заболеваний
и рака основных локализаций**

Рак шейки матки	Рак эндометрия	Рак яичников
1	2	3
Дисплазия шейки матки (I–III степени)	Нарушения менструального цикла, сопровождающиеся ановуляцией, хронической гиперэстрогемией в условиях прогестероновой недостаточности	Хронический аднексит в анамнезе с тубоовариальными образованиями, не поддающимися консервативному лечению
Псевдоэрозия шейки матки	Ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия (классическая триада по Я.В. Бохману)	Операции по поводу доброкачественных образований в яичниках
Хронический цервицит	Неадекватная терапия эстрогенами	Раннее менархе
III–IV класс цитологических мазков	Поздняя менопауза	Поздняя менопауза

1	2	3
Полип цервикального канала	Бесплодие	Бесплодие
Лейкоплакия шейки матки	Миома матки, генитальный эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия	Миома матки, генитальный эндометриоз
Рубцовая деформация шейки матки	Болезнь поликистозных яичников (синдром Штейна — Левенталя), синдром Иценко — Кушинга	Ановуляторные маточные кровотечения
ИППП (хламидиоз, уреаплазмоз, трихомониаз и др.)	Рак молочной железы и толстой кишки в анамнезе	Ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемия
Папилломавирусная инфекция	Феминизирующие опухоли яичников	Злокачественные опухоли ОЖРС в анамнезе
Раннее начало половой жизни и частая смена половых партнеров	Эстрогенный тип кольпоцитологической реакции в постменопаузе	Эстрогенный тип кольпоцитологической реакции в постменопаузе
Электрохирургическое лечение шейки матки по поводу фоновой и/или предопухолевой патологии	Отягощенный семейный анамнез по раку ОЖРС и толстой кишки	Отягощенный семейный анамнез по раку ОЖРС и толстой кишки
Курение	Заболевания гепатобилиарной системы	Заболевания гепатобилиарной системы

ЭТАПЫ СКРИНИНГА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление предопухолевых заболеваний и распознавание на ранней стадии РШМ, РТМ и злокачественных опухолей яичников состоит из 3 этапов, место проведения каждого из которых и осуществляющий его специалист представлены в сводной табл. 5.

Таблица 5

Этапы обследования женщин

Название этапа	Место проведения	Специалист, работающий на этапе
I этап: скрининг в популяции	– смотровой кабинет; – ФАП; – женская консультация; – профосмотр на производстве; – кожно-венерологический диспансер	акушерка акушерка (фельдшер) врач-акушер-гинеколог врач-акушер-гинеколог врач-гинеколог-венеролог
II этап: селективный скрининг	КП и РДООЖРС	врач-акушер-гинеколог специализированного кабинета
III этап: углубленное обследование	гинекологическое отделение районной или городской больницы	врач-акушер-гинеколог

На первом этапе скрининга происходит ориентировочный отбор пациенток с факторами риска. Второй этап предусматривает окончательное формирование групп риска по указанной патологии. Третий этап (углубленное обследование) предназначен для детального обследования женщин с очевидными признаками рака гениталий.

Основные методы исследования, применяемые на этапах скрининга, представлены в табл. 6.

Таблица 6

Методы исследования женщин, применяемые при формировании групп риска по возможному развитию опухолей ОЖРС с учетом этапа скрининга

I этап	II этап	III этап
1	2	3
Сбор анамнеза с учетом факторов риска по развитию рака ОЖРС	Исследования в объеме I этапа	Общеклинические и гинекологическое исследования
Осмотр наружных половых органов	Кольпоскопия и прицельная биопсия шейки матки	Гистероскопия

Окончание таблицы 6

1	2	3
Осмотр шейки матки в зеркалах	Кюретаж цервикального канала	Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
Взятие мазков из экзо- и эндоцервикса для цитологического исследования	Аспирационная биопсия эндометрия	Пункция брюшной полости через задний влагалищный свод с цитологическим исследованием полученного материала
Влагалищное двуручное исследование	УЗИ органов малого таза	
Пальцевое обследование прямой кишки у женщин старше 40 лет		
Осмотр и пальпация молочных желез		

Все перечисленные методы исследования выполняют согласно известным алгоритмам, применяемым в уточняющей диагностике искомой патологии (РШМ, РТМ, РЯ).

Как видно из данных табл. 5, *на первом этапе* у пациенток собирается анамнез, включающий уточнение общесоматического состояния (ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия), наличие или отсутствие у них фоновой и/или предопухолевой патологии гениталий, ИППП и методов их лечения. Далее проводится общий осмотр, осмотр и пальпация половых органов, а также взятие мазков с экзо- и эндоцервикса для цитологического исследования на атипические клетки. Полученные данные суммируются, и *ориентировочно* формируется контингент женщин с признаками риска соответствующей опухолевой патологии.

Группа женщин с предварительно отобранными факторами риска подлежит углубленному обследованию *на втором этапе*, который проводится в специализированном кабинете или в женских консультациях, а при необходимости и в гинекологических стационарах. При этом повторно уточняется анамнез, проводится общий

и гинекологический осмотр, кольпоскопия и прицельная биопсия шейки матки, кюретаж цервикального канала, аспирационная биопсия из эндометрия и УЗИ органов малого таза, осуществляемое трансабдоминальным и трансвагинальным способами. В комплексе анализируются анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные и эхографические данные. *Окончательно* формируется группа риска.

При наличии факторов риска по РТМ углубленному обследованию подлежат не только женщины с аномальными маточными кровотечениями, но и пациентки без клинических проявлений заболевания. Поскольку РЭ у молодых в 80% случаев отличается наличием опухоли небольших размеров с поверхностной ее инвазией в миометрий и в связи с этим клинически не проявляется, то в его диагностике особая роль должна отводиться трансвагинальной эхографии, способной зафиксировать опухоль до 2 мм. Уточняющее значение в наличии изменений в эндометрии отводится гистероскопии с прицельной его биопсией и морфологическим исследованием биоптата.

В случае выявления предопухолевых заболеваний лечение проводится в специализированном кабинете, а при обнаружении признаков рака у обследуемых пациенток они подлежат дополнительному обследованию и соответствующему лечению в специализированных стационарах. При отсутствии изменений у женщин, включенных в группу риска, их ставят на диспансерный учет и подвергают обследованию два раза в год.

К концу года выполненный объем работы суммируется по форме, представленной в табл. 3. Полученные данные анализируются, сравниваются с показателями предыдущего года и представляются районному акушеру-гинекологу для составления сводных отчетных форм и планирования дальнейшей профилактической работы.