



ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого  
Минздрава России

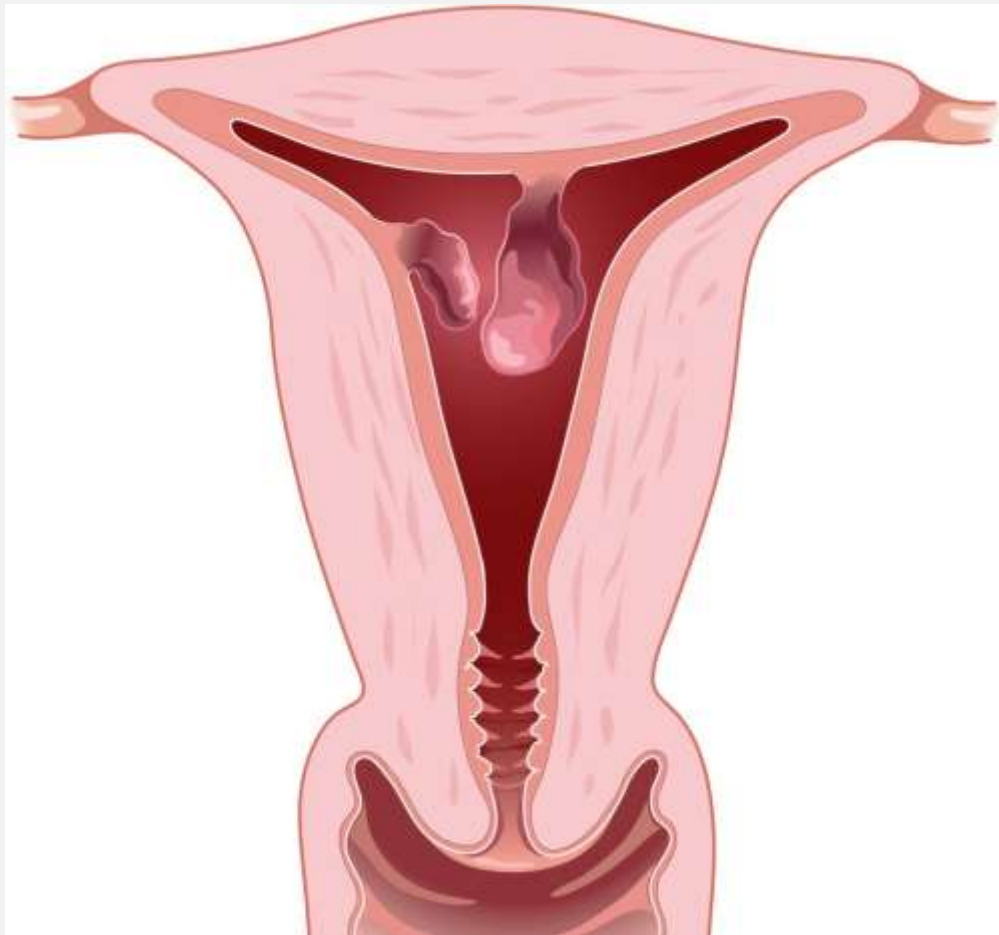
# ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ

Проект клинических рекомендаций (РОАГ): Полипы эндометрия, 2021 год

Выполнила: ординатор  
кафедры Акушерства и гинекологии ИПО  
Федорева А.В.

Красноярск, 2022

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



- **Полипы эндометрия (ПЭ)** – доброкачественные очаговые образования эндометрия, состоящие из желез, фиброзированной стромы и кровеносных сосудов. ПЭ могут иметь размеры от нескольких миллиметров до 2-3 см, располагаться на тонкой ножке или широком основании, быть единичными или множественными.

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Нарушение экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в эндометрии, усиление активности сигнальных путей, индуцирующих пролиферацию и ангиогенез, снижение апоптоза.
- ПЭ рассматривают также, как моноклональные разрастания генетически измененных эндометриальных стромальных клеток с вторичным образованием желез, выстланных доброкачественным эпителием и имеющих поликлональное происхождение.
- Хромосомный анализ показал, что в большинстве случаев имеются клональные транслокации в регионах 6p21-p22, 12q13-15, 7q22 2-5.
- В 23-27% случаев ПЭ могут формироваться на фоне сопутствующего хронического эндометрита (ХЭ), что, свидетельствует о значимости хронического воспаления, как одного из звеньев патогенеза ПЭ

# ФАКТОРЫ РИСКА

Ожирение,  
артериальная  
гипертензия



Терапия тамоксифеном, а также длительный прием менопаузальной гормональной терапии (МГТ) в циклическом режиме



ПЭ часто ассоциированы с миомой матки, эндометриозом, полипами цервикального канала



# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Распространенность ПЭ составляет от **7,8 до 34,9 %** и имеет тенденцию к увеличению к пери- и постменопаузе. Доля ПЭ с атипическими и злокачественными нарушениями составляет 0,3-5,4%, причем она существенно выше в постменопаузе 2,3-5,4%, чем в пременопаузе 1,1 - 1,7% .
- Риск малигнизации ПЭ повышается с возрастом, достигая максимальных значений в постменопаузе, при наличии АМК, размерах ПЭ более 1,0-1,5 см.
- Рак эндометрия выявляется у 9% женщин в постменопаузе с ПЭ.
- Частота рецидивов ПЭ после оперативного лечения варьирует от 3,9 до 59,9%, составляя в среднем около 18%.

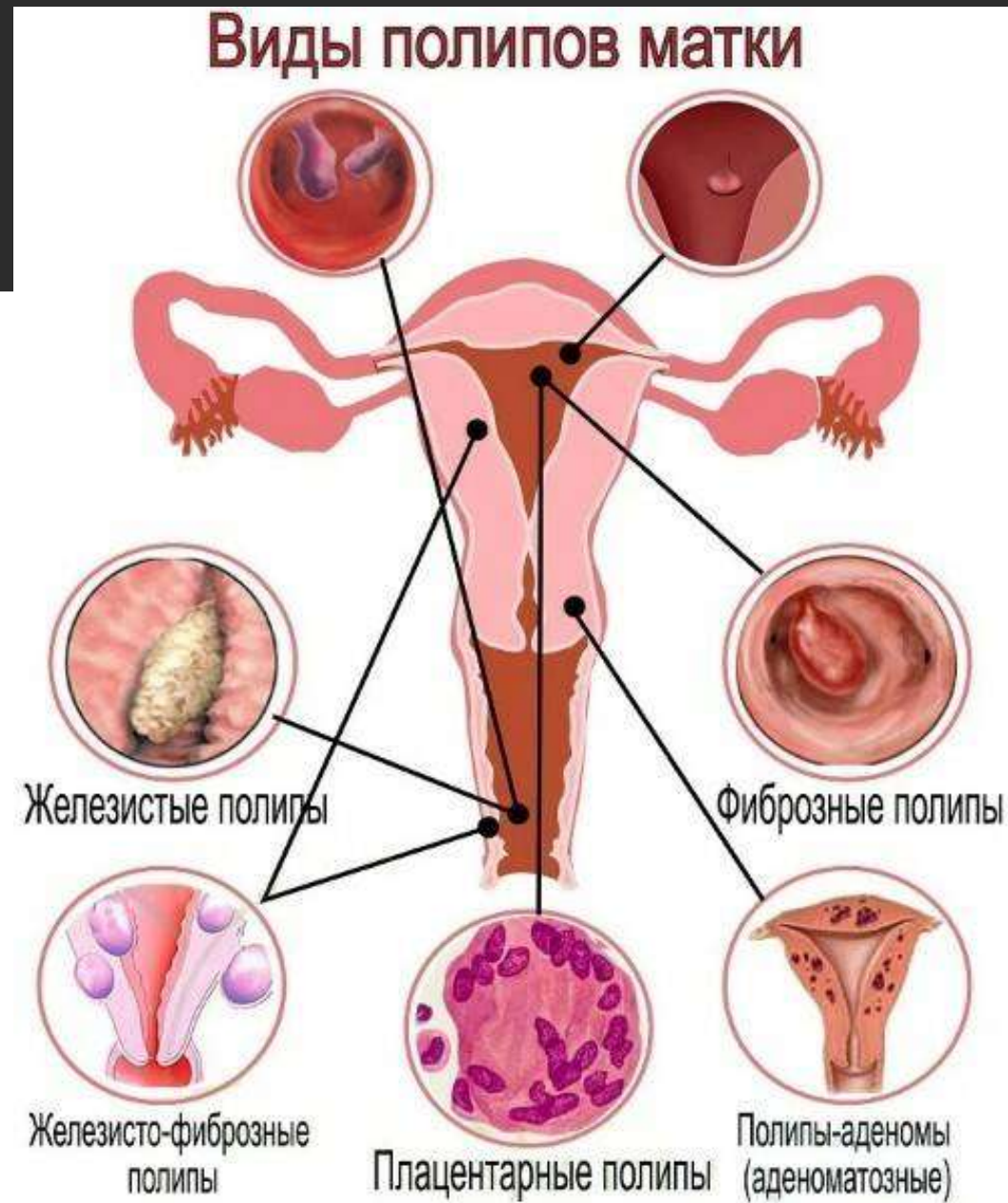
# ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- N84.0 – полип тела матки

# КЛАССИФИКАЦИЯ

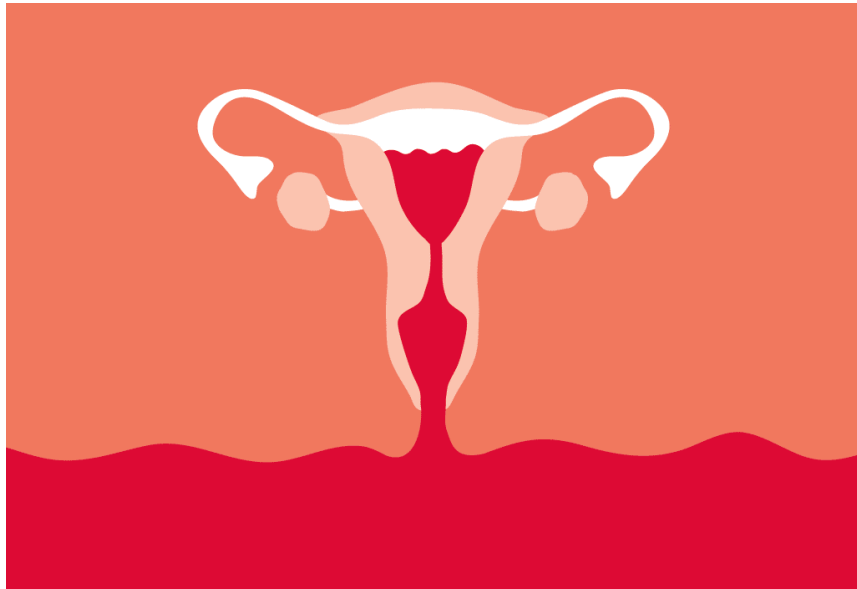
- В классификации опухолей тела матки, разработанной ВОЗ ПЭ относят к опухолеподобным заболеваниям без подразделения на какие-либо категории.
- В руководстве Blaunstein's Pathology of the female genital tract авторы рекомендуют выделять:
  - Полипы эндометрия
  - Полипы эндометрия с атипией.

- В настоящее время в России широко используется классификация, основанная на морфологической структуре ПЭ, согласно которой их подразделяют на железистые, железисто-фиброзные, фиброзные, аденоматозные, аденомиоматозные и покрытые функциональным слоем эндометрия.
- Однако, нет убедительных данных, указывающих на различия клинической манифестации, частоты рецидивирования, особенностей диагностики и лечения данных подтипов ПЭ.
- Кроме этого, отсутствуют четкие морфологические критерии, разделяющие их между собой, что приводит к низкой воспроизводимости диагнозов. В соответствии с этим, применение данной классификации в клинической практике не целесообразно и не определяет дальнейшую тактику ведения





# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



- Наиболее частым клиническим проявлением ПЭ являются АМК, которые наблюдаются в 38-81,5% случаев. Для ПЭ характерны АМК, преимущественно по типу межменструальных кровотечений (ММК), реже обильных менструальных кровотечений (ОМК), при этом выраженность симптомов не коррелирует с размером, количеством или расположением ПЭ.

- ПЭ снижают вероятность наступления беременности, что, как полагают, связано с механическим препятствием имплантации эмбриона, нарушениями рецептивности эндометрия, процессов децидуализации и секреторной трансформации.
- Доля ПЭ в структуре причин бесплодия может достигать 32-38,5%, при этом полипэктомия повышает вероятность наступления беременности более, чем в 2 раза, как при проведении ЭКО, так и в естественном цикле.
- По разным данным от 18 до 62% ПЭ остаются бессимптомными и являются случайной находкой при проведении УЗИ



# ДИАГНОСТИКА

- **Физикальное обследование:**

Рекомендуется всем пациенткам с подозрением на ПЭ сбор гинекологического и репродуктивного анамнеза, проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования.

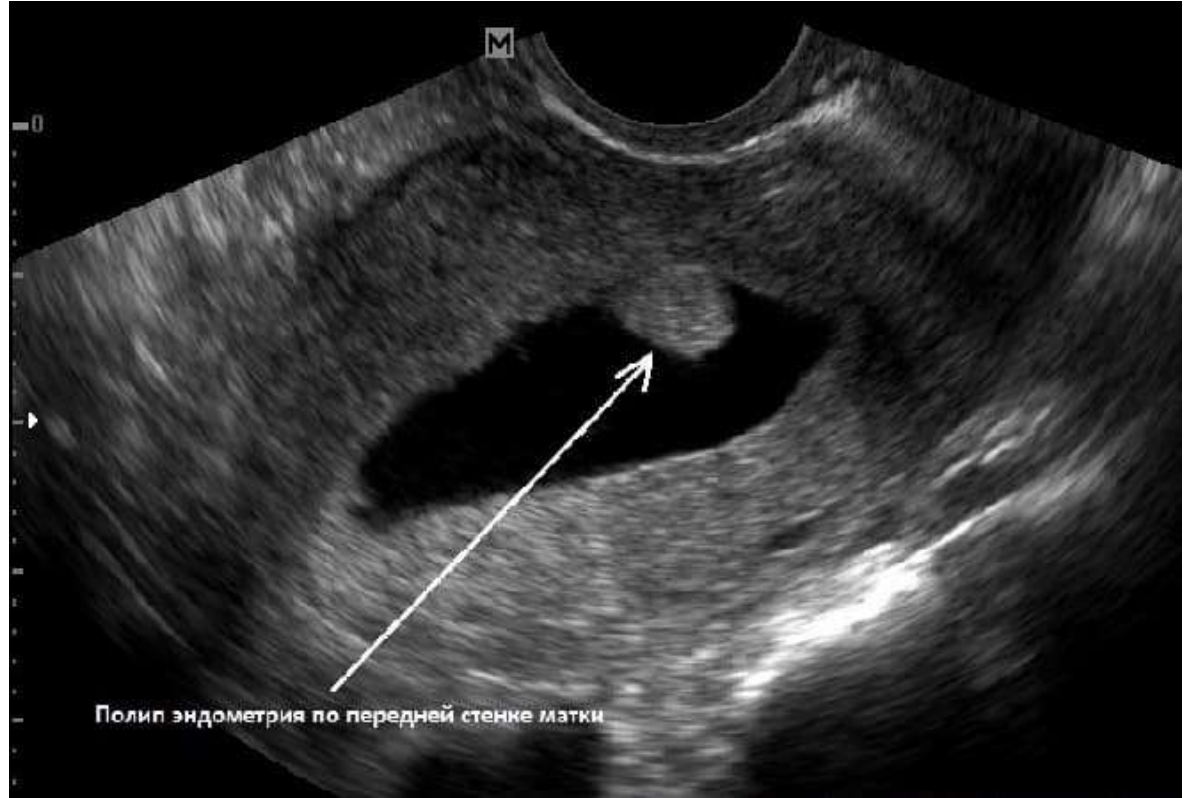
- **Лабораторные диагностические исследования**

Специфическая лабораторная диагностика ПЭ не разработана.

· **Инструментальные диагностические исследования**

Рекомендуется при подозрении на ПЭ проведение УЗИ органов малого таза (по возможности трансвагинального) с целью установления диагноза.

ПЭ, определяются, как гиперэхогенные образования с четкими ровными контурами. Наиболее информативно его проведение в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла. При проведении трансвагинального УЗИ дополнительное использование доплерографии помогает с большей точностью выявить сосудистую ножку, характерную для ПЭ.



- Рекомендуется проведение СГГ (по возможности) при неубедительных данных УЗИ и подозрении на наличие ПЭ в целях дифференциальной диагностики и уточнения диагноза.

Данный метод основан на проведении трансвагинального УЗИ с предварительным внутриматочным введением 5–15 мл контрастного раствора, что улучшает визуализацию слизистой матки и позволяет более точно оценить особенности ее строения.

ПОЛИП ЭНДОМЕТРИЯ,  
СОНОГИСТЕРОГРАФИЯ 2D



- Рекомендуется всем пациенткам в качестве окончательного метода диагностики патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала.

Патологоанатомическое исследование является окончательным методом диагностики ПЭ, позволяющей также определить наличие атипии. При выявлении ПЭ с атипией, дальнейшее ведение проводится согласно клиническим рекомендациями по ведению атипической гиперплазии эндометрия.



# ЛЕЧЕНИЕ

## ▪ Консервативное лечение

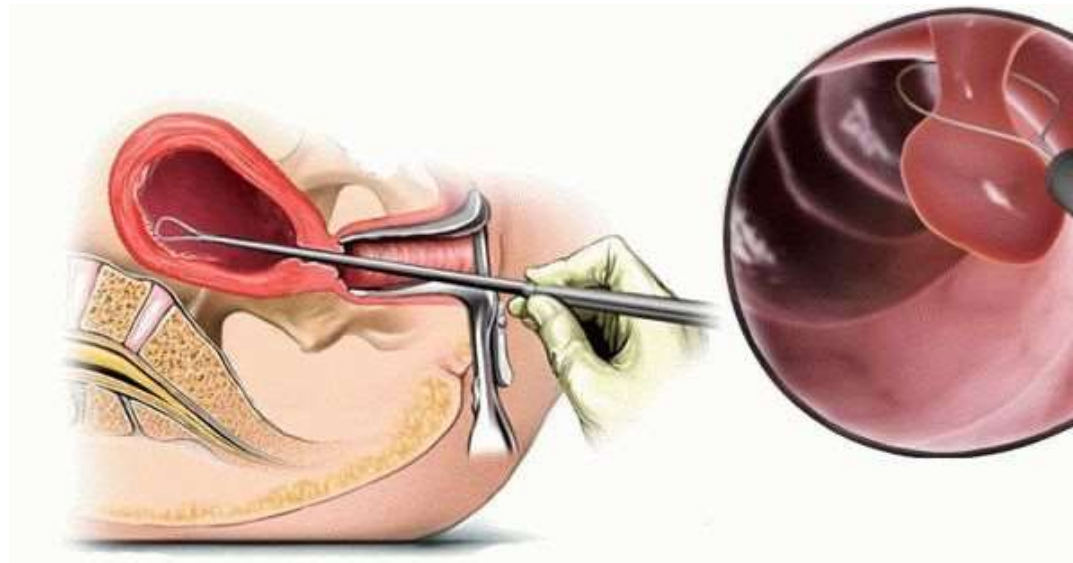
Не рекомендуется применение гормональной терапии для лечения ПЭ, в том числе прогестагенов, комбинированных оральных контрацептивов в качестве самостоятельного лечения, в пред- и послеоперационном периоде.

В настоящее время нет указаний об эффективности медикаментозной терапии ПЭ. Несмотря на то, что прогестагены и КОК приводят к снижению толщины эндометрия, регресса ПЭ при этом не наблюдается, что косвенно свидетельствует об отсутствии гормональной зависимости ПЭ.

При сочетании ПЭ с гиперплазией эндометрия, выявленной при патолого-анатомическом исследовании, назначается гормональная терапия.

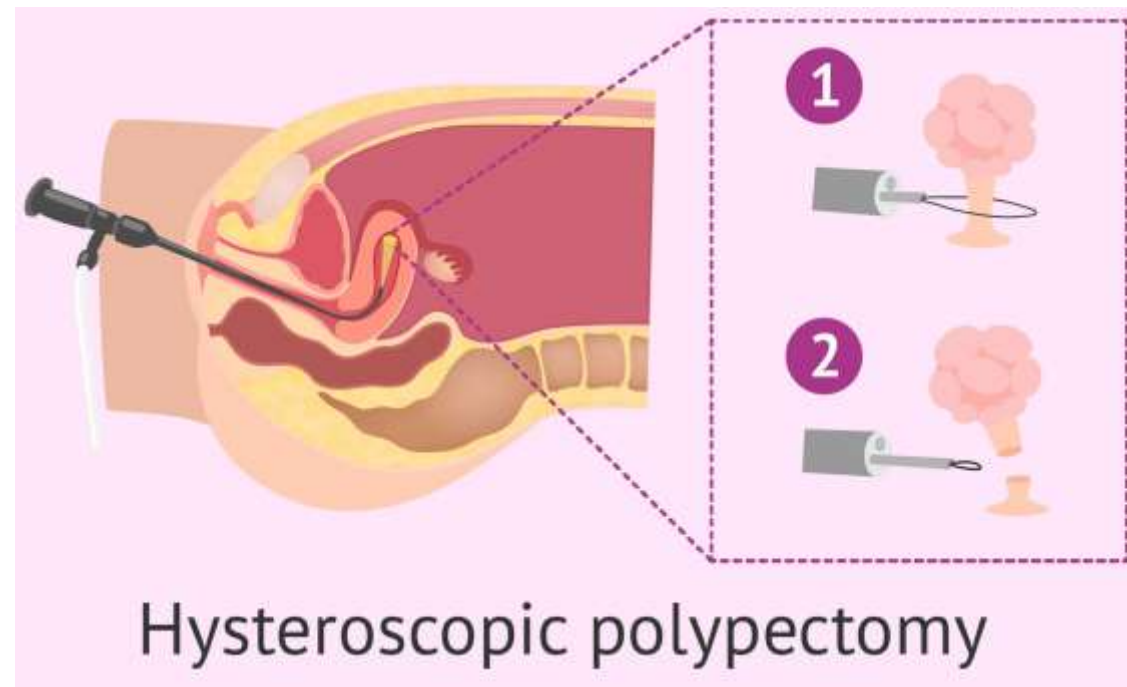
## ▪ Хирургическое лечение

Рекомендуется проведение **полипэктомии** и **биопсии эндометрия** пациенткам, в том числе в репродуктивном возрасте при АМК, бесплодии, планировании беременности, наличии факторов риска малигнизации, а также всем женщинам в пери- и постменопаузальном периоде с обязательным проведением патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала.



- Рекомендуется при рецидивирующих ПЭ проведение **гистерорезектоскопии** в качестве профилактики их повторного возникновения

ДВ не всегда позволяет полностью удалить основание и сосудистую ножку ПЭ, что служит причиной рецидива. Использование гистерорезектоскопа позволяет проконтролировать полное удаление и коагуляцию основания ПЭ, что приводит к снижению частоты рецидивирования.



# МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Специфической реабилитации нет.
- Рекомендована всем пациенткам консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации при сочетании ПЭ с ХЭ.

# ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Не рекомендуется рутинное послеоперационное назначение прогестагенов, КОК и антибактериальной терапии с целью снижения риска рецидивов ПЭ.
- Рекомендовано назначение левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы для профилактики ПЭ у пациенток, получающих тамоксифен.



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**