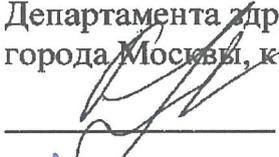


**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
гинеколог
Департамента здравоохранения
города Москвы, к.м.н.


_____ В.В. Коренная

« 18 » СЕНТЯБРЯ 2025 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 14



_____ 2025 г.

Совершенствование диагностики и лечения полипов эндометрия

Методические рекомендации № 25

Москва 2025

УДК: 618.145-006-07/08

ББК: 57.154

Д 44

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители: Дамиров Михаил Михайлович, д. м. н, профессор, заведующий научным отделением острых гинекологических заболеваний ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»

Юрченко Оксана Борисовна, к. м. н., старший научный сотрудник отделения острых гинекологических заболеваний ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»

Шахова Ольга Борисовна, к. м. н., старший научный сотрудник отделения острых гинекологических заболеваний ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»

Олейникова Ольга Николаевна, к. м. н., научный сотрудник отделения острых гинекологических заболеваний ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»

Иерусалимский Александр Петросович, младший научный сотрудник отделения острых гинекологических заболеваний ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»

Титова Галина Павловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая научным отделением патологической анатомии ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»

Шустов Валерий Валерьевич, младший научный сотрудник лаборатории клинической иммунологии ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»

Саттарова Зарема Ириковна, младший научный сотрудник отделения острых гинекологических заболеваний ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»

Рецензенты:

О. А. Латышкевич – главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью ДЗ г. Москвы, врач – акушер-гинеколог родильного отделения ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г. М. Савельевой ДЗМ», доцент кафедры акушерства и гинекологии имени академика Г. М. Савельевой педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, к. м. н.;

А. И. Ищенко – профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 Института клинической медицины им. Н. В.Склифосовского Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, заслуженный врач РФ, д. м. н.

Совершенствование диагностики и лечения полипов эндометрия: методические рекомендации / составители: М.М. Дамиров, О.Б. Юрченко, О.Б. Шахова [и др.]. – М.: ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ» 2025. – 19 с.

Предназначение: для врачей – акушеров-гинекологов амбулаторного и стационарного звена, семейных врачей.

Методические рекомендации разработаны в ходе выполнения научно-исследовательской работы 2023–2025 гг. «Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма при внутриматочной патологии у пациенток репродуктивного возраста».

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Авторы несут ответственность за предоставленные данные в методических рекомендациях.

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025
© ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», 2025
© Коллектив авторов, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Нормативные ссылки	5
Список сокращений.....	6
Введение	7
Классификация.....	8
Этиология и патогенез.....	8
Клиника, диагностика.....	9
Заключение	16
Список использованной литературы	17

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативные документы (стандарты):

1. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1008 с.
2. Приказ Минздрава России № 1130-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (от 20.10.2020) (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 № 60869).
3. Гиперплазия эндометрия. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N85.0, N85.1: клинические рекомендации / Российское общество акушеров-гинекологов; НП Совет Минздрава РФ. – Москва, 2021. – 45 с.
4. Полипы эндометрия. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N84.0: клинические рекомендации / ООО «Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)». – Москва, 2023. – 32 с.
5. Аномальные маточные кровотечения. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: № 92, 93, 95: клинические рекомендации. / Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2024. – 48 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

АМК – аномальное маточное кровотечение

ВП – внутриматочная патология

ГРС – гистерорезектоскопия

ГС – гистероскопия

ГЭ – гиперплазия эндометрия без атипии

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПЦР – полимеразная цепная реакция

ПЭ – полип эндометрия

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХЭ – хронический эндометрит

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных проблем современной гинекологии является возрастание частоты внутриматочной патологии (ВП), которую диагностируют у 38–77% женщин репродуктивного возраста [1, 2, 3, 4, 5, 6]. ВП – условное обозначение большой группы заболеваний, возникающих в полости матки, включающее в себя: гиперплазию и полипы эндометрия, субмукозную миому матки, аденомиоз, внутриматочные синехии и др. [6, 7, 8]. Неослабевающий интерес к данной проблеме обусловлен отсутствием специфических патогномоничных симптомов для разных нозологических форм ВП, сложностью их клинической диагностики, а также нередким рецидивированием заболевания, которое колеблется от 13,3 до 21,5% [2, 6, 9, 10]. В последние годы отмечено «омоложение» возраста возникновения этой патологии [2, 3, 6].

Следует отметить, что наибольшее число научных исследований посвящено таким формам ВП как: лейомиома матки, генитальный эндометриоз, эндометриальная гиперплазия, и значительно меньше исследований затрагивают полипы эндометрия (ПЭ). Вместе с тем ПЭ являются одной из наиболее частых нозологических форм ВП [2, 4, 6, 8].

Нами был проведен ретроспективный анализ частоты и структуры ВП у пациенток репродуктивного возраста, находившихся на лечении в гинекологическом отделении НИИ СП им Н. В. Склифосовского, за 2021 и 2022 годы. Проанализировано 1590 историй болезни: за 2021 год – 750 и за 2022 год – 840. Отмечено, что за последние годы выявлен рост частоты ПЭ по сравнению с ГЭ без атипии более чем в 2 раза. Аналогичные данные приводят и другие авторы [11].

Наиболее частым клиническим симптомом ПЭ являются аномальные маточные кровотечения (АМК), проявляющиеся обильными менструациями или межменструальным кровотечением, которые отмечают 3,7–65% пациенток [12, 13]. Вместе с тем бессимптомное течение ПЭ наблюдается в 18–62% случаев, и их нередко диагностируют на амбулаторном приеме при проведении ультразвукового исследования органов малого таза [4, 13, 14]. Нельзя не учитывать, что ПЭ приводят к существенному нарушению репродуктивного здоровья женщин, так как с данной патологией зачастую ассоциировано бесплодие, хроническая тазовая боль, а также необходимость выполнений внутриматочных манипуляций, способствующих травматизации эндометрия и формированию внутриматочных синехий [2, 8, 9].

Отмечено, что риск развития в матке неопластического процесса на фоне ВП колеблется от 4 до 37% [15, 16, 17].

В основу методических рекомендаций положены результаты исследования, проведенного в рамках НИР 2023–2025 гг. «Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма при ВП у пациенток репродуктивного возраста», включившего 87 женщин репродуктивного возраста (средний возраст $43,8 \pm 3,27$ лет) с различной ВП, находившихся на стационарном лечении в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ с 2023 по 2024 г. Следует отметить, что из наблюдаемых больных большинство пациенток (60–68,9%) составила группа с ПЭ и/или при его сочетании с ГЭ без атипии.

В целях диагностики различных форм ВП в клинической практике широкое распространение получили такие инструментальные методы обследования, как ультразвуковое сканирование, магнитно-резонансная и компьютерная томография, гистероскопия и др. [2, 18, 19].

Таким образом, до настоящего времени остаются нерешенными вопросы клинической диагностики и оптимизации лечебной тактики у больных с ПЭ. Огромное медико-социальное значение имеют нерешенные вопросы профилактики рецидивирования данного патологического процесса.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В соответствии с действующей в клинической практике МКБ-10, ПЭ отнесены к классу XIV «Болезни мочеполовой системы. Невоспалительные болезни женских половых органов (N80-N90)» и кодируются как N84.0. Данная патология характеризуется как неопухолевая ограниченная пролиферация стромальных клеток эндометрия, которая формирует образование, выступающее над поверхностью слизистой оболочки матки, обладающее сосудистой ножкой.

В нашей стране широко используется классификация, основанная на морфологической структуре ПЭ, согласно которой их подразделяют на: железистые, железисто-фиброзные, фиброзные, аденоматозные, аденомиоматозные и покрытые функциональным слоем эндометрия [20].

Классификация ПЭ, представленная в WHO Classification of Uterine Tumours (2020), проводится в соответствии с МКБ-11. В ней ПЭ определяют как GA16.Y – «Другие уточненные приобретенные аномалии матки, за исключением шейки матки» [21].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез ПЭ многофакторен и включает дисгормональные, генетические, воспалительные и иммунные нарушения, наряду с изменением неоангиогенеза. Совокупность этих процессов препятствует адекватным циклическим трансформациям эндометрия, смещая баланс между пролиферацией и апоптозом, а также влияя на динамику ангиогенеза.

Длительный дисбаланс между пролиферацией и апоптозом – фундаментальными процессами, обеспечивающими динамическую регуляцию циклических трансформаций эндометрия в менструальном цикле, предшествует как формированию, так и рецидиву ПЭ [22, 23]. Нарушение этих клеточных механизмов подтверждается отклонениями в уровнях маркеров пролиферации, дифференцировки и апоптоза, включая Vcl-2 (ингибитор апоптоза) и Ki-67 (индикатор пролиферативной и митотической активности клеток) [24, 25].

Неоангиогенез является одним из ключевых патогенетических механизмов развития ПЭ. Суть ангиогенеза заключается в пролиферации и миграции эндотелиальных клеток, которые под влиянием специфических факторов формируют новые кровеносные сосуды из первичной капиллярной сети [26]. Активный потенциал пролиферации эндотелия подтверждается повышенной экспрессией ведущих стимуляторов неоангиогенеза, таких как

васкулоэндотелиальный фактор роста А (VEGF-A) и CD105 (кластер дифференцировки, ассоциированный с эндотелиальными клетками) [27].

Одной из причин усиления ангиогенеза является хронический эндометрит (ХЭ). При возникновении этой патологии наблюдается повышение экспрессии VEGF-A, что способствует усугублению структурных изменений сосудистой сети [27].

Анализ данных литературы указывает на мультифакторный характер патогенеза ПЭ. К ним относятся эстроген-зависимые состояния (гиперэстрогения, нередко сопряженная с нарушением рецепции и прогестероновой недостаточностью) и негормональные компоненты (воспалительные процессы, иммунные реакции, генетические факторы, неоангиогенез). Несмотря на многочисленные исследования, основные причины формирования ПЭ пока окончательно не установлены, что является основанием для продолжения научных исследований. По нашему мнению, это даст возможность совершенствовать клинические подходы для лечения больных с этой патологией.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

1. Клиническая диагностика полипов эндометрия

В основе диагностики различных форм ВП лежит интегрированный анализ субъективных жалоб, анамнестических сведений (общего и гинекологического характера), данных объективного гинекологического осмотра и результатов применения дополнительных инструментальных методов исследования.

В зависимости от результатов морфологического исследования когорты пациенток была стратифицирована на четыре группы. Из них: 20 (22,9%) больных в первой группе имели диагноз ГЭ без атипии; вторая группа включала 44 (50,6%) пациентки с ПЭ; третья группа состояла из 16 (18,4%) женщин с сочетанным поражением в виде ПЭ и ГЭ без атипии; а четвертую группу представляли 7 (8,0%) пациенток с субмукозной миомой матки, размер узла которой не превышал 3,5 см. Следует отметить, что большинство пациенток (60–68,9%) составили больные с ПЭ и/или его сочетанием с ГЭ без атипии.

Ведущим клиническим симптомом у госпитализируемых больных с ПЭ были АМК, которое отмечали 24 (54,5%) пациенток с изолированной формой ПЭ, а также 11 (68,7%) женщин с сочетанным поражением ПЭ и ГЭ без атипии.

Среди госпитализированных больных с ПЭ доминирующим клиническим проявлением были АМК. Данный симптом регистрировали у 24 (54,5%) женщины с изолированной формой ПЭ и 11 (68,7%) – с сочетанным поражением ПЭ и ГЭ без атипии. Суммируя частоту этого симптома у больных с разными формами ПЭ, следует отметить, что 35 (58,3%) пациенток предъявляли жалобы на АМК. Аналогичные данные приводят и другие исследователи [28, 29]. У остальных больных подозрение на наличие ПЭ было диагностировано при проведении УЗИ органов малого таза при амбулаторном обследовании.

2. Инструментальная диагностика полипов эндометрия

Для более точной топической диагностики патологии матки используют разнообразные инструментальные методы. Наибольшее распространение среди них получили: УЗИ органов малого таза (трансабдоминальный и трансвагинальный доступы), гистероскопия, отдельное лечебно-диагностическое выскабливание (РДВ) цервикального канала и полости матки с дальнейшей морфологической интерпретацией операционного материала [2, 6, 10, 12].

Важным этапом постановки диагноза ПЭ является **ультразвуковое исследование (УЗИ)** органов малого таза [10, 18]. Внедрение трансвагинальной эхографии значительно улучшило качество ультразвуковой диагностики. Это стало возможным благодаря использованию высокоразрешающих датчиков, обеспечивающих прямой контакт с исследуемым объектом [19]. Следует отметить, что информативность этого метода в выявлении ПЭ во многом зависит от его размеров, поскольку ПЭ небольших размеров крайне сложно диагностировать.

При УЗИ ПЭ могут определяться как гиперэхогенные образования с четкими, ровными контурами. Чувствительность УЗИ составляет от 50 до 96%, а специфичность – от 53 до 98% [18, 19, 30,31].

Дополнительное использование доплерометрии повышает вероятность диагностики ПЭ. Это связано с тем, что в 30–50% случаев доплеровское исследование выявляет эхосигналы кровотока в структуре образования [18, 19].

Для улучшения визуализации различных форм ВП, особенно в случаях их сочетанного поражения, в качестве дополнительных методов диагностики целесообразно применять МРТ органов малого таза с внутривенным контрастным усилением [32].

Гистероскопическая диагностика полипов эндометрия

В диагностике разных нозологических форм ВП гистероскопия считается «золотым стандартом», предоставляя максимальную информативность для точного определения локализации и размеров патологического процесса в полости матки [33, 34, 35, 36, 37]. Информативность гистероскопии в диагностике ПЭ колеблется от 65 до 93% [1, 4, 32].

Важность визуального осмотра полости матки после РДВ и выполнения полипэктомии заключается в том, что полностью удалить патологические структуры в полости матки удастся лишь в 43–96% наблюдений [10]. Неполная резекция эндометрия, включая оставленную ножку ПЭ, провоцирует повторные кровотечения. Это может привести к рецидиву заболевания и потенциальной необоснованной гистерэктомии

Следует отметить, что ятрогенная травматизация эндометрия в результате различных внутриматочных манипуляций по удалению ПЭ представляет собой фактор риска формирования маточного бесплодия, обусловленного как морфологическими, так и функциональными дефектами [33].

3. Трансцервикальная гистерорезектоскопия в лечении полипов эндометрия

В настоящее время наименее инвазивным методом удаления различных видов ВП является выполнение трансцервикальной гистерорезектоскопии (ГРС) [2, 6, 34].

Для визуализации полости матки использовали эндоскопическое оборудование от компаний «Karl Storz» (Германия). В ходе электрохирургической биполярной гистерорезектоскопии для расширения полости матки применялся 0,9% раствор NaCl. Подача жидкости осуществлялась при аппаратном потоке 400 мл/мин и давлении 150 мм рт. ст. Все хирургические вмешательства проводили под внутривенной анестезией.

У 60 больных с ПЭ и/или его сочетании с ГЭ без атипии после их диагностики была произведена ГРС с иссечением петлевым электродом сосудистой ножки полипа. Электрохирургическое удаление полипа выполняли путем подведения петли электрода к его основанию. Производили резекцию образования целиком, включая основание, до базального слоя. Коагуляционный гемостаз выполняли по мере необходимости.

Контрольная гистероскопия играет ключевую роль в оценке эффективности кюретажа, позволяя прицельно удалять резидуальные фрагменты гиперплазированного эндометрия или ножки полипа. Кроме того, она обеспечивает диагностику сопутствующей внутриматочной патологии, включая аденомиоз и миоматозные узлы с подслизистым или центрипетальным типом роста.

Результаты нашего исследования согласуются с данными других авторов, изучавших различные хирургические подходы к удалению полипов и подчеркивавших значимость ГРС-методик [38]. Отмечено, что резектоскопическая хирургия, при условии правильного выполнения, эффективнее слепого кюретажа в лечении ПЭ, обеспечивая при этом относительно низкую частоту осложнений [39].

Этап гистероскопического обследования завершается интерпретацией полученных данных, формулировкой диагноза с определением тактики дальнейшего ведения больных. Предварительный эндоскопический диагноз позволяет ориентировать врача-морфолога на характер ВП.

Тем не менее хирургическое вмешательство не исключает возникновения рецидивов, что диктует необходимость разработки патогенетически обоснованных стратегий их профилактики. Это делает крайне актуальным вопрос определения оптимальной тактики послеоперационного ведения пациенток, направленной на предотвращение рецидивов ПЭ.

Значение состояния микробиоценоза полости матки в генезе ПЭ

Важная патогенетическая роль в формировании ПЭ принадлежит воспалению [40, 41]. Тонкий баланс про- и противовоспалительных механизмов существует в нормальном эндометрии. Дестабилизация этого равновесия, обусловленная природой и длительностью воздействия этиологического фактора, инициирует возникновение воспалительного процесса (инфекционного или асептического) [41].

Причиной воспаления в эндометрии служат не только микробные патогены, но и такие факторы, как механическая травма, ишемия, гипоксия, токсические и

метаболические агенты [42]. Эти воздействия запускают сложный каскад иммунных ответов, включающий высвобождение цитокинов и мобилизацию иммунокомпетентных клеток, что в итоге приводит к сосудистым и иммунным изменениям с альтерацией тканей. Следствием повреждения является чрезмерная пролиферация фибрина и сосудистых структур в процессе регенерации слизистой оболочки. Данный процесс инициирует неоангиогенез и последующий рост тканей, что в конечном итоге приводит к образованию ПЭ.

Следует отметить, что в течение длительного времени полость матки считали стерильным биотопом [43]. Однако применение молекулярных методов диагностики заставило пересмотреть данную точку зрения, поскольку в полости матки у здоровых женщин нередко диагностировали ассоциации микроорганизмов [44, 45].

Нами было проведено изучение микробиоценоза у 87 пациенток репродуктивного возраста с различными формами ВП. В состав данной группы вошли 60 больных, у которых при морфологическом исследовании был диагностирован ПЭ и отмечено его сочетание с ГЭ без атипии.

В качестве методов оценки микробиоценоза использовали полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для выявления инфекций, передающихся половым путем, и микробиологическое исследование биоматериала полости матки – для идентификации микрофлоры полости матки. Особое внимание уделяли анализу частоты встречаемости различных инфекционных агентов при отдельных нозологических формах ВП.

Сравнительный анализ выявления различных инфекций у рассматриваемых групп больных с ВП показал, что наиболее часто диагностировали инфекционные возбудители у больных с ПЭ – у 30 (50,0%) женщин. Кроме того, в группе пациенток с ПЭ был диагностирован более широкий спектр выявленных инфекций (9 инфекционных агентов), в отличие от других видов ВП. Полученные нами данные свидетельствуют о высокой частоте обнаружения ИППП, а также патогенной и условно патогенной микрофлоры у пациенток с ПЭ.

При микробиологическом исследовании биоматериала полости матки у 29 (33,3%) больных с ВП диагностировали 10 вариантов инфекционных агентов. Следует отметить, что у наблюдаемой группы больных с ПЭ спектр выявленных возбудителей при микробиологическом исследовании материала из полости матки оказался наиболее широким относительно других нозологических форм ВП (6 из 7 установленных видов возбудителей). Данную тенденцию прослеживали и при молекулярной диагностике рассматриваемых групп патологий.

Согласно анализу результатов совместного использования молекулярного и микробиологического методов исследований, было отмечено возрастание выявления общей частоты инфекций у обследуемых групп пациенток. Так, в группе больных с ПЭ частота обнаружения инфекций составила 64,3%. Это подтверждает целесообразность использования двух взаимодополняющих методов лабораторной диагностики для обнаружения различных инфекций в полости матки. Высокая частота диагностики различных микроорганизмов у пациенток с ПЭ может указывать на их участие в развитии данного заболевания.

Этот вопрос требует дальнейшего исследования для определения возможных маркеров, характерных для данного вида заболевания.

В проведенном исследовании наиболее часто диагностированные возбудители относились к условно-патогенной флоре микроорганизмов. Однако, если их низкая концентрация ($<10^4$) в большинстве случаев может интерпретироваться как нормальное состояние вагинальной микробиоты и не требует назначения антибиотикотерапии, то в случае обнаружения данных бактерий в полости матки заставляет задуматься о необходимости эрадикации возбудителя, поскольку в данной ситуации указанный локус не является типичным обитанием рассматриваемых микроорганизмов.

Наиболее высокую частоту урогенитальных инфекций, выявленных ПЦР-методом, а также наиболее широкий спектр инфекционных агентов, обнаруженных микробиологическим методом, диагностировали у пациенток с ПЭ.

Полученные данные показывают широкий спектр возбудителей и преимущества совместного использования метода ПЦР и микробиологического исследования, что подтверждает положение о роли микробиоты полости матки в генезе ПЭ.

Для решения вопроса о роли воспалительного фактора в рецидивировании ПЭ необходимо продолжить данные работы с применением методов иммуногистохимического исследования. Полученные данные обосновывают необходимость интеграции исследования микробиоценоза полости матки с использованием ПЦР и традиционного микробиологического посева в диагностический алгоритм обследования пациенток с ПЭ. Анализ полученных результатов может показать необходимость решения вопроса о назначении больным антибактериальной деэскалационной терапии.

4.4. Морфологическое исследование

Результаты морфологического исследования являются наиболее точной диагностикой ВП, с которым сравнивают данные при применении других методов.

Большое значение для микроскопической диагностики имеет точное соблюдение техники забора биоматериала с получением, по возможности, крупных нераздробленных фрагментов слизистой оболочки матки. Результаты гистологического исследования во многом зависят от компетенции врача-морфолога, проводившего исследование [20, 46, 47].

Завершающим этапом обследования является интерпретация полученных результатов и формулирование окончательного диагноза, на основе которых определяется стратегия дальнейших лечебно-диагностических мероприятий.

Таким образом, следует констатировать, что применяемые методы диагностики ПЭ имеют свои ограничения. Сочетанное применение инструментальных методов способствует постановке правильного клинического диагноза, позволяя разрабатывать рациональную лечебную тактику у больных с ПЭ. Среди инструментальных методов обследования наибольшей информативностью в диагностике ПЭ обладает гистероскопия. Для повышения

точности дифференциальной диагностики нозологических форм ВП обоснована интеграция дополнительных инструментальных методов исходя из их диагностического потенциала. Удаление различных видов ВП с помощью ГРС-методик – это функциональная, реконструктивно-пластическая и миниинвазивная хирургическая операция, позволяющая сохранить фертильность и регулярность менструального цикла у пациенток. Трансцервикальная ГРС является перспективным и приоритетным направлением как органосохраняющий метод хирургического лечения ПЭ.

На основании результатов проведенного исследования предложен **алгоритм диагностики и лечения больных с ПЭ** с учетом результатов проведенного исследования, а также данных Клинических рекомендаций [2, 4].

Для диагностики ПЭ требуется всесторонний подход, базирующийся на оценке жалоб пациентки, данных общего и гинекологического анамнеза, результатах физикального и гинекологического осмотров, а также применении вспомогательных клиничко-инструментальных методик (УЗИ органов малого таза и гистероскопия) и лабораторной диагностики для оценки инфекционного статуса. Комплексное обследование больных с ПЭ позволяет поставить правильный клинический диагноз.

Для проведения оценки микробиоценоза полости матки на этапе расширения цервикального канала у пациенток с ПЭ целесообразно проводить забор материала молекулярным (ПЦР) и микробиологическим методами.

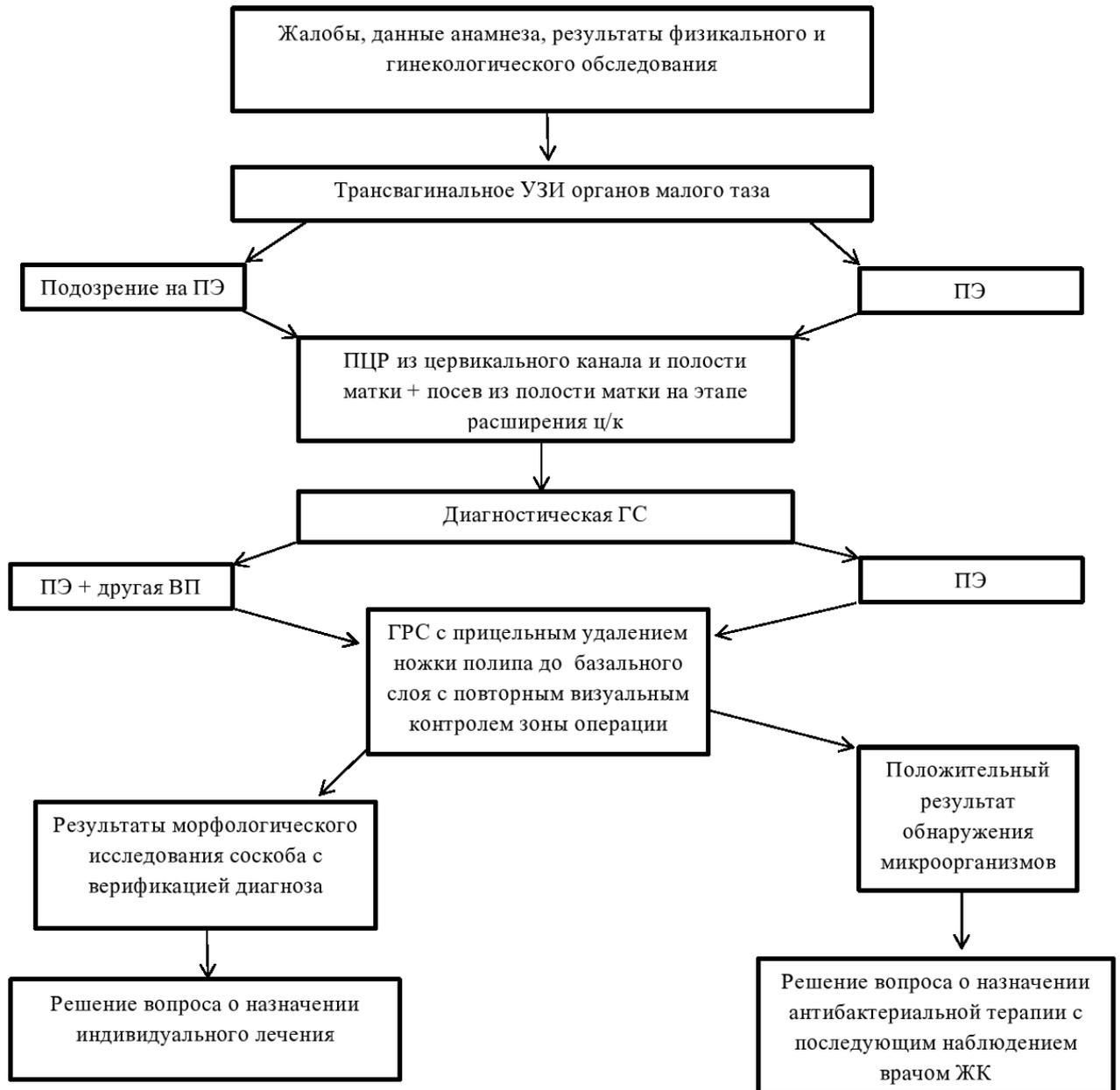
Удаление ПЭ оптимальнее всего проводить методом трансцервикальной ГРС. При этом следует выполнять иссечение петлевым электродом сосудистой ножки полипа вместе с его основанием до базального слоя, при необходимости выполнять коагуляционный гемостаз. Контрольное гистероскопическое исследование с прицельной визуализацией зоны хирургического вмешательства дает возможность оценить качество удаления ПЭ, а также диагностировать сопутствующую ВП. Проведение такой методики позволяет снизить частоту рецидивов и повысить эффективность лечения ВП.

Результаты морфологического исследования являются одними из решающих факторов при назначении лечения. Морфологическое заключение характера патологического процесса в полости матки необходимо трактовать с применением современных классификационных терминов.

При диагностике сочетанной ВП следует индивидуально назначать лекарственные препараты, в зависимости от возраста и вида диагностированной патологии. При получении положительных результатов на наличие ИППП, а также условно патогенной флоры в концентрации более 10^4 степени необходимо в состав комплексной терапии включать антибактериальные препараты.

Применение разработанного алгоритма обследования и лечения женщин репродуктивного возраста с ПЭ способствует его своевременной диагностике и рациональной терапии с использованием патогенетически обоснованных подходов.

Алгоритм диагностики и лечения больных с ПЭ



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время разные нозологические формы ВП остаются актуальной проблемой в гинекологии. Одним из вариантов этой патологии эндометрия являются ПЭ, которые определяют как доброкачественные очаговые образования эндометрия, состоящие из желез, фиброзированной стромы и кровеносных сосудов.

В связи с высокой частотой встречаемости (25–35%) ПЭ занимают ведущее место в структуре ВП, которое может негативно влиять на репродуктивное здоровье женщин.

Сложность клинической диагностики ПЭ заключается в том, что у каждой пятой пациентки имеет место бессимптомное течение.

Диагностика ПЭ предполагает выполнение целого ряда клинических и инструментальных методов обследования. Диагностика ПЭ является достаточно сложным процессом, требующим последовательности и преемственности ведения больных между поликлиническими учреждениями и стационаром.

Первой линией диагностики ПЭ является выполнение УЗИ органов малого таза. Именно результаты этого исследования нередко ориентируют врача на проведение углубленного обследования для уточнения клинического диагноза. Среди инструментальных методов обследования наибольшей информативностью в диагностике ПЭ обладает гистероскопия.

В последние годы в стратегии ведения гинекологических больных преобладает органосохраняющее направление, которое заключается в концепции «функциональной хирургии матки». Оптимальнее всего удаление диагностированного ПЭ проводить методом трансцервикальной ГРС. При выполнении этой операции следует проводить иссечение петлевым электродом сосудистой ножки полипа вместе с его основанием до базального слоя. Прицельная визуализация зоны оперативного вмешательства при контрольном гистероскопическом исследовании позволит улучшить качество удаления ПЭ. Проведение такой методики значительно снижает частоту рецидивов заболевания.

Выбор метода лечения разных форм ПЭ проводится с учетом результатов морфологического, молекулярного (ПЦР) и микробиологического исследований.

Проведенное нами исследование требует продолжения для уточнения роли выявляемых микроорганизмов в развитии различных видов ВП. На данном этапе, следуя клиническим рекомендациям, при поступлении пациенток с ПЭ в стационар с симптомом АМК, а также с бессимптомным течением ПЭ необходимо при расширении цервикального канала проводить взятие биоматериала из цервикального канала и полости матки для оценки микробиоценоза с использованием ПЦР-теста и посев с определением чувствительности к антибиотикам. При получении положительных результатов на наличие ИППП, а также условно патогенной флоры в концентрации более 10^4 степени, в состав комплексной терапии целесообразно включать антибактериальные препараты.

Оптимизированный алгоритм диагностики и лечения больных с ПЭ позволяет разрабатывать персонализированные подходы к ведению больных с данной патологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 № 60869).
2. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1008 с.
3. Гиперплазия эндометрия. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N85.0, N85.1: клинические рекомендации / Российское общество акушеров-гинекологов; НП Совет Минздрава РФ. – Москва, 2021. – 45 с.
4. Полипы эндометрия. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N84.0: клинические рекомендации / ООО «Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)». – Москва, 2023. – 32 с.
5. Аномальные маточные кровотечения. Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N92, N93, N95: клинические рекомендации / Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2024. – 48 с.
6. Внутриматочная патология: клиника, гистероскопическая диагностика и лечение: учебно-метод. пособие / под ред. проф. Е.Б. Рудаковой. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 80 с
7. Дамиров М. М. Гиперпластические процессы эндометрия. – 2-е изд., переработ., дополн. – М.: Издательский дом Бином, 2022. – 195 с.
8. Пролиферативные процессы эндометрия: современное состояние проблемы / А.С. Подгорная, А.Ю. Захарко, Н.Н. Шибаева [и др.]. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2017. – 33 с.
9. Адамян Л.В. (ред.) Сочетанные доброкачественные опухоли и гиперпластические процессы матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). Клинические рекомендации по ведению больных. Москва; 2015.
10. Гинекология. Национальное руководство. 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1008 с.
11. Чернуха Г. Е. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды / Г. Е. Чернуха, А. В. Асатурова, И. А. Иванов, М. Р. Думановская // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 8. – С. 129-134.
12. Доброхотова Ю.Э. Гиперплазия эндометрия / Ю.Э. Доброхотова, Л.В. Сапрыкина. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 112 с.
13. Дамиров М.М. Аномальные маточные кровотечения. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 192 с.
14. Хачатрян А.С., Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю., Казанцев С.Н. Современный взгляд на ведение пациенток с полипами эндометрия // РМЖ. Мать и дитя. 2024;7(1):35-40. DOI: 13.32364/2618-8430-2024-7-1-5.
15. Берлев И.В., Берштейн Л.М., Урманчеева А.Ф. (ред.) Рак эндометрия. Санкт-Петербург: Эко-Вектор; 2017.
16. Daya D. Endometrial hyperplasia and carcinoma with superimposed secretory changes: a double whammy // Int. J. Gynecol. Pathol. 2014;33(2):105-106.

17. Truskinovsky A. M. Hyperplasia and carcinoma in secretory endometrium: a diagnostic challenge// *Int. J. Gynecol. Pathol.* 2014;33(2): 107-113.
18. Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии: Руководство для врачей. – Москва: Издательский дом Видар-М, 2022, 712 с.
19. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов малого таза. Избранные вопросы / А.Н. Сенча, А.В. Поморцев, К.В. Костюков, Е.П. Федоткина. – Москва: МЕДпресс-информ, 2023. – 260 с.
20. Кондриков Н.И., Барина И.В. Патология матки. Руководство для врачей. М.: Практическая медицина, 2019.
21. WHO Classification of tumour: Female Genital Tumours/ K.R. Kim, S.F. Lax, A.J. Lazar, T.A. Longacre et al. – 5th edn. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer. 2020.
22. Боровкова Н.В., Дамиров М.М., Олейникова О.Н. и др. Исследования апоптоза клеток эндометрия у больных с гиперпластическими процессами эндометрия // *Вестник Тверского государственного университета.* – Серия: Химия. 2023;4(54):160-169.
23. Atak Z, Turhan E.I, Rahimli Ocakoglu S, Uyaniklar O.O. Symptom-related Ki-67 expression in endometrial polyps // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2022;272:139-43. DOI:10.1016/j.ejogrb.2022.03.022.
24. Driák D, Dvorská M, Švandov I. et al. Changes in expression of some apoptotic markers in different types of human endometrium // *Folia Biologica (Czech Republic).* 2011;57(3):104-111.
25. Bedoui S., Herold M.J., Strasser A. Emerging connectivity of programmed cell death pathways and its physiological implications. *Nature reviews // Molecular cell biology.* 2020;21(11):678-695.
26. Иванов И.А., Асатурова А.В., Чернуха Г.Е. и др. Роль патологического неоангиогенеза в формировании полипов эндометрия и механизмы возникновения аномальных маточных кровотечений// *Клиническая и экспериментальная морфология.* 2019;8(2):28-34
27. Yao T., Chen H., Wang R. et al. Thiol-ene conjugation of VEGF peptide to electrospun scaffolds as potential application for angiogenesis // *Bioact Mater.* 2022;20:306-17. DOI:10.1016/j.bioactmat. 2022.05.029
28. Чернуха Г.Е. Аномальные маточные кровотечения: ставим диагноз и выбираем лечение / Г.Е. Чернуха, Л.М. Ильина, И.А. Иванов // *Гинекология.* – 2018. – Т. 20, № 4. – С. 4-8.
29. Аномальные маточные кровотечения: алгоритмы ведения, методы терапии / Ю.Э. Доброхотова, Л.В. Сапрыкина, Л.А. Филатова, М.Р. Нариманова // *РМЖ. Мать и дитя.* – 2020. – Т. 3, № 1. – С. 55–60.
30. Sanin-Ramirez D., Carriles I., Graupera B. et al. Two-dimensional transvaginal sonography vs saline contrast sonohysterography for diagnosing endometrial polyps: systematic review and meta-analysis. // *Ultrasound Obstet Gynecol.* – 2020;56(4):506–515. DOI: 10.1002/uog.22161.
31. Vroom A.J., Timmermans A., Bongers M.Y. et al. Diagnostic accuracy of saline contrast sonohysterography in detecting endometrial polyps in women with postmenopausal bleeding: systematic review and meta-analysis // *Ultrasound Obstet Gynecol.* – 2019;54(1):28–34. DOI: 10.1002/uog.20229.

32. Multiparametric magnetic resonance imaging of endometrial polypoid lesions/Y. Lee, K.A. Kim, M.J. Song, Y.S. Park [et al.] // *Abdom Radiol (NY)*. 2020 Nov;45(11):3869-3881. doi: 10.1007/s00261-020-02567-7.
33. Дробязко П.А. Обзор зарубежных клинических рекомендаций по гистероскопии. // *Международный научно-исследовательский журнал*. – 2021. – №2 (104). – URL: [object Object]. – DOI: 10.23670/IRJ.2021.103.2.065.
34. Гинекология: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1056 с.
35. Carpmas P., Pourcelot A.-G., Giral E. [et al.] Office hysteroscopy: A report of 2402 cases. // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2016; 45(5):445-50.
36. Kanthi J.M., Remadevi C., Sumathy S. [et al.] Clinical Study of Endometrial Polyp and Role of Diagnostic Hysteroscopy and Blind Avulsion of Polyp // *J. Clin. Diagn. Res.*- 2016; 10(6):QC01-4.
37. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities / J. Bosteels, S. van Wessel, S. Weyers [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2018. – DOI: 10.1002/14651858.CD009461.pub4
38. Ludwin A. Removal of uterine polyps: clinical management and surgical approach / A. Ludwin, S. R. Lindheim, R. Booth, I. Ludwin // *Climacteric*. – 2020. – DOI: 10.1080/13697137.2020.1784870.
39. The association between preoperative vaginal dysbiosis and endometrial polyp recurrence after hysteroscopic polypectomy: A retrospective-prospective cohort study / C. Wei, L. Ye, S. Tang [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*–2025. – Vol.307. – P.148–153.– DOI: 10.1016/j.ejogrb.2025.02.002.
40. Цыпурдеева Н. Д., Шипицына Е. В., Савичева А. М., Гзгзян А. М., Коган И. Ю. Состав микробиоты эндометрия и степень выраженности хронического эндометрита у пациенток с неэффективными протоколами экстракорпорального оплодотворения. Есть ли связь?// *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2018; 67 (2): 5–15.
41. Вклад микробиоты полости матки в развитие патологических процессов эндометрия / Д.К. Исламиди, Н.С. Белых, В.В. Ковалев, Н.М. Миляева // *Уральский медицинский журнал*. – 2023. – Т.22, № 1. С.96-103.
42. Drizi A., Djokovic D., Lagana A.S. van Herendael B. Impaired inflammatory state of the endometrium: a multifaceted approach to endometrial inflammation. Current insights and future directions. // *Prz Menopauzalny*. – 2020;19(2):90-100. – DOI:10.5114/pm.2020.97863
43. Cicinelli E., Matteo M., Tinelli R. et al. Chronic endometritis due to common bacteria is prevalent in women with recurrent miscarriage as confirmed by improved pregnancy outcome after antibiotic treatment// *Reprod. Sci.* – 2014; (21): 640–7.
44. Baker J.M., Chase D.M., Herbst-Kralovetz M.M. Uterine Microbiota: Residents, Tourists, or Invaders?// *Front Immunol*. – 2018 Mar 2; (9): 208.
45. Peric A., Weiss J., Vulliemoz N. et al. Bacterial Colonization of the Female Upper Genital Tract// *Int. J. Mol Sci.* – 2019 Jul 11; 20 (14) pii: E3405.
46. Эндометрий. Атлас / Г. Х. Толибова, Т. Г. Траль, И. Ю. Коган, А. А. Олина. – Москва: Медиабюро StatusPraesens, 2022. – 184 с.
47. Опухоли тела и шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика: руководство для врачей / под ред. Ю.Ю. Андреевой, Г.А. Франка. – Москва: Практическая медицина, 2015. – 304 с.