

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Вадим Фролов^{1*}, Ваге Тер-Минасян²,
Гагик Базилян², Рипсимэ Мокацян²,
Ара Дрампян², Ваган Манвелян²

¹ Медицинский центр “Астхик”

² Национальный институт здравоохранения,
кафедра акушерства и гинекологии (Ереван, Армения)

* Для корреспонденции:

e-mail: v29813926@gmail.com

Ներկայացվեց/Получено/Received 21.07.2024

Գրախոսվեց/Рецензировано/Accepted 10.09.2024

Տպագրվեց/Опубликовано/Published 15.10.2024

DOI 10.54235/27382737-2024.v4.2-90

ВВЕДЕНИЕ

Патология эндометрия занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости, служит наиболее частой причиной аномальных маточных кровотечений (АМК) и показанием для проведения большинства внутриматочных вмешательств. К патологии эндометрия относят полипы эндометрия (ПЭ), которые обычно представляют собой доброкачественные образования, но в редких случаях (2–13%) могут приводить к развитию аденокарциномы эндометрия и рассматриваются как один из факторов риска рака тела матки [1, 2, 3].

Прежде чем перейти к рассмотрению проблем диагностики ПЭ приведем современное определение АМК: это длительное маточное кровотечение (более 8 дней) с объемом кровопотери более 80 мл/сут и интервалом менее 24 дня. Экспертная группа FIGO (Международная классификация акушерства и гинекологии) предложила классификационную систему PALM-COIN с выделением 2-х групп АМК – связанных и не связанных с органической патологией матки. Группа PALM включает 4 категории нарушений, определяемых при визуальных методах диагностики: полип (Polyp); аденомиоз (Adenomyosis); лейомиома (Leiomyoma); злокачественная опухоль (Malignancy) и

Абстракт

Патология эндометрия занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости, служит наиболее частой причиной аномальных маточных кровотечений и показанием для проведения большинства внутриматочных вмешательств. К патологии эндометрия относят полипы эндометрия (ПЭ), которые обычно представляют собой доброкачественные образования, но в редких случаях (2–13%) могут приводить к развитию аденокарциномы эндометрия и рассматриваются как один из факторов риска рака тела матки.

Вопросы диагностической ценности различных методов диагностики ПЭ остаются дискуссионными.

Большинство исследователей считает, что при наличии ПЭ целесообразно проведение их удаления под контролем гистероскопии (ГС) с обязательным гистологическим исследованием для исключения атипии и определения дальнейшей тактики ведения больных. Тактика ведения пациентки зависит от установленного гистоварианта полипа. Отмечено, что полипэктомия не исключает риск рецидивов.

В настоящее время ГС считается золотым стандартом диагностики и лечения полипов благодаря прямой визуализации полости матки. ГС не только определяет характеристики ПЭ, но и дает возможность сразу же их удалять в режиме see and treat («вижу и лечу»).

Ключевые слова: полипы эндометрия, диагностика, клиника, лечение

гиперплазия (Hyperplasia). Группа COIN включает: коагулопатию (Coagulopathy); овуляторную дисфункцию (Ovulatory dysfunction); функциональные изменения эндометрия (Endometrial); ятрогенные изменения (Iatrogenic); не классифицируемые нарушения (Not yet classified) [4, 5].

ПЭ представляют собой наиболее распространенную внутриматочную патологию, от которой в течение жизни страдают до 34,9–40% женщин. Вместе с тем точная распространенность заболевания не известна и может быть недооценена, поскольку ПЭ могут быть бессимптомными и естественным образом регрессируют почти у трети пациенток (27%). Нередко ПЭ выявляют случайно при плановом ультразвуковом исследовании (УЗИ) [6, 7].

ПЭ, в отличие от нормального эндометрия, который отторгается циклически, могут сохраняться в течение овуляторных циклов и после менопаузы. Этиология и потенциальное происхождение ПЭ как новообразований клонального происхождения неясны, общепризнанная концепция происхождения полипов отсутствует [8].

ПЭ образуются за счет гиперпластического разрастания желез и/или стромы эндометрия вокруг сосудистого стержня, что приводит к образованию полиповидной массы, выступающей в полость матки

с выраженной вариабельностью по размерам, количеству и локализации [9].

ПЭ могут быть диагностированы в любом возрасте, однако пик заболеваемости приходится на возраст от 40 до 49 лет [6, 10]. По мнению других исследователей, ПЭ чаще диагностируют у женщин в возрасте 40–60 лет и в 2 раза чаще в постменопаузе, чем в пременопаузальном периоде [11].

ПЭ по размеру могут быть от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, одиночными или множественными, частично или полностью заполняя полость матки [10, 12, 13]. Одиночные ПЭ встречаются в 80%, а множественные – в 20%. Большинство ПЭ исходят из дна матки (55,8%) и трубных углов (29,4%), увеличиваясь в размерах в сторону внутреннего зева, иногда выступая за пределы цервикального канала [14]. При проведении гистероскопии (ГС) у пациенток фертильного возраста в подавляющем большинстве случаев обнаруживались единичные ПЭ небольших размеров с узким основанием. У пациенток в пре- и постменопаузе достоверно чаще встречались множественные ПЭ крупных размеров на широком основании [15]. Какой либо взаимосвязи при изучении влияния размеров полипов на результаты гистологического заключения не установлено [16].

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЭ

Выделяют четыре вида ПЭ: железистые диагностируются у молодых женщин и образуются клетками стромального слоя; фиброзные определяются у пациенток в возрасте старше 45 лет и прорастают из фиброзных волокон; смешанные (железисто-фиброзные) состоят из соединительной ткани (основание) и железистых клеток (тело); аденоматозные, представленными измененными железистыми клеточными структурами, считаются предраковым состоянием. Аденоматозные и железистые ПЭ часто ассоциированы с эндокринными нарушениями [17].

Для железистых ПЭ характерен умеренно выраженный артериальный периферический кровоток со средними показателями периферического сосудистого сопротивления, а для железисто-фиброзных – единичные цветовые сигналы от сосудов, расположенные по периферии, со средними и высокими значениями индекса резистентности [18].

Среди редких вариантов полипов эндометрия регистрируют полипы с такими метапластическими изменениями, как плоскоклеточная, муцинозная, цилиарная, а также гиперпластическая папиллярная пролиферация [19]. Кроме того, выделяют группу полипов эндометрия у пациенток, принимающих тамоксифен [20]. По сравнению с другими полипами, они имеют больший размер и чаще всего множественные. При микроскопии в них выявляют муцинозную метаплазию желез, а также наличие отека, фиброза, децидуализации и/или миксоидных изменений в строме [20, 22].

Согласно классификации ВОЗ опухолей женских репродуктивных органов (2014) принято выделять

5 морфологических типов ПЭ: 1. Гиперпластический – с пролиферацией желез различного размера и формы с эндометриальным эпителием пролиферативного типа и наличием митотической активности. Присутствуют толстостенные сосуды. 2. Атрофический – у пациенток в постменопаузе с железами с низким призматическим или кубическим эпителием без митотической активности и фиброзной стромой. 3. Функциональный – гормонально зависимый с пролиферативными или секреторными изменениями. Строма плотная или отечная с предецидуальными изменениями. 4. Смешанный – с железами, выстланными эндометриальным и эндоцервикальным эпителием, замурованные в фиброзную строму. 5. Миоматозный – с большим количеством гладкомышечной ткани [23, 24, 25].

Установлена тесная топографическая связь серозной карциномы и ПЭ. Предполагается, что большинство случаев, если не все, серозной карциномы связаны с наличием ПЭ [26]. В октябре 2021 г. FIGO WCC (Federation of Gynecology and Obstetrics Women's Cancer Committee) предложил классификацию стадирования рака эндометрия (Endometrial Cancer Risk Molecular Categorization System for Predicting Survival and Recurrence). В данной классификации, приводимой в руководствах ESGO/ESTRO/ESP (European Society of Gynaecological Oncology; European Society for Radiotherapy and Oncology; The European Society of Pathology) стадия I (IA1) определяется как неагрессивный гистологический тип карциномы эндометрия, ограниченный полипом или ограниченный эндометрием [27].

ДИАГНОСТИКА ПЭ

Диагностика ПЭ может быть проведена с помощью УЗИ, трансвагинального УЗИ (ТВУЗИ), соногистерографии (СГГ) и ГС.

Чувствительность и специфичность УЗИ при диагностике ПЭ составили 64,8% и 77,9% соответственно. Суммарно в отношении выявления патологии эндометрия чувствительность УЗИ достигла 94,7%, а специфичность – 15,0%, что говорит о высокой выявляемости, но существенной доле ложноположительных результатов. Наименьшая точность метода отмечена при ПЭ менее 0,6 см в размерах и отсутствии АМК. УЗИ обладает рядом ограничений в верификации конкретного диагноза и ему присущи как гипер-, так и гиподиагностика [1].

В современных исследованиях высказано мнение, что УЗИ позволяет точно определять количество полипов и характер основания (тонкая ножка или широкое основание), но недостаточно информативно при рассмотрении васкуляризации и размера полипа. По-видимому, УЗИ не является надежным методом оценки ПЭ, а в случаях с сомнительными диагнозом или симптомами должна быть использована ГС [28].

Опубликованы результаты работы международных групп специалистов по стандартизации обследований

дований пациенток с заболеваниями миометрия (MUSA), эндометрия (IETA) и придатков (IOTA). В предлагаемых стандартах обследований оценка степени васкуляризации проводится субъективно и оценивается в баллах: от 1 до 4, где 0 – аваскуляризация и 4 – обильная васкуляризация [29].

Рекомендуется при подозрении на ПЭ проведение ТВУЗИ, которое служит первой линией диагностики ПЭ, визуализируемых, как гиперэхогенные образования с четкими ровными контурами и усиленной васкуляризацией. Наиболее информативно проведение ТВУЗИ в раннюю фолликулярную фазу (5–7 день менструального цикла), в ряде случаев на фоне АМК. Дополнение ТВУЗИ доплерографией позволяет с большей точностью выявить сосудистую ножку ПЭ [1, 30].

Другие исследователи считают оптимальным временем для проведения ТВУЗИ при диагностике эндометриальных поражений, в частности ПЭ, 11–13 дни фолликулярной фазы менструального цикла. Данный критерий позволяет снизить количество ошибок и повысить точность диагностики ПЭ у женщин с АМК [31].

Результаты ТВУЗИ могут оказаться малоинформативными и неспецифичными при диффузном или локальном экзогенным утолщением эндометрия. У пациенток с АМК в постменопаузе толщина эндометрия более 4 мм ассоциирована с ПЭ [32]. Причем локализация и количество ПЭ не коррелируют с клиническими симптомами [33].

Другим методом оценки полости эндометрия является ТВУЗИ в сочетании с СГГ. Этот метод предполагает введение от 5 до 30 мл подогретого физиологического раствора в полость матки с помощью тонкого катетера во время пролиферативной фазы менструального цикла. Противопоказания включают активную инфекцию матки или шейки матки и беременность. СГГ обеспечивает лучшую дифференциацию ПЭ за счет визуализации их расположения по отношению к слою эндометрия [13].

СГГ могла быть золотым стандартом диагностики ПЭ, так как она способна повышать контрастность полости матки, обеспечивать возможность визуализации мелких образований, их расположения и других особенностей новообразований эндометрия [12].

Однако другие исследователи пишут о главном недостатке СГГ – невозможности провести четкую дифференцировку между ПЭ, подслизистой миомой матки, синехиями. Также невозможно определить признаки злокачественности ПЭ, что предполагает необходимость выполнения морфологического исследования даже очень мелких образований эндометрия, тем более у пациенток в постменопаузе [34].

Высокой диагностической ценностью обладает метод сочетанного использования доплерометрии и УЗИ в В-режиме у женщин с АМК в перименопаузе и постменопаузе. Морфологические особенности, структура, границы поражения эндометриума и показатели доплерометрии четко различались между

доброкачественными и злокачественными внутриматочными образованиями. Чувствительность и специфичность при диагностике ПЭ составляли 50,0% и 97,6%. Использование УЗИ в В-режиме в сочетании с доплером в качестве неинвазивного инструмента целесообразно использовать в плановом порядке для дифференциации злокачественных и доброкачественных изменений эндометрия [35].

Малигнизация ПЭ в постменопаузе встречается редко, однако существуют четкие прогностические характеристики показателей трансвагинального цветного доплеровского УЗИ: выраженный рисунок кровотока с снижением средней скорости кровотока, пульсационного индекса и индекса резистентности (все $p < 0,05$). Такие факторы, как повышенный ИМТ, нерегулярные менструации в пременопаузе и 2 и более случаев постменопаузального кровотечения, значительно повышают риск злокачественной трансформации. Эти результаты в сочетании с ультразвуковыми характеристиками обеспечивают надежную основу для скрининга и мониторинга пациенток с ПЭ [36].

Отметим, что к факторы риска злокачественности включают в себя возраст (≥ 60 лет), постменопаузальный статус, АМК у пациентов старше 40 лет, прием тамоксифена, сопутствующие заболевания (диабет, гипертония) и наследственность [7]. К факторам риска следует относить так же отсутствие родов в анамнезе и множественные полипы. Причем распространенность предраковых и злокачественных полипов возрасла за последнее десятилетие [37].

Внедрена в практику технология трехмерного сканирования, которая позволяет получать объемные изображения в любых произвольных и ранее недоступных для 2D-визуализации плоскостях, и срезы, идентичные магнитно-резонансной томографии. Метод предоставляет детальную информацию о внешнем контуре матки и о состоянии ее полости. Чувствительность и специфичность 3D-сканирования сравнимы с таковыми при магнитно-резонансной томографии и лапароскопии и приближаются к 100% [38].

Информативность внутриматочного трехмерного УЗИ при диагностике ПЭ составила 100,00%, специфичность – 96,77%, чувствительность – 97,83%. Диагностическая эффективность метода соответствует гистологическим заключениям [39].

Широкое внедрение ГС в гинекологическую практику существенно расширило возможности диагностики и лечения патологических состояний эндометрия [40]. При обследовании на наличие ПЭ для ГС характерны более высокие показатели согласия (почти идеальное согласие) с результатами гистологического исследования по сравнению с УЗИ. Гистероскопическая биопсия после ТВУЗИ является надежным методом диагностики патологии эндометрия у женщин с АМК. УЗИ целесообразно в качестве метода первой линии, а его недостаточная информативность при наличии ПЭ предполагает применение

ГС, когда результаты УЗИ неубедительны или указывают на потенциальную злокачественность [41].

При ГС признаками злокачественности ПЭ служили гиперваскуляризация (72%), изъязвления (64%), неровная поверхность (24%). При доброкачественных ПЭ визуализировались небольшие разрастания на ножке с гладкой поверхностью (38,3%). Гистероскопически установленные язвенные изменения ПЭ наиболее тесно связаны с диагностикой злокачественных полипов: чувствительность, специфичность, отрицательная и положительная прогностическая ценность 64,0%, 100%, 94,5% и 100% соответственно [42].

Чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностические ценности гистероскопической оценки васкуляризации ПЭ для определения доброкачественной патологии составила 51,6%, 94,3%, 34,8% и 97,1% соответственно [43].

Гистероскопическая лазерная вапорезекция толщиной 2 мкм при лечении женщин с ПЭ обладает большей безопасностью и клинической эффективностью по сравнению с гистероскопической электрорезекцией [44].

Диагностическая ГС обладает наибольшей диагностической ценностью. Ее считают золотым стандартом диагностики ПЭ с чувствительностью и специфичностью 90 и 93% соответственно; положительной прогностической ценностью – 96% и отрицательной прогностической ценностью – 93%. В настоящее время благодаря прямой визуализации полости матки ГС не только определяет характеристики ПЭ, но и дает возможность сразу же их удалять в режиме see and treat («вижу и лечу») на амбулаторном этапе [2].

Среди возможных осложнений ГС следует отметить интраоперационное кровотечение, перфорация матки, повреждение периферических органов, водная интоксикация и внутриматочные спайки [45].

В ряде работ был проведен сравнительный анализ диагностических возможностей методов диагностики ПЭ. Так, в одном исследовании основной целью было сравнить диагностическую точность двухмерного ТВУЗИ (2D), трехмерного ТВУЗИ (3D) и ГС на основании гистологических заключений у пациенток с АМК. ПЭ был диагностирован у 58,0% пациенток при 2D, у 80,0% – при 3D и у 68,0% – при проведении ГС. В то время как 2D продемонстрировало точность 65,71% при обнаружении ПЭ, 3D имело точность 80,0%, а ГС – 77,77%. Чувствительностью 3D составила 96,4% при условии, что объем патологии $\geq 0,082$ см³. В этой группе женщин 3D может рассматриваться как диагностический метод первой линии и может конкурировать с инвазивными процедурами, такими как ГС [46].

Для этиологической диагностики АМК, вызванного ПЭ, ГС достигла уровня соответствия 93,3%, что значительно превзошло ТВУЗИ, у которого показатель составил 77,3%. ТВУЗИ, будучи безопасным и экономически эффективным, предпочтительно для

первоначального этиологического скрининга АМК, хотя оно несет риск гиподиагностики и неправильной диагностики. Интеграция ТВУЗИ с ГС рекомендуется для комплексной диагностической оценки поражений эндометрия у женщин в перименопаузе с АМК, облегчая раннюю диагностику и лечение [47].

Таким образом, обобщая рассмотрение методов диагностики ПЭ, можно заключить, что ТВУЗИ является распространенным методом обнаружения ПЭ, а цветная доплерография повышает точность диагностики. ГС показывает высокую диагностическую ценность при ПЭ и позволяет провести как гистологическую диагностику, так и эффективное лечение. ГС без анестезии осуществима и безопасна для диагностики и лечения ПЭ. К эффективным и безопасным технологическим инструментам для резекции ПЭ относятся лазер, резектоскопы, морцелляторы, ножницы\захваты [48]. Как ТВУЗИ, так и ГС могут обнаруживать аномалии эндометрия с различной точностью. Они могут дополнять и повышать точность диагностики. Первой процедурой при АМК должно быть ТВУЗИ, а при необходимости следует провести ГС с направленной биопсией [49].

ТВУЗИ остается исследованием первой линии. В ситуациях, когда диагноз полипа при ТВУЗИ остается под вопросом, рассмотрение СГГ или 3D-ультразвука можно рассматривать как альтернативные методы диагностической визуализации. Гистеросальпингография, КТ и МРТ не полезны для диагностики полипов эндометрия. ГС с биопсией остается золотым стандартом как для диагностики, так и для лечения. ГС преследует три цели: 1) полная резекция, 2) минимизация рецидива и 3) получение образца для исследования [50].

Отдельного рассмотрения заслуживают сообщения о частоте спонтанной регрессии ПЭ и их рецидивах. Сообщается, что спонтанная регрессия полипов установлена у 23% пациенток, подтвержденная при гистероскопическом исследовании. Причем ассоциация возраста пациентки (<45 лет), пременопаузального периода, размера полипа (<2 см) и АМК служат прогностическими факторами спонтанной регрессии эндометриальных полипов ($p < 0,05$). При ГС у женщин в постменопаузе установлено наличие персистирующих ПЭ [51].

РЕЦИДИВЫ ПЭ

Частота рецидивов ПЭ, даже после полного удаления, остается высокой и достигает 43,6% случаев. Предыдущие полипэктомии, множественные ПЭ и эндометриоз являются факторами, связанными с более высоким риском рецидива. Риск рецидива среди женщин большим количеством ПЭ был в 4,08 (95% доверительный интервал [ДИ] 1,89–8,81) раза выше, чем у пациенток с 1 ПЭ через 1 год после полипэктомии (частота рецидива 45,5% и 13,4% соответственно). Большое количество ПЭ, эндометриоз, полипэктомия в анамнезе были независимо связаны с рецидивом полипа. Предполагается, что большое

количество EP представляет собой отдельную подгруппу с различным патогенезом, что требует частого мониторинга и профилактики [52].

Частота рецидивов ПЭ после резекции неизвестна. Лечение после гистероскопической полипэктомии эффективно и имеет низкий уровень рецидивов у пациентов с малым количеством ПЭ [53]. Частота рецидивов еще больше снижается, если гистероскопическая полипэктомия сочетается с абляцией эндометрия или установкой внутриматочной спирали, содержащей левоноргестрел [54]. Однако данные в поддержку этих рекомендаций ограничены, и в настоящее время их использование ограничено. Установлено, что у пациенток с ПЭ на фоне приема тамоксифена внутриматочная спираль с левоноргестрелом подавляет рост полипов и может рассматриваться как часть плана лечения [13]. В то же время высказано мнение, что ПЭ и подслизистые лейомиомы могут развиваться у пользователей внутриматочной спирали с левоноргестрелом, что может вызвать АМК [55].

При одномерном анализе рецидивирующие ПЭ были значительно крупнее, имели более высокий стромальный митотический индекс и выраженные толстостенные сосуды. Однако при многофакторном регрессионном анализе ни один клинико-патологический признак не был значимо связан с рецидивом. За время наблюдения за пациентами основной и контрольной групп при средней продолжительности наблюдения 23 и 34 месяца соответственно не было диагностировано ни одного злокачественного новообразования. Рецидив ПЭ встречается относительно редко (5,6%) и не предвещает повышенного риска малигнизации. Не установлены какие-либо клинико-патологические критерии прогнозирования рецидива [56].

Интересным представляется следующее сообщение: 30 женщинам с бесплодием, у которых ПЭ были подтверждены СГГ назначали 400 мг мизопростол - 200 мг перорально и 200 мг вагинально. Через 8 часов проводилась повторная СГГ. У 12 из 30 женщин полипов обнаружено не было. Авторы заключают, что мизопростол может быть использован в качестве безопасного и недорогого средства первой линии перед выполнением гистероскопической полипэктомии [57].

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПЭ

Эксперты AAGL (American Association of Gynecologic Laparoscopists) приняли следующие рекомендации по диагностике и ведению женщин с ПЭ:

- ТВУЗИ – надежный и достоверный метод обнаружения ПЭ, рекомендованный в качестве метода выбора в ситуациях, когда его выполнение возможно.
- Дополнение исследования цветным или энергетическим доплером увеличивает диагностические возможности ТВУЗИ в отношении ПЭ.

- Сонография с внутриматочным контрастированием (с 3D-визуализацией или без нее) улучшает диагностические возможности выявления ПЭ.
- Кюретаж и биопсию «вслепую» не следует использовать для диагностики ПЭ [58].

Тактика ведения пациенток с ПЭ определяется рядом рекомендаций. Международный комитет экспертов-гинекологов разработал рекомендации по тактике ведения пациенток с подозрением на патологию эндометрия. В соответствии с этими руководствами слепые методы (выскабливание, аспирационная биопсия) не рекомендованы ни как метод диагностики, ни как метод лечения ПЭ. Слепые методы не являются надежными для диагностики ПЭ, и только в условиях ограниченных ресурсов и отсутствия возможности выполнить офисную ГС допустимо их использование [59]. Лабораторные исследования также учитываются при АМК. Исследования должны включать анализ мочи на беременность, общий анализ крови и анализ коагуляции, чтобы исключить анемию и коагулопатию [13].

Существуют разногласия о целесообразности удаления ПЭ перед спонтанной беременностью, внутриматочной инсеминацией (ВМИ) или экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО). Показана эффективность удаления ПЭ при необъяснимом бесплодии; перед проведением ВМИ. Однако нет убедительных доказательств, целесообразности полипэктомии при планировании ЭКО или во время контролируемой стимуляции яичников. Не определены размеры полипов, которые следует удалять у женщин с бесплодием, но клиницисты должны помнить, что небольшие полипы эндометрия (<10 мм) иногда спонтанно регрессируют. Полипэктомия эндометрия в настоящее время оправдана у пациенток с повторной неудачей ЭКО. Тактика при ПЭ должна быть индивидуальной в зависимости от ситуации и предпочтений врача [60].

Бессимптомные ПЭ эндометрия у женщин в постменопаузе следует удалять в случае большого диаметра (> 2 см) или у пациенток с факторами риска развития карциномы эндометрия. Иссечение ПЭ размером менее 2 см у бессимптомных пациенток в постменопаузе не влияет на экономическую эффективность или выживаемость. Удаление бессимптомных полипов у женщин в пременопаузе следует рассматривать у пациенток с факторами риска развития рака эндометрия [61].

Единственным эффективным методом хирургического лечения ПЭ у пациенток всех возрастных групп является гистероскопическая полипэктомия. У пациенток в пре- и постменопаузе чаще встречаются множественные ПЭ, ПЭ крупных размеров и имеющие широкое основание, в связи с чем предпочтительно применение метода электрорезекции. Помимо полипэктомии у пациенток всех возрастных групп необходимо исследование окружающего эндометрия, состояние которого определяет дальнейшую тактику ведения [15].

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. Проведение полипэктомии под визуальным контролем ГС является оптимальным методом терапии ПЭ. Различные гистероскопические методики обладают схожей эффективностью: резектоскопия, диодный лазер, внутриматочная морцелляция, использование щипцов и ножниц [30].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПЭ являются частым гинекологическим заболеванием. Частота ПЭ оценивается примерно в 25%.

CONTEMPORARY ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENDOMETRIAL POLYPS

Vadim Frolov¹, Vahe Ter-Minasyan², Gagik Bazikyan², Hripsime Mokatsyan², Ara Drampyan², Vahan Manvelyan²

¹Astghik Medical Center, Yerevan, Armenia
²National Institute of Health named After Academician S. Avdalbekyan, Yerevan, Armenia

Abstract

Endometrial pathology occupies one of the leading positions in the structure of gynecological morbidity, is the most frequent cause serves as the most common cause of abnormal uterine bleeding and an indication for the majority of the intrauterine interventions. Endometrial pathology includes endometrial polyps (EP), which are usually benign formations, but in rare cases (2-13%) can lead to the development of endometrial adenocarcinoma and are considered one of the risk

Пожилой возраст, гиперэстрогения, гипертония и использование тамоксифена признаны обычными элементами риска развития ПЭ. Этиопатогенез ПЭ точно не выяснен, но считается, что определенные факторы, такие как сахарный диабет, гормональные факторы или артериальная гипертония, вносят значительный вклад. Диагностика ПЭ в основном проводится с помощью визуализации. ТВУЗИ является основным исследованием при ПЭ. Гистероскопическая резекция в настоящее время является «золотым стандартом» лечения этого заболевания. Гистерэктомия является окончательным лечением ЭП, но она требует разумных показаний и адекватного консультирования пациентки. Подавляющее большинство ПЭ являются доброкачественными, но они могут быть гиперпластическими, со злокачественными изменениями [62].

factors for uterine cancer.

The issues of the value of the various diagnostic s methods for diagnosing PE remain debatable.

Most researchers believe that in the presence of EP, it is advisable to remove them under hysteroscopy control (HS) following by the mandatory histological examination to exclude atypia and determine further tactics of patient management. The tactics of patient management depend on the established histological variant of the polyp. It is noted that polypectomy does not exclude the risk of relapse.

Currently, HS is considered as a gold standard for the diagnosis and treatment of polyps due to direct visualization of the uterine cavity. HS not only determines the characteristics of EP, but also makes it possible to immediately remove them in the see and treat mode.

Keywords: endometrial polyps, diagnostics, clinical picture, treatment

ԷՆԴՈՄԵՏՐԻՈՒՄԻ ՊՈԼԻՊՆԵՐԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ՏԵՍԱԿԵՏԵՐԸ

Վադիմ Ֆրոլով¹, Վահե Տեր-Մինասյան², Գագիկ Բազիկյան², Հռիփսիմե Մոկատյան², Արա Դրամփյան², Վահան Մանվելյան²

¹«Աստղիկ» բժշկական կենտրոն, Երևան, Հայաստան
²Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարության Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան

Ամփոփագիր

Էնդոմետրիոմի պաթոլոգիան զբաղեցնում է առաջատար տեղերից մեկը գինեկոլոգիական հիվանդացության կառուցվածքում՝ հանդիսանալով արգանդի անորմալ արյունահոսությունների ամենատարածված պատճառն ու ներարգանդային միջամտությունների մեծ մասի ցուցումը: Էնդոմետրիոմի պոլիպները (ԷՊ) հանդիսանում են էնդոմետրիոմի պաթոլոգիա, հիմնականում բարորակ գոյացություններ, սակայն հազվադեպ՝ 2-13% դեպքերում, կարող են հանգեցնել էնդոմետրիոմի աղետոսկար-

ցինոմայի զարգացման, ինչպես նաև համարվում են արգանդի քաղցկեղի ռիսկի գործոններից մեկը:

ԷՊ ախտորոշման տարբեր մեթոդների ախտորոշիչ արժեքը մնում է հակասական:

Հետազոտողների մեծամասնությունը կարծում է, որ ԷՊ առկայության դեպքում նպատակահարմար է հեռացնել դրանք հիստերոսկոպի (ՀՍ) հսկողության ներքո՝ պարտադիր հյուսվածաբանական հետազոտությամբ՝ ատիպիան բացառելու և հիվանդի վարման հետագա մարտավարությունը որոշելու համար: Հիվանդի վարման մարտավարությունը կախված է պոլիպի հայտնաբերված հիստոպարիանտից: Նշվում է, որ պոլիպեկտոմիան չի բացառում ախտակրկնության ռիսկը:

Ներկայումս ՀՍ համարվում է ոսկե ստանդարտ պոլիպների ախտորոշման և բուժման համար՝ արգանդի խոռոչի անմիջական վիզուալացման շնորհիվ: ՀՍ ոչ միայն որոշում է ԷՊ բնութագիրը, այլև հնարավորություն է տալիս անմիջապես հեռացնել այն see and treat ռեժիմով («Տեսնում և բուժում են»):

Հիմնաբառեր. էնդոմետրիոմի պոլիպներ, ախտորոշում, կլինիկա, բուժում

Список литературы

- Иванов ИА, Костюков КВ, Чернуха ГЕ. Дигностическая значимость ультразвукового исследования при различных видах патологии эндометрия в репродуктивном периоде. *Медицинский совет*. 2023; 17(5):22-28.
- Габидуллина РИ, Смирнова ГА, Зарипова АШ, Валеева ЕВ, Шигабутдинова ТН, Сирматова ЛИ. Полипы эндометрия: состояние проблемы и предикция. *Практическая медицина*. 2023;21(2):21-25.
- Хачатрян АС, Доброхотова ЮЭ, Ильина ИЮ, Казанцев СН. Современный взгляд на ведение пациенток с полипами эндометрия. *РМЖ. Мать и дитя*. 2024; 7(1): 35-40.
- Жураев ИИ, Закирова НИ. Аномалии маточного кровотечения. In *Proceedings of International Conference on Scientific Research in Natural and Social Sciences*. 2024; 3(2):171-179.
- Karena ZV, Mehta AD, Vikani S. Palm-COEIN classification for abnormal uterine bleeding: A study of its practical applicability and distribution of causes. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*. 2023; 14(6):681-684.
- Оразов МР, Михалева ЛМ, Пойманова ОФ, Муллина ИА. Механизмы патогенеза эндометриальных полипов у женщин репродуктивного возраста. *Обзор литературы. Гинекология*. 2022;24(4):246-250.
- Lim JW, Simpson A, Shirreff L. Endometrial polyps. *CMAJ*. 2024;196(8):E265-E265.
- Sahoo SS, Aguilar M, Xu Y et al. Endometrial polyps are non-neoplastic but harbor epithelial mutations in endometrial cancer drivers at low allelic frequencies. *Mod Pathol*. 2022;35(11):1702-1712.
- Dao A, Pan C. Advances in the Study of Pathological Histology and Pathogenesis of Endometrial Polyps. *Current Research in Medical Sciences*. 2023;2(4):47-53.
- Оразов МР, Михалева ЛМ, Пойманова ОФ. Гистероскопическая диагностика полипов эндометрия, ассоциированных с хроническим эндометритом. *Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения*. 2024; 12(S):141-147.
- Кобаидзе ЕГ, Матвеева ЮН, Ширинкина ЕВ, Статных НВ, Пирожникова НМ. Клиническая характеристика пациенток с эндометриальными полипами в постменопаузе. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2022;16(3):255-265.
- Nijkang NP, Anderson L, Markham R, Manconi F. Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment. *SAGE Open Med*. 2019;7:1-12.
- Mansour T, Chowdhury YS. Endometrial Polyp. 2023 Apr 25. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32491756.
- Vieira MD, Vitagliano A, Rossette MC, Albuquerque Neto LC, Gallo A, Sardo AD. Endometrial Polyps: Update Overview on Etiology, Diagnosis, Natural History and Treatment. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*. 2022;49(10):232.
- Ярин ГЮ, Люфт ЕВ, Вильгельми ИА. Опыт дифференцированного подхода к хирургическому лечению полипов эндометрия. *Сибирское медицинское обозрение*. 2020; 1(121):78-83.
- Tekin S, Ocal A, Sisman E, Bilginer C, Cetin A. Histological assessment of endometrial polyps resected by hysteroscopy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2024;28(8):3241-3250.
- Саноев БА, Мухидова ГХ. Макро и микроскопические проявления полипа эндометрия. *Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences*. 2022; 2(2):835-840.
- Костюшов ВЕ, Арутюнян АФ, Гайдуков СН., Терскова Т.В. Особенности доплерометрических показателей при различных морфологических формах полипов эндометрия. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2018; 20(5):15-19.
- Nicolae A, Preda O, Nogales FF. Endometrial metaplasias and reactive changes: a spectrum of altered differentiation. *Journal of clinical pathology*. 2011;64(2):97-106.
- Jeon SJ, Lee JI, Lee M, Kim HS, Kim JW, Park NH, Song YS. Endometrial polyp surveillance in premenopausal breast cancer patients using tamoxifen. *Obstetrics and Gynecology Science*. 2017;60(1):26-31.
- Kutuk MS, Goksedef BP. A postmenopausal woman developed a giant endometrial polyp during Raloxifene treatment. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2011;31(7):672.
- Ünal B, Doğan S, Karaveli FŞ, Şimşek T, Erdoğan G, Candaner I. Giant endometrial polyp in a postmenopausal woman without hormone/drug use and vaginal bleeding. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. 2014;1:518398.
- Carvalho FM, Aguiar FN, Tomioka R, de Oliveira RM, Frantz N, Ueno J. Functional endometrial polyps in infertile asymptomatic patients: a possible evolution of vascular changes secondary to endometritis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2013;170(1):152-156.
- Kenny SL, McCluggage WG. Adenomyomatous polyp of the endometrium with prominent epithelioid smooth muscle differentiation: report of two cases of a hitherto undescribed lesion. *International Journal of Surgical Pathology*. 2014;22(4):358-363.
- Malpica A, Euscher ED. Biopsy interpretation of the uterine cervix and corpus: Second edition. *Wolters Kluwer Health Adis (ESP)*, 2014. 344 p.
- Hui P. Endometrial polyp in postmenopausal women: an epicenter for the development of endometrial serous carcinoma. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 2023;147(4):413-417.
- Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C et al. Endometrial Cancer Staging Subcommittee, FIGO Women's Cancer Committee. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;162(2):383-394.
- Rouholamin S, Irannezhad P, Hashemi M. Comparison of Endometrial Polyp Characteristics in Transvaginal Sonography and Hysteroscopy in Predicting Endometrial Malignancies in Premenopausal and Postmenopausal Women. *Advanced Biomedical Research*. 2024;13(1):27.
- Озерская И.А. Стандартизация ультразвукового исследования органов малого таза у женщин. *Медицинская визуализация*. 2018;(5):84-93.
- Клинические рекомендации Российское общество акушеров-гинекологов – Полипы эндометрия – 2023-2024-2025 (25.04.2023) – Утверждены Минздравом РФ. 16 с.
- Rasekh Jahromi A, Ebadat H, Jokar M, Taghipour N, Rahmani V. Optimal Timing of Transvaginal Ultrasound to Diagnose Endometrial Polyps in Women with Abnormal Uterine Bleeding. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2024;14:1-8.
- Maia H, Barbosa IC, Marques D, Calmon LC, Ladipo OA, Coutinho EM. Hysteroscopy and transvaginal sonography in menopausal women receiving hormone replacement therapy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1996;4(1):13-8.
- Hassa H, Tekin B, Senses T, Kaya M, Karatas A. Are the site, diameter, and number of endometrial polyps related with

- symptomatology? *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(3):718-21.
34. Sabry AS, Fadl SA, Szmigielski W, Alobaidely A, Ahmed SS, Sherif H, Yousef RR, Mahfouz A. Diagnostic value of three-dimensional saline infusion sonohysterography in the evaluation of the uterus and uterine cavity lesions. *Polish journal of radiology.* 2018;83:e482.
 35. Nguyen PN, Nguyen VT. Additional value of Doppler ultrasound to B-mode ultrasound in assessing for uterine intracavitary pathologies among perimenopausal and postmenopausal bleeding women: a multicentre prospective observational study in Vietnam. *J Ultrasound.* 2023;26(2):459-469.
 36. Meng Q, Ge N, Fan Y, Li L. Analysis of ultrasonic imaging changes and factors related to malignant transformation in postmenopausal patients with endometrial polyps. *American Journal of Translational Research.* 2024;16(7):3055.
 37. Jang S, Hwang SO. The risk factors for premalignant and malignant endometrial polyps in premenopausal and postmenopausal women and trends over the past decade: A retrospective study in a single center, South Korea. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* 2024;295:118-23.
 38. Аракелян АС, Гус АИ, Адамян ЛВ, Попрядухин АЮ, Бойкова ЮВ. Роль 3D-эхографической диагностики в выборе тактики реконструктивно-пластических операций при аномалиях развития матки и влагалища. *Проблемы репродукции.* 2021;27(4):32-42.
 39. Yang J. Assessing Intracavitary Three-Dimensional Ultrasound for Endometrial Polyps Diagnosis. *Advances in Obstetrics and Gynecology Research.* 2023;1(3):44-9.
 40. Эркинбаева ДЭ, Жуманиязов КА, Дусчанова ЗО. Внутриматочные патологии в структуре бесплодия женщин и значение гистероскопии в диагностике и лечении. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science.* 2023;4(6):684-689.
 41. Ashmawy NE, Assar TM, Negm AA, Youssef YS. Ultrasound Findings versus Hysteroscopic Guided Endometrial Histopathological Findings in Women with Postmenopausal Bleeding. *Benha Medical Journal.* 2024; 41(4):185-196.
 42. Ngo YG, Fu HC, Chu LC, Tseng CW, Chen CY, Lee CY, Ou YC. Specific hysteroscopic findings can efficiently distinguish the differences between malignant and benign endometrial polyps. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020;59(1):85-90.
 43. Shor S, Pansky M, Maymon R, Vaknin Z, Smorgick N. Prediction of Premalignant and Malignant Endometrial Polyps by Clinical and Hysteroscopic Features. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(7):1311-1315.
 44. Ren H, Duan H, Wang S, Chang Y. Hysteroscopy Combined with Laser Vaporesction for Endometrial Polyps. *J Invest Surg.* 2022;35(10):1772-1778.
 45. Zhao A, Du X, Yuan S, Shen W, Zhu X, Wang W. Automated detection of endometrial polyps from hysteroscopic videos using deep learning. *Diagnostics.* 2023;13(8):1409.
 46. Kutlucan H, İşik G, Cevher Akdulm MF, Demirdağ E, Erdem Ö, Bozkurt N. Comparison of Two-Dimensional Transvaginal Ultrasound, Three-Dimensional Transvaginal Ultrasound and Hysteroscopy to Diagnose in Patients With Abnormal Uterine Bleeding: A Retrospective Observational Study. *Journal of Diagnostic Medical Sonography.* 2023;39(3):238-48.
 47. Tuersun B, Zhang Q. Application of Vaginal Ultrasound and Hysteroscopy in the Diagnosis of Perimenopausal Endometrial Lesions. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2024; 51(6):128.
 48. Raz N, Feinmesser L, Moore O, Haimovich S. Endometrial polyps: diagnosis and treatment options - a review of literature. *Minimally Invasive Therapy and Allied Technologies.* 2021;30(5):278-287.
 49. Jadhav Riddhi, Ankita Yadav. A prospective comparative study of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy as diagnostic modalities in evaluation of abnormal uterine bleeding. *International Journal of Life Sciences Biotechnology and Pharma Research.* 2023;12(2): 118-122.
 50. Bougie O, Randle E, Thurston J, Magee B, Warshafsky C, Rittenberg D. Guideline No. 447: Diagnosis and Management of Endometrial Polyps. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2024;46(3):102402.
 51. Yuksel S, Tuna G, Celik HG, Salman S. Endometrial polyps: Is the prediction of spontaneous regression possible?. *Obstetrics and Gynecology Science.* 2021;64(1):114-21.
 52. Gu F, Zhang H, Ruan S, et al. High number of endometrial polyps is a strong predictor of recurrence: findings of a prospective cohort study in reproductive-age women. *Fertil Steril.* 2018;109(3):493-500.
 53. Tanos V, Berry KE, Seikkula J et al. The management of polyps in female reproductive organs. *Int J Surg.* 2017;43:7-16.
 54. Yang JH, Chen CD, Chen SU, Yang YS, Chen MJ. Factors Influencing the Recurrence Potential of Benign Endometrial Polyps after Hysteroscopic Polypectomy. *PLoS One.* 2015;10(12):e0144857.
 55. Kuzel D, Lisa Z, Fanta M, Zizka Z, Boudova B, Cindrova-Davies T, Mara M. Hysteroscopic management of endometrial polyps and submucous leiomyomas in women using a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2022;31(4):615-619.
 56. Ciscato A, Zare SY, Fadare O. The significance of recurrence in endometrial polyps: a clinicopathologic analysis. *Hum Pathol.* 2020;100:38-44.
 57. Afatoonian A, Pezeshkpour Z, Mehrohasani Y, Tabibnejhad N. The effect of misoprostol on the removal of endometrial polyps: A pilot clinical trial. *Int J Reprod Biomed.* 2022;20(6):461-468.
 58. Worldwide AA. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. *Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2012;9(1):3-10.
 59. Vitale SG, Buzzaccarini G, Riemma G et al. Endometrial biopsy: Indications, techniques and recommendations. An evidence-based guideline for clinical practice. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2023;52(6):102588.
 60. Jee BC, Jeong HG. Management of endometrial polyps in infertile women: A mini-review. *Clin Exp Reprod Med.* 2021;48(3):198-202.
 61. Vitale SG, Haimovich S, Laganà AS, Alonso L, Sardo ADS, Carugno J and From the Global Community of Hysteroscopy Guidelines Committee. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* 2021; 260:70-77.
 62. Berceanu C, Cernea N, Căpitănescu RG, et al. Endometrial polyps. *Rom J Morphol Embryol.* 2022;63(2):323-334.