

# Обзор мировых и отечественных клинических рекомендаций по менеджменту пациенток с полипами эндометрия

М.Р. Оразов<sup>✉1</sup>, Л.М. Михалева<sup>2</sup>, О.Ф. Пойманова<sup>1</sup>, И.А. Муллина<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия;

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт морфологии человека им. акад. А.П. Авцына ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия

## Аннотация

Полип эндометрия (ПЭ) – это распространенное заболевание слизистой оболочки матки в репродуктивном возрасте, пери- и постменопаузе. В качестве основного метода диагностики ПЭ рекомендована гистероскопия, лечения – полипэктомия. Несмотря на многие годы изучения ПЭ, сохраняются «белые пятна» в понимании их патогенеза; не унифицированы подходы к диагностике и терапии ПЭ, что затрудняет врачей-гинекологов в принятии взвешенных решений о тактике ведения пациенток с этим заболеванием. Это обстоятельство определило направленность нашего исследования. Для оценки имеющихся рекомендаций по диагностике и выбору тактики лечения ПЭ мы проанализировали клинические руководства от Американского общества гинекологов-эндоскопистов, Норвежского общества акушеров и гинекологов, проект клинических рекомендаций «Полипы эндометрия» от Российского общества акушеров-гинекологов (по состоянию на 28.07.2022 не утверждены Минздравом России), а также гайдлайн Королевского колледжа акушеров-гинекологов по ведению женщин с гиперплазией эндометрия. Выполненный анализ позволил сделать вывод, что рекомендации в действующих клинических руководствах по ведению женщин с ПЭ рассогласованы, четко не регламентирован диагностический алгоритм при подозрении на ПЭ; не определены показания к выжидательной тактике, хирургическому лечению ПЭ; не сформулированы критерии высокого онкологического риска, требующего оперативного лечения ПЭ. Прояснение этих вопросов поможет врачам-гинекологам в принятии обоснованных решений при выборе метода лечения.

**Ключевые слова:** полипы, эндометрий, репродуктивный возраст, постменопауза, клинические рекомендации, полипэктомия, гистероскопия, обзор

**Для цитирования:** Оразов М.Р., Михалева Л.М., Пойманова О.Ф., Муллина И.А. Обзор мировых и отечественных клинических рекомендаций по менеджменту пациенток с полипами эндометрия. Гинекология. 2022;24(5):427–431. DOI: 10.26442/20795696.2022.5.201900

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2022 г.

BEST PRACTICE

## A review of international and national clinical guidelines for the management of patients with endometrial polyps

Mekan R. Orazov<sup>✉1</sup>, Liudmila M. Mikhaleva<sup>2</sup>, Olga F. Poymanova<sup>1</sup>, Irina A. Mullina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>People's Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Avtsyn Research Institute of Human Morphology of Petrovsky National Research Centre of Surgery, Moscow, Russia

## Abstract

Endometrial polyp (EP) is a common disease of the uterine mucosa in reproductive age, peri- and post-menopause. Hysteroscopy is the primary method of diagnosing EP, and polypectomy is the method of choice for treatment. Despite many years of research on EP, there are still gaps in the understanding of its pathogenesis; approaches to the diagnosis and therapy of EP are not standardized, which makes it difficult for gynecologists to make informed decisions about the management of patients with this disease. It determined the focus of our work. We reviewed clinical guidelines for EP diagnosis and treatment from the American Society of Gynecological Endoscopy, the Norwegian Society for Gynecology and Obstetrics, the draft clinical guidelines "Endometrial polyps" from the Russian Society for Obstetrics and Gynecology (as of July 28, 2022, not approved by the Russian Ministry of Health); as well as the Royal College of Obstetricians and Gynecologists guideline on the management of women with endometrial hyperplasia. The review has led to the conclusion that the recommendations in the current clinical guidelines for the management of women with EP are inconsistent and the diagnostic algorithm for suspected EP is not well-established; the indications for the wait-and-see, surgical treatment of EP are not defined; criteria of high oncological risk requiring surgical treatment of EP are not formulated. Clarifying these issues will help gynecologists make informed decisions about treatment options.

**Keywords:** polyps, endometrium, reproductive age, postmenopause, clinical guidelines, polypectomy, hysteroscopy, review

**For citation:** Orazov MR, Mikhaleva LM, Poymanova OF, Mullina IA. A review of international and national clinical guidelines for the management of patients with endometrial polyps. Gynecology. 2022;24(5):427–431. DOI: 10.26442/20795696.2022.5.201900

## Информация об авторах / Information about the authors

<sup>✉</sup>Оразов Мекан Рахимбердыевич – д-р мед. наук, проф., проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1767-5536

Михалева Людмила Михайловна – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., дир. НИИМЧ им. акад. А.П. Авцына ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского». ORCID: 0000-0003-2052-914X

Пойманова Ольга Федоровна – аспирант каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. ORCID: 0000-0002-2150-7818

<sup>✉</sup>Mekan R. Orazov – D. Sci. (Med.), Prof., People's Friendship University of Russia (RUDN University). E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1767-5536

Liudmila M. Mikhaleva – D. Sci. (Med.), Prof., Corr. Memb. RAS, Avtsyn Research Institute of Human Morphology of Petrovsky National Research Centre of Surgery. ORCID: 0000-0003-2052-914X

Olga F. Poymanova – Graduate Student, People's Friendship University of Russia (RUDN University). ORCID: 0000-0002-2150-7818

## Актуальность

Полип эндометрия (ПЭ) – это распространенное заболевание слизистой оболочки матки, встречающееся у женщин всех возрастов. Морфологически ПЭ представляет собой локализованное гиперпластическое разрастание эндометриальных желез и стромы вокруг сосудистого стержня. В комплексе эти структуры формируют доброкачественное образование, «сидящее» непосредственно на поверхности эндометрия или прикрепленное к нему «ножкой». ПЭ могут быть одиночными или множественными, иметь размеры от нескольких миллиметров до сантиметров. Точная распространенность полипов неизвестна, что связано с частым бессимптомным течением и возможностью спонтанной регрессии образования. Согласно данным литературы, ПЭ поражают в среднем 7,8% женщин во всем мире, но регистрируемая заболеваемость варьирует в широких пределах и зависит от изучаемой когорты и применяемого диагностического метода [1–5]. Так, среди симптоматических пациенток в пременопаузе распространенность ПЭ составляет 10–40%; в постменопаузе – 5,3–32,9%; у бессимптомных женщин в постменопаузе – 13–37,9%; у пациенток с маточным кровотечением ПЭ обнаруживают в 40% наблюдений, с субфертильностью – в 32% [1, 2].

Течение ПЭ, как правило, доброкачественное, а риск малигнизации низкий – в 1–3% наблюдений [4, 6–9]. Однако именно этот риск считают основным показанием к хирургическому удалению образований даже при бессимптомном течении заболевания [2–5]. Вероятность злокачественной трансформации ПЭ возрастает с увеличением возраста и, по некоторым данным, в постменопаузе может достигать 12,9% [2, 10–12].

Представления о естественной динамике развития эндометриальных полипов довольно ограничены, но есть данные, что каждый 4-й ПЭ (25%) регрессирует спонтанно, без лечения [2, 13]. ПЭ зачастую обнаруживают случайно при ультразвуковом исследовании (УЗИ), гистероскопии или гистерэктомии, выполненным по другим показаниям, поскольку у большинства пациенток (до 60–80%) сами полипы протекают бессимптомно [1, 2, 5, 10–12]. При наличии клинических проявлений наиболее часто регистрируют маточные кровотечения (межменструальные кровянистые выделения и/или меноррагии), реже – инфертильность [2, 5, 10]. Важно отметить, что выраженность симптомов не коррелирует с количеством, диаметром или расположением полипов [2].

Несмотря на многие годы изучения этой формы заболевания эндометрия, сохраняются «белые пятна» в понимании его патогенеза и механизмов рецидивирования; нет единых подходов к диагностике и лечению. Прояснение этих вопросов поможет врачам-гинекологам в принятии обоснованных решений при выборе тактики ведения пациентки с ПЭ.

**Цель работы** – проанализировать и обобщить имеющиеся клинические рекомендации по ведению пациенток с ПЭ от авторитетных российских и мировых сообществ.

## Материалы и методы

С целью анализа имеющихся рекомендаций о ведении ПЭ мы рассмотрели практические руководства по менеджменту пациенток с гиперплазией и ПЭ от ведущего российского и авторитетных зарубежных профессиональных сообществ. Нас интересовали главным образом вопросы диагностики и выбора тактики лечения пациенток с ПЭ.

В настоящий обзор включены клинические рекомендации по диагностике и ведению ПЭ от Американского об-

щества гинекологов-эндоскопистов (American Association of Gynecologic Laparoscopists – AAGL) [2]; Норвежского общества акушеров и гинекологов (The Norwegian Society of Obstetrics and Gynecology – NFOG) [10], проект клинических рекомендаций «Полипы эндометрия» от Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ; по состоянию на 28.07.2022 не утверждены Минздравом России) [11], а также гайдлайн Королевского колледжа акушеров-гинекологов по ведению женщин с гиперплазией эндометрия (Royal College of Obstetrician and Gynecologists – RCOG) [12].

Наиболее значимыми мировыми рекомендациями по диагностике и ведению женщин с ПЭ считают практическое руководство AAGL от 2012 г. [2]. Несмотря на 10 лет, прошедшие с момента принятия данного гайдлайна, в проблемах патогенеза ПЭ, механизмов рецидивирования, причин клинической манифестации или бессимптомного лечения сохранилось немало нерешенных вопросов, и коренных изменений в понимании и подходах к ведению пациенток с ПЭ не произошло.

## Клинико-anamnestические факторы

Наиболее значимыми факторами злокачественного риска у пациенток с ПЭ признаны пожилой возраст [2], кровотечение в постменопаузе, наличие больших полипов у постменопаузальных пациенток (даже у бессимптомных) [10], терапия тамоксифеном [2, 10–12]. Размер полипа может служить индикатором онкологического риска, но результаты исследований противоречивы, что не позволяет сделать однозначный вывод. Другие известные факторы риска рака эндометрия (ожирение, сахарный диабет и артериальная гипертензия) также могут увеличивать риск злокачественной трансформации ПЭ [2].

При диагностике эндометриальных полипов и выборе лечебной тактики эксперты AAGL рекомендуют учитывать следующие клинико-anamnestические факторы [2]:

1. Пожилой возраст – наиболее распространенный фактор риска формирования ПЭ (уровень убедительности рекомендаций В).
2. У женщин с симптомами наиболее частым клиническим проявлением ПЭ служит маточное кровотечение (уровень В).
3. У инфертильных женщин чаще диагностируют ПЭ (уровень В).
4. ПЭ (особенно небольшого размера) могут регрессировать без лечения у 25% пациенток (уровень А).
5. Некоторые лекарственные препараты, такие как тамоксифен, могут predispose к формированию ПЭ (уровень В).
6. Несмотря на то, что злокачественная трансформация ПЭ происходит редко, при наличии маточного кровотечения и факта терапии тамоксифеном с повышением возраста увеличивается онкологический риск (уровень В) [2].

Эксперты RCOG отмечают, что женщин, принимающих тамоксифен, необходимо предупреждать о рисках формирования гиперплазии эндометрия и ПЭ, вероятности их злокачественной трансформации и важности немедленного обращения к врачу при кровянистых выделениях из влагалища [12].

## Диагностика ПЭ

В качестве методов диагностики ПЭ ведущие мировые и отечественные рекомендации упоминают УЗИ (жела-

тельно трансвагинальное – ТВУЗИ), гистероскопию и гистологическое исследование биоптата или операционного материала [2, 10–12].

При ТВУЗИ эндометриальный полип обычно выглядит как гиперэхогенное образование в просвете матки, с правильными контурами, окруженное тонким гиперэхогенным ореолом, или как локальное утолщение эндометрия; внутри полипа могут определяться кисты [2]. Однако эти признаки неспецифичны и могут свидетельствовать о других заболеваниях (например, о миоме матки). В разных исследованиях по-разному оценены чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическая ценность ТВУЗИ (соответственно 19–96, 53–100, 75–100 и 87–97%) [2, 14–16].

Доплерография увеличивает чувствительность ТВУЗИ до 91 и 97% у пациенток с симптомами и без симптомов соответственно; специфичность до 95%. Сонография с внутриматочным контрастированием физиологическим раствором или гелем позволяет визуализировать небольшие ПЭ, пропущенные при ТВУЗИ, что повышает точность диагностики. Кроме того, с помощью этого метода можно оценить полость матки и проходимость маточных труб. Однако и он проигрывает гистероскопии с биопсией в диагностике ПЭ, показывая чувствительность 58–100%, специфичность 35–100%, положительную прогностическую ценность 70–100% [2]. Другим недостатком можно считать дискомфорт пациентки или боль во время обследования. Эксперты AAGL полагают, что более достоверные результаты можно получить при выполнении УЗИ в пролиферативную фазу менструального цикла [2], но окончательный диагноз должен быть гистологическим.

Кюретаж и биопсия эндометрия «вслепую», без эндоскопической визуализации, не демонстрируют высокую точность, а, кроме того, в процессе исследования может произойти фрагментация полипа. В этой связи метод не рекомендован к применению для диагностики ПЭ [2].

Гистероскопия с биопсией – самый информативный и надежный метод диагностики ПЭ, поскольку обеспечивает самую высокую чувствительность и специфичность (приближающиеся к 100%). Выбор стационарного или офисного оборудования зависит от наличия такового, выбора пациентки и навыков врача, но любой вариант обеспечивает хорошие диагностические возможности. Однако изученные клинические руководства рассматривают этот метод как лечебно-диагностический, применяемый для верификации диагноза и одновременной полипэктомии под визуальным контролем [2].

Из других методик определения ПЭ изучали гистеросальпингографию, магнитно-резонансную томографию и компьютерную томографию. Однако эти способы проигрывают сонографии по эффективности и безопасности, а магнитно-резонансная томография, кроме того, – слишком дорогостоящее исследование для рутинного применения. В этой связи ни одно из проанализированных руководств не рассматривает упомянутые методы для диагностики ПЭ в реальной клинической практике.

Эксперты AAGL приняли следующие рекомендации по диагностике эндометриальных полипов [2]:

1. ТВУЗИ – надежный и достоверный метод обнаружения ПЭ, рекомендованный в качестве метода выбора в ситуациях, когда его выполнение возможно (уровень убедительности рекомендаций В).
2. Дополнение исследования цветным или энергетическим доплером увеличивает диагностические возможности ТВУЗИ в отношении ПЭ (уровень В).
3. Сонография с внутриматочным контрастированием (с 3D-визуализацией или без нее) улучшает диагностические возможности выявления ПЭ (уровень В).

4. Кюретаж и биопсию «вслепую» не следует использовать для диагностики ПЭ (уровень В).

В части диагностических мероприятий в отношении ПЭ NFOG рекомендует также (2015 г.) [10]:

- выполнять соногистерографию с трансвагинальным датчиком при подозрении на внутриматочную патологию (включая ПЭ) у женщин с аномальным маточным кровотечением, бесплодием или в постменопаузе;
- проводить дифференциальный диагноз ПЭ с субмукозной миомой матки;
- обследовать постменопаузальных пациенток с кровотечением в течение 4 нед из-за относительно высокого риска рака эндометрия (5–10%).

Проект Клинических рекомендаций РОАГ для диагностики ПЭ предусматривает [11]:

- в качестве 1-й линии диагностики заболеваний эндометрия – УЗИ органов малого таза (по возможности трансвагинальным датчиком) при подозрении на ПЭ с целью установления диагноза (уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1); УЗ-критерием ПЭ принято считать наличие гиперэхогенного образования с четкими ровными контурами;
- при подозрении на ПЭ и неубедительных данных УЗИ, а также для дифференциальной диагностики рекомендована соногистерография (по возможности; А; 1);
- для верификации диагноза необходимо гистологическое исследование биопсийного/операционного материала (А; 1);
- при выявлении ПЭ с атипией дальнейший менеджмент пациентки осуществляют в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных с атипической гиперплазией эндометрия.

## Лечение ПЭ

Во всех проанализированных клинических руководствах в качестве основного метода лечения женщин с ПЭ рекомендована полипэктомия, а при клинической манифестации и/или повышенном риске малигнизации это единственно возможный метод [2, 10–12]. Хирургическое удаление полипа позволяет достичь четырех целей: купировать симптомы, получить материал для гистологического исследования, предотвратить злокачественную трансформацию ПЭ у женщин с риском рака эндометрия, у пациенток с бесплодием – повысить вероятность зачатия (спонтанного или в программе вспомогательных репродуктивных технологий). Оперативная гистероскопия по поводу ПЭ, тем более неоднократная (что не редкость из-за высокой частоты рецидивирования), может быть связана с дополнительными рисками для пациенток, но их вероятность низкая [2]. Гистерэктомия исключает возможность рецидивирования, но ассоциирована с выраженным дискомфортом в пред- и послеоперационном периодах и более значимыми рисками для пациенток.

Клинические руководства AAGL и NFOG в качестве альтернативы операции допускают выжидательную тактику (без какого-либо вмешательства), но только женщинам с бессимптомным течением.

В целом рекомендации по лечению ПЭ от AAGL выглядят следующим образом:

1. Выжидательная тактика целесообразна при полипах небольшого размера и при бессимптомном течении (уровень убедительности рекомендаций А).
2. Медикаментозное лечение полипов в настоящее время не рекомендуется (уровень В).
3. Гистероскопическая полипэктомия (резекция всего полипа, включая корень ножки, под визуальным контролем) остается «золотым стандартом» лечения (уровень В).

4. Различий в клинических исходах при использовании различных методов гистероскопической полипэктомии не наблюдается (уровень С).
5. При симптоматическом течении ПЭ у постменопаузальных пациенток рекомендуется удалять ПЭ для гистологического исследования (уровень В).
6. Гистероскопическая резекция предпочтительнее гистерэктомии из-за меньшей травматичности, более низкой стоимости и меньшего риска для пациентки (уровень С).
7. Хирургическое удаление ПЭ у инфертильных пациенток повышает шанс на естественное зачатие или при вспомогательных репродуктивных технологиях (уровень А).

Эксперты NFOG определяют круг показаний для лечения женщин с ПЭ (прим. – в качестве лечебной тактики руководство допускает только полипэктомию; медикаментозная терапия не упоминается) [3]:

1. Симптоматический ПЭ (чаще всего аномальное маточное кровотечение).
2. Ожирение.
3. Бесплодие.
4. Повышенный риск малигнизации.

Клиническое руководство NFOG предусматривает выжидательную тактику при небольших бессимптомных ПЭ у женщин без повышенного риска малигнизации. Эксперты NFOG также рекомендуют:

- для удаления ПЭ следует использовать гистероскопическую резекцию; кюретаж не рекомендован;
- если при гистологическом исследовании в удаленной ткани ПЭ подтверждена атипичная гиперплазия или злокачественное новообразование, дальнейшее ведение пациентки должно соответствовать рекомендациям по лечению атипичной гиперплазии эндометрия или рака эндометрия соответственно;
- для предупреждения травмирования шейки матки при трансцервикальной резекции ПЭ женщинам в постменопаузе рекомендована предоперационная местная терапия эстрогенами [10].

Проект клинического протокола РОАГ включает следующие рекомендации по лечению женщин с ПЭ:

- Не рекомендована гормонотерапия, в том числе применение прогестагенов, комбинированных оральных контрацептивов (КОК), ни в качестве самостоятельного лечения, ни в пред- и/или послеоперационном периоде (уровень убедительности рекомендаций В; достоверность доказательств 2). Эта рекомендация основана на отсутствии достоверных данных о регрессе ПЭ на фоне терапии прогестагенами и КОК [17–19]. Однако при сочетании ПЭ с гиперплазией эндометрия, выявленной при патологоанатомическом исследовании, гормональная терапия показана.
- Пациенткам в репродуктивном возрасте при маточном кровотечении, бесплодии, планировании беременности, наличии факторов риска малигнизации, а также в пери- и постменопаузе рекомендованы полипэктомию и биопсия эндометрия с обязательным гистологическим исследованием (А; 1). Оптимальным методом терапии является гистероскопическая полипэктомию [17].

Несмотря на достоверные результаты исследований, подтверждающие возможность спонтанной регрессии каждого 4-го эндометриального полипа небольшого размера (менее 10 мм) [2, 10, 13, 20], в российских клинических рекомендациях в отличие от зарубежных руководств рекомендовано удаление ПЭ с последующим патологоанатомическим исследованием во всех случаях. Основанием для такой позиции РОАГ служит онконастороженность, особенно в пери- и постменопаузе [11].

Возможность наблюдения бессимптомных пациенток с небольшими полипами (<10 мм) в российском гайдлайне также указана. Однако подтвержденная в исследованиях регрессия полипов происходит в течение года, а срок выжидательной тактики, регламентированный РОАГ, ограничен 1 мес: «... для проведения УЗИ органов малого таза в динамике у пациенток репродуктивного возраста, что предотвращает проведение необоснованных диагностических выскабливаний полости матки, дополнительной травмы эндометрия» [11]. Фактически это означает, что выжидательная тактика как таковая российским руководством не предусмотрена.

В клинических рекомендациях RCOG по ведению пациенток с гиперплазией эндометрия дано разъяснение терапевтических возможностей левоноргестрел-внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС). Несмотря на данные о том, что ЛНГ-ВМС предотвращает образование ПЭ на фоне приема тамоксифена, влияние гормональной системы на риск рецидива рака молочной железы остается неопределенным, в связи с чем ее рутинное использование не рекомендовано (уровень убедительности рекомендаций А) [12].

При гиперплазии эндометрия, ограниченной эндометриальным полипом, рекомендуются полная полипэктомию и биопсия эндометрия для получения образца «здорового» эндометрия (уровень В).

У женщин в пременопаузе, которые хотят сохранить свою фертильность, повторные выскабливания следует свести к минимуму, чтобы снизить частоту синдрома Ашермана.

### Направления будущих исследований

Очевидны несогласованность рекомендаций по ряду вопросов, отсутствие унифицированного подхода к менеджменту пациенток с ПЭ. Имеется недостаток высококачественных данных в предметной области эндометриальных полипов, что необходимо исправить в связи с высокой распространенностью заболевания.

Мировые и отечественные эксперты предлагают следующие направления будущих исследований высокого качества [2, 10–12]:

1. Оценка клинических результатов полипэктомии у женщин с аномальными маточными кровотечениями.
2. Сравнение стоимости различных методов гистероскопического удаления полипов.
3. Оценка результатов медикаментозного лечения (включая ЛНГ-ВМС) женщин с ПЭ.
4. Оценка риска малигнизации у постменопаузальных пациенток с ПЭ как с симптомами, так и без них.
5. Оценка частоты рецидивов ПЭ после гистероскопической полипэктомии.
6. Роль клинических факторов и биомаркеров в диагностике и последующем наблюдении за динамикой развития ПЭ.
7. Влияние снижения массы тела на регрессию гиперплазии эндометрия.
8. Оценка режимов наблюдения за эндометрием.
9. Оценка естественного течения заболевания эндометрия и определение факторов риска, позволяющих прогнозировать персистенцию, прогрессирование и рецидив заболевания.

### Заключение

Рост заболеваемости ПЭ и малигнизации коррелирует с увеличением возраста, при этом около 25% ПЭ небольших размеров (менее 10 мм) регрессирует без лечения в течение 1 года. Ведущими факторами онкологического риска служат пожилой возраст и наличие кровотечения в постменопаузе. В качестве основного метода рутинного обследования при

подозрении на ПЭ предложено ТВУЗИ, а «золотым стандартом» диагностики считают гистероскопию с биопсией и дальнейшим гистологическим исследованием. Оптимальный метод лечения – полипэктомия под визуальным контролем, но в ряде ситуаций возможна выжидательная тактика. Медикаментозная терапия не предусмотрена.

В результате анализа клинических руководств по ведению пациенток с ПЭ от AAGL, NFOG, проекта РОАГ и гайдлайна RCOG по ведению женщин с гиперплазией эндометрия можно сделать следующие выводы: диагностический алгоритм при подозрении на ПЭ не регламентирован; четко не определены показания к выжидательной тактике, хирургическому лечению ПЭ; не сформулированы критерии высокого онкологического риска, требующего оперативного лечения ПЭ. Прояснение этих вопросов поможет врачам-гинекологам в принятии обоснованных решений при выборе метода лечения.

**Раскрытие интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Disclosure of interest.** The authors declare that they have no competing interests.

**Вклад авторов.** Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. М.Р. Оразов – разработка концепции, утверждение окончательного варианта статьи; Л.М. Михалева – разработка концепции, анализ полученных данных; О.Ф. Пойманова – получение данных для анализа, написание текста статьи; И.А. Муллина – обзор публикаций, перевод на английский язык.

**Authors' contribution.** The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. M.R. Orazov – development of the concept, approval of the final version of the article; L.M. Mikhaleva – development of the concept, analysis of the data obtained; O.F. Poymanova – obtaining data for analysis, writing an article; I.A. Mullina – review of article publications, translation into English.

**Источник финансирования.** Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

**Funding source.** The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

## Литература/References

- Sheng KK, Lyons SD. To treat or not to treat? An evidence-based practice guide for the management of endometrial polyps. *Climacteric*. 2020;23(4):336-42.
- American Association of Gynecologic Laparoscopists. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19(1):3-10.
- Tanos V, Berry KE, Seikkula J, et al. The management of polyps in female reproductive organs. *Int J Surg*. 2017;43:7-16.
- de Azevedo JM, de Azevedo LM, Freitas F, Wender MC. Endometrial polyps: when to resect? *Arch Gynecol Obstet*. 2016;293(3):639-43.
- Yuksel S, Tuna G, Celik HG, Salman S. Endometrial polyps: Is the prediction of spontaneous regression possible? *Obstet Gynecol Sci*. 2021;64(1):114-21.
- Haque M, Mneimneh W. Endometrial polyp. *PathologyOutlines.com*, 2018. Available at: <http://www.pathologyoutlines.com/topic/uterusendopolyp.html>. Accessed: 20.09.2022.
- Szeszko L, Oszukowski P, Kisiel A, et al. Histopathological results analysis in women undergoing hysteroscopic procedures due to endometrial polyps. *Health Prob Civil*. 2019;13:99-103.
- Uglietti A, Buggio L, Farella M, et al. The risk of malignancy in uterine polyps: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019;237:48-56.
- Zhang H, He X, Tian W, et al. Hysteroscopic Resection of Endometrial Polyps and Assisted Reproductive Technology Pregnancy Outcomes Compared with No Treatment: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(4):618-27.
- Endometrial polyps. National Guideline approved by The Norwegian Society of Obstetrics and Gynecology. 2015. Available at: [http://www.nfog.org/files/guidelines/NFOG\\_Guideline\\_NOR\\_160419%20Endometrial%20polyp%20NO%20merged.pdf](http://www.nfog.org/files/guidelines/NFOG_Guideline_NOR_160419%20Endometrial%20polyp%20NO%20merged.pdf). Accessed: 20.09.2022.
- Проект «Клинические рекомендации “Полипы эндометрия”». Российское общество акушеров-гинекологов. РОАГ. М., 2021. Режим доступа: [https://roag-portal.ru/projects\\_gynecology#pdfcontent\\_proect\\_gin\\_6](https://roag-portal.ru/projects_gynecology#pdfcontent_proect_gin_6). Ссылка активна на 20.09.2022 [Project “Clinical guidelines” Endometrial polyps”. Russian Society of Obstetricians and Gynecologists. ROAG. Moscow, 2021. Available at: [https://roag-portal.ru/projects\\_gynecology#pdfcontent\\_proect\\_gin\\_6](https://roag-portal.ru/projects_gynecology#pdfcontent_proect_gin_6). Accessed: 20.09.2022 (in Russian)].
- Royal College of Obstetrician and gynecologists. Management of Endometrial Hyperplasia. GreenTop Guideline No.67. RCOG/BSGE Joint Guideline – February 2016. Available at: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/management-of-endometrial-hyperplasia-green-top-guideline-no-67/> Accessed: 20.09.2022.
- Lieng M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(8):992-1002.
- Fabres C, Alam V, Balmaceda J, et al. Comparison of ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of intrauterine lesions in infertile women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1998;5(4):375-8.
- Ragni G, Diaferia D, Vegetti W, et al. Effectiveness of sonohysterography in infertile patient work-up: a comparison with transvaginal ultrasonography and hysteroscopy. *Gynecol Obstet Invest*. 2005;59(4):184-8.
- La Torre R, De Felice C, De Angelis C, et al. Transvaginal sonographic evaluation of endometrial polyps: a comparison with two dimensional and three dimensional contrast sonography. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1999;26(3-4):171-3.
- Vitale SG, Haimovich S, Laganà AS, et al. From the Global Community of Hysteroscopy Guidelines Committee. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;260:70-7.
- Kodama M, Onoue M, Otsuka H, et al. Efficacy of dienogest in thinning the endometrium before hysteroscopic surgery. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013;20(6):790-5.
- Cicinelli E, Pinto V, Quattromini P, et al. Endometrial preparation with estradiol plus dienogest (Qlaira) for office hysteroscopic polypectomy: randomized pilot study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19(3):356-9.
- Wolfman W. No. 249-Asymptomatic Endometrial Thickening. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(5):e367-77.

Статья поступила в редакцию / The article received: 24.09.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.10.2022