

## Полипы эндометрия в постменопаузе



**Д**оброкачественные гиперпластические процессы эндометрия, включая полипы эндометрия (ПЭ), являются распространенной причиной аномальных маточных кровотечений, рецидивирования, онкологического риска. При выявлении по данным ультразвукового исследования любых пролиферативных процессов эндометрия в постменопаузе требуется гистологическая верификация эндометрия независимо от их размера и отсутствия клинических проявлений. В качестве единственного метода лечения пациенток с ПЭ с позиции профилактики рецидива должна рассматриваться резектоскопическая полипэктомия.

*Доброкачественные пролиферативные процессы эндометрия, к которым относятся гиперплазия (ГЭ), полипы эндометрия (ПЭ) или их сочетание, – актуальная проблема гинекологии. Доброкачественные гиперпластические процессы эндометрия являются распространенной причиной аномальных маточных кровотечений (АМК), рецидивирования, а также онкологического риска, повышенного в период постменопаузы [1–5]. Общая распространенность ПЭ у женщин с АМК достигает 38%. Рецидивирование ПЭ находится в диапазоне 13,4–45,5%. Следует отметить, что наблюдается ежегодное увеличение числа пациенток, страдающих раком тела матки (РТМ) [6]. Заболеваемость РТМ на протяжении последних лет находится на первой позиции в структуре раков гениталий в стране [7].*

*По отечественным данным, ПЭ в разные возрастные периоды занимают первое место в структуре внутриматочной патологии. Их частота в 2,7 раза выше, чем частота хронического эндометрита, и в 4,5 раза выше, чем ГЭ. Если в репродуктивном возрасте частота ПЭ составляет 21,7–27,3%, то в постменопаузе она возрастает до 45,0%. Полагают, что ПЭ в постменопаузе не подвергаются регрессии, для них характерна стойкая персистенция [8].*

*Данные метаанализа свидетельствуют о трехкратном преобладании распространенности предраковых и злокачественных ПЭ в постменопаузе в сравнении с женщинами репродуктивного возраста [4]. Риск рака эндометрия повышен при атипических ПЭ как в самом полипе, так и в окружающем эндометрии [3, 9, 10]. Онкологический риск наблюдается как на фоне клинической манифестации, так и при асимптомном течении. Большинство постменопаузальных ПЭ имеют доброкачественное течение, на долю злокачественных приходится 4,47% среди симптомных ПЭ и 1,51% случаев бессимптомного течения в постменопаузе. Установлено, что к факторам риска малигнизации ПЭ относятся: возраст старше 60 лет, менопаузальный статус, АМК, сахарный диабет, артериальная гипертензия (АГ), ожирение и прием тамоксифена для лечения рака молочной железы [4, 11–13].*

Представляем вашему вниманию три клинических случая, отражающих проблему данной патологии в работе с пациентками, страдающими ПЭ в постменопаузе.

### Клинический случай №1

Пациентка П., 50 лет, направлена в гинекологическое отделение с подозрением на ГЭ по данным ультразвукового исследования (УЗИ). Жалоб не предъявляет. В анамнезе имела беременностей – 4, родов – 2, медицинских аборт – 2. Постменопауза – в течение 2 лет. Соматический анамнез пациентки не отягощен. В возрасте 45 лет после очередной задержки менструации была госпитализирована в неотложном порядке по поводу АМК по типу межменструального кровотечения. С диагностической и гемостатической целью выполнен кюретаж, результат гистологического исследования материала из полости матки – железистый ПЭ, обрывки эндометрия. Гормональное лечение для регуляции цикла не проводилось. В возрасте 47 лет при выполнении УЗИ – подозрение на ПЭ, от госпитализации отказалась. Через полгода в связи с задержкой месячных при повторном УЗИ – подтверждение признаков ПЭ. Под контролем гистероскопии в амбулаторных условиях ПЭ был удален, гистологический результат – железисто-фиброзный ПЭ на фоне атрофии эндометрия. В последующем – регулярное наблюдение. В возрасте 50 лет при очередном ультразвуковом контроле появились признаки очагового утолщения эндометрия до 13 мм, которые были расценены как ГЭ. Направлена на госпитализацию.

Результаты обследования в стационаре. По данным обследования в зеркалах шейка матки без патологии, при бимануальном исследовании тело матки не увеличено, в *antrversio*, подвижное, безболезненное, придатки не увеличены, безболезненны, своды глубокие, выделения слизистые. Гистероскопия: признаки множественных ПЭ по передней и задней стенке размерами 2,0 и 1,0 см, эндометрий бледный, тонкий. Выполнены резектоскопическая полипэктомия и коагуляция ножки полипов, биопсия эндометрия. Материал отправлен на морфологическое исследование. Гистология – железисто-фиброзный и железистый ПЭ, атрофический эндометрий.

**Клинический диагноз:** ранняя постменопауза, рецидивирующий ПЭ.

В данном случае при первичном эпизоде ПЭ, удаленного методом кюретажа, не была выполнена гистероскопия для оценки полного удаления ПЭ (после получения гистологии). В последующем, несмотря на визуальный контроль и механическое удаление полипа, заболевание рецидивирует. Это доказывает необходимость проведения резектоскопической полипэктомии с коагуляцией основания полипа при первом эпизоде или рецидиве ПЭ. Известно, что ПЭ обладают высокой способностью к рецидивированию. По данным исследований получены доказательства влияния количества полипов на частоту последующего рецидива после резектоскопической полипэктомии [2]. Так, множественные ПЭ рассматриваются в качестве независимого предиктора рецидива в репродуктивном возрасте. Распространенность рецидивов ПЭ в климактерическом возрасте существенно не отличается от репродуктивного возраста пациенток, составляя 13,3–43% после гистероскопического удаления, множественный характер ПЭ и длительность периода после их удаления ассоциированы с более высокой частотой рецидива.

### Клинический случай №2

Пациентка Н., 61 год, поступила в гинекологическое отделение с диагнозом «кровотечение в постменопаузе». Кровотечение возникло впервые, продолжается в течение трех дней, срочное обращение в женскую консультацию. В анамнезе имела одну беременность, которая закончилась аборт. Длительно безуспешно лечилась по поводу вторичного бесплодия. Менопауза – в 50 лет. По поводу климактерического синдрома проводилось лечение фитоэстрогенами (в течение 6 мес) с кратковременным эффектом. Соматический анамнез пациентки отягощен АГ 2, риск 3. В течение последних 5 лет не наблюдалась у гинеколога.

Результаты обследования в стационаре. По данным осмотра в зеркалах и бимануального обследования патологии не выявлено. Гистероскопия: признаки ПЭ по передней стенке матки до 1,5 см, очаговое неравномерное утолщение эндометрия по задней стенке, кровотечение. Выполнены резектоскопическая полипэктомия, коагуляция ножки полипа, биопсия эндометрия и выскабливание цервикального канала, фрагменты эндометрия и эндоцервикса отправлены на патоморфологическое исследование. Результат гистологического исследования: железисто-фиброзный ПЭ, атипичная ГЭ, клетки эндоцервикса.

**Клинический диагноз:** поздняя постменопауза. Атипичная ГЭ. ПЭ. Учитывая наличие предрака эндометрия в постменопаузе, рекомендовано хирургическое лечение в объеме гистерэктомии (абсолютное показание).

### Клинический случай №3

Пациентка Н., 63 года, поступила в гинекологическое отделение по поводу кровотечения. Кровотечение слабой интенсивности продолжается в течение 10 дней, периодически прекращается. В анамнезе имела три беременности, родов – 1, медицинских аборт – 2. Длительно лечилась по поводу воспалительного процесса придатков матки. Имела одну внематочную беременность, по поводу чего была выполнена тубэктомия справа. Менопауза наступила в 48 лет. Соматический анамнез пациентки отягощен АГ 1, риск 2, ожирением 1-й степени, по поводу чего наблюдается у терапевта. В течение последних 3 лет к гинекологу не обращалась.

Результаты обследования в стационаре. Гистероскопическая картина полипа с выраженной васкуляризацией и кровотечением, расположенного по задней стенке матки, размерами 1,0×1,0 см, тонкого бледного окружающего эндометрия. Выполнены резектоскопическая полипэктомия, выскабливание полости матки и цервикального канала, материал отправлен на патоморфологическое исследование. Гистологический результат – аденоматозный ПЭ с малигнизацией, атрофический эндометрий, единичные клетки эндоцервикса.

**Клинический диагноз:** поздняя постменопауза. Аденоматозный ПЭ с малигнизацией. Пациентка направлена к онкологу для последующего лечения.

### Обсуждение

Представлены случаи ПЭ в постменопаузе с бессимптомным течением рецидивирующих множественных полипов и единичных полипов, ассоциированных с кровотечением, вследствие сопутствующей атипичной ГЭ в одном случае и малигнизации полипа – в другом. По нашим данным, ПЭ, ассоциированные с маточным кровотечением, встречаются в 1/3 наблюдений среди пациенток в постменопаузе с преобладанием в

поздней (68,4%) постменопаузе [5]. Множественные ПЭ отмечаются по данным гистероскопии в 24,8% наблюдений. Асимптомные ПЭ доминируют в постменопаузе (69,2%). В отличие от асимптомных форм малигнизация полипа проявлялась маточным кровотечением во всех случаях.

РТМ лидирует в структуре онкологической заболеваемости гениталий [6, 7]. Представленные клинические случаи демонстрируют необходимость онкологической настороженности при выявлении патологии эндометрия в постменопаузе. Постменопауза рассматривается как фактор риска малигнизации ПЭ [4]. Доброкачественный характер течения заболевания (ПЭ) не исключает возникновение предрака и рака либо в ткани самого полипа, либо в окружающем эндометрии. Частота встречаемости карциномы эндометрия в окружающем эндометрии после полной резекции атипических ПЭ – 30,8%, частота атипической ГЭ – 28,2% [3]. При атипических ПЭ отсутствие предрака и рака эндометрия наблюдалось лишь в 30,8% случаев. По нашим данным было показано, что у пациенток с постменопаузальными верифицированными ПЭ заболевание протекает на фоне предрака (атипической ГЭ) и рака эндометрия (в полипе или окружающем эндометрии) в 3,76% наблюдений [5]. В этих случаях имеют место как ПЭ с бессимптомным течением, так и ПЭ, ассоциированные с маточным кровотечением.

Основной метод лечения пациенток с ПЭ в постменопаузе – гистероскопическая полипэктомия, но в случае предрака (атипический/аденоматозный ПЭ) данный метод не может являться альтернативой гистерэктомии, как не гарантирующий удаление предраковых/опухолевых поражений [3, 14].

Таким образом, при выявлении любых пролиферативных процессов эндометрия в постменопаузе по данным УЗИ, независимо от их размера и отсутствия клинических проявлений, требуется гистологическая верификация эндометрия. Применение наблюдательной тактики даже при бессимптомных ПЭ представляет высокий онкологический риск. Профилактика рецидивирования ПЭ включает визуальную оценку и гистероскопическое удаление ПЭ, в отличие от кюретажа и традиционной

полипэктомии. Резектоскопическая полипэктомия должна рассматриваться в качестве единственного метода лечения пациенток с ПЭ с позиции профилактики рецидива заболевания.

#### Список исп. литературы

1. Kaveh M, Sadegi K, Salarzaei M, Parooei F. Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography, and hysteroscopy in evaluating the endometrial polyps in women with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Videosurgery Miniinv* 2020; 15 (3): 403–15. DOI: 10.5114/wiitm.2020.93791
2. 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. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.11.029
3. Jacobs I, Tibosch R, Geomini P et al. Atypical endometrial polyps and the incidence of endometrial cancer: a retrospective cohort study. *BJOG* 2020; 127 (8): 994–9. DOI: 10.1111/1471-0528.16194
4. Lee S, Kaunitz A, Sanchez-Ramos L, Rhatigan R. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2010; 116 (5): 1197–205. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181f74864
5. Клинышкова Т.В., Фролова Н.Б., Совеико Е.Е., Чернышова Н.П. Постменопаузальные полипы эндометрия: особенности и риски. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2021; 5: 73–8. DOI: 10.17116/rosakush20212105173
6. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020.
7. Клинышкова Т.В., Турчанинов Д.В., Фролова Н.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты рака тела матки с позиции профилактики рецидивирования гиперплазии. *Акушерство и гинекология*. 2020; 1: 135–40. DOI: 10.18565/aig.2020.1.135-140
8. Чернуха Г.Е., Асатурова А.В., Иванов И.А., Думановская М.Р. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды. *Акушерство и гинекология*. 2018; 8: 129–34. DOI: 10.18565/aig.2018.8.129-134
9. Rijk S, Steenberg M, Nieboer T, Coppus S. Atypical Endometrial Polyps and Concurrent Endometrial Cancer: A Systematic Review. *Obstet Gynecol* 2016; 128 (3): 519–25. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001566
10. Namazov A, Gemer O, Ben-Arie A et al. Endometrial Polyp Size and the Risk of Malignancy in Asymptomatic Postmenopausal Women. *J Obstet Gynaecol Can* 2019; 41 (7): 912–5. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.07.019
11. Sasaki L, Andrade K, Figueiredo A et al. Factors Associated With Malignancy in Hysteroscopically Resected Endometrial Polyps: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Minim Invasive Gynecol* 2018; 25 (5): 777–85. DOI: 10.1016/j.jmig.2018.02.004
12. Romero S, Young K, Hickey M, Su H. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 21 (12): CD007245. DOI: 10.1002/14651858.CD007245.pub4
13. Ghoubara A, Sundar S, Ewies A. Predictors of Malignancy in Endometrial Polyps: Study of 421 Women With Postmenopausal Bleeding. *Climacteric* 2018; 21 (1): 82–7. DOI: 10.1080/13697137.2017.1410783
14. Elyashiv O, Sagiv R, Kerner R et al. Hysteroscopic Resection of Premalignant and Malignant Endometrial Polyps: Is it a Safe Alternative to Hysterectomy? *J Minim Invasive Gynecol* 2017; 24 (7): 1200–3. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.08.002

Клинышкова Т.В., Фролова Н.Б. Полипы эндометрия в постменопаузе. Клинический разбор в акушерстве, гинекологии и репродуктологии. 2022; 1–2: 28–31. DOI: 10.47407/kragr2022.2.1-2.000032

[https://con-med.ru/magazines/klinrazbor\\_ak\\_gin\\_i\\_reprod/klinrazbor\\_ak\\_gin\\_i\\_reprod-01-2022/polipy\\_endometriya\\_v\\_postmenopauze\\_klinicheskiy\\_razbor/](https://con-med.ru/magazines/klinrazbor_ak_gin_i_reprod/klinrazbor_ak_gin_i_reprod-01-2022/polipy_endometriya_v_postmenopauze_klinicheskiy_razbor/)