Клинические рекомендации – Полипы эндометрия – 2026-2027-2028 (06.11.2026) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N84.0, N84.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2026

Пересмотр не позднее: 2028

ID: 1091_1

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Специальность:

По состоянию на 06.11.2026 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Список сокращений

АМК – аномальное маточное кровотечение

ДВ – диагностическое выскабливание

КОК – комбинированные оральные контрацептивы (АТХ гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации)

МГТ – менопаузальная гормональная терапия

ММК – межменструальное кровотечение

ОМК – обильное менструальное кровотечение

ПЭ – полип эндометрия

СГГ – соногистерография (гистерография)

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХЭ – хронический эндометрит

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

Термины и определения

Полипы эндометрия (ПЭ) – доброкачественные очаговые образования эндометрия, состоящие из желез, фиброзированной стромы и кровеносных сосудов [1].

Аномальное маточное кровотечение (АМК) – это кровотечение, чрезмерное по продолжительности, объему кровопотери, частоте и/или регулярности [2].

Обильное менструальное кровотечение (ОМК) – чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает негативное влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины [2].

Межменструальное кровотечение (ММК) – нерегулярное кровотечение в межменструальном периоде [2].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Полипы эндометрия (ПЭ) – доброкачественные очаговые образования эндометрия, состоящие из желез, фиброзированной стромы и кровеносных сосудов. ПЭ могут иметь размеры

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

от нескольких миллиметров до 2-3 см, располагаться на тонкой ножке или широком основании, быть единичными или множественными [1, 3].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиология и патогенез ПЭ точно не известны. Рассматриваются различные механизмы возникновения ПЭ. К ним относят нарушение экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в эндометрии, усиление активности сигнальных путей, индуцирующих пролиферацию и ангиогенез, снижение апоптоза [4, 5]. ПЭ рассматривают также, как моноклональные разрастания генетически измененных эндометриальных стромальных клеток с вторичным образованием желез, выстланных доброкачественным эпителием и имеющих поликлональное происхождение. Хромосомный анализ показал, что в большинстве случаев имеются клональные транслокации в регионах 6p21-p22, 12q13-15, 7q22 2-5 [6]. В 23-27% случаев ПЭ могут формироваться на фоне сопутствующего хронического эндометрита (ХЭ), что, свидетельствует о значимости хронического воспаления, как одного из звеньев патогенеза ПЭ [7, 8].

Риск развития ПЭ увеличивается от менархе до позднего репродуктивного возраста, существенно возрастает в менопаузе. К факторам риска формирования ПЭ относятся: ожирение, артериальная гипертензия, терапия тамоксифеном**, а также длительный прием менопаузальной гормональной терапии (МГТ) в циклическом режиме [3, 4, 17, 18, 9-16]. ПЭ часто ассоциированы с миомой матки, эндометриозом, полипами цервикального канала [9, 10].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность ПЭ составляет от 7,8 до 34,9% и имеет тенденцию к увеличению к пери- и постменопаузе [19-22]. Доля ПЭ с атипическими и злокачественными нарушениями, по данным систематических обзоров и мета-анализов, составляет 0,3-5,4% [23-27], причем она существенно выше в постменопаузе 2,3-5,4%, чем в пременопаузе – 1,1-1,7% [23, 25, 27]. Риск малигнизации ПЭ повышается с возрастом, достигая максимальных значений в постменопаузе, при наличии АМК [27], размерах ПЭ более 1,0-1,5 см. Рак эндометрия выявляется у 9% женщин в постменопаузе с ПЭ [28].

Ожирение, сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия, прием тамоксифена** также увеличивают риск малигнизации [29-31].

Частота рецидивов ПЭ после оперативного лечения варьирует от 3,9 до 59,9%, составляя в среднем около 18% [32-36]. Считается, что случаи повторного возникновения заболевания связаны с нерадикальным удалением сосудистой ножки ПЭ [32-36].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N84.0 Полип тела матки
N84.8 Полип других отделов женских половых органов

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В классификации опухолей тела матки, разработанной Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) ПЭ относят к опухолеподобным заболеваниям без подразделения на какие-либо категории [37]. В руководстве Blaunstein's Pathology of the female genital tract авторы

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

рекомендуют выделять:

- Полипы эндометрия.
- Полипы эндометрия с атипией [6].

В настоящее время в России широко используется классификация, основанная на морфологической структуре ПЭ, согласно которой их подразделяют на железистые, железисто-фиброзные, фиброзные, аденоматозные, аденомиоматозные и покрытые функциональным слоем эндометрия [1]. Однако, нет убедительных данных, указывающих на различия клинической манифестации, частоты рецидивирования, особенностей диагностики и лечения данных подтипов ПЭ. Кроме этого, отсутствуют четкие морфологические критерии, разделяющие их между собой, что приводит к низкой воспроизводимости диагнозов. В соответствии с этим, применение данной классификации в клинической практике не целесообразно и не определяет дальнейшую тактику ведения [1, 6, 9, 10, 37].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Наиболее частым клиническим проявлением ПЭ являются АМК, которые наблюдаются в 38-81,5% случаев. Для ПЭ характерны АМК, преимущественно по типу ММК, реже ОМК [38-40], при этом выраженность симптомов не коррелирует с размером, количеством или расположением ПЭ [10, 41]. ПЭ снижают вероятность наступления беременности [27], что, как полагают, связано с механическим препятствием имплантации эмбриона, нарушениями рецептивности эндометрия, процессов децидуализации и секреторной трансформации [4, 41-43]. Доля ПЭ в структуре причин бесплодия может достигать 32-38,5%, при этом полипэктомия повышает вероятность наступления беременности более, чем в 2 раза, как при проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) (экстракорпоральное оплодотворение, культивирование и внутриматочное введение эмбриона), так и в естественном цикле [41, 43-45]. По разным данным от 18 до 62% ПЭ остаются бессимптомными и являются случайной находкой при проведении УЗИ органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) [38-40].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз ПЭ должен основываться на оценке жалоб, анамнестических данных, заключения ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза комплексного (трансвагинальное и трансабдоминальное) или соногистерографии (гистерографии) (СГГ). Окончательный диагноз ПЭ подтверждается патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) [9-11].

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы описаны в разделе 1.6. "Клиническая картина".

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациенткам с подозрением на ПЭ сбор гинекологического и репродуктивного анамнеза, проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования [9, 10, 11, 24, 25, 29, 31, 46], [47], [48].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

Комментарии: сбор клинико-анамнестических данных необходим для выявления рецидивирующих ПЭ и факторов риска малигнизации, к которым относят постменопаузу, размеры ПЭ более 1,0-1,5 см, наличие АМК, ожирения, СД и прием тамоксифена** [24, 25, 29, 31].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Специфическая лабораторная диагностика ПЭ не разработана.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется при подозрении на ПЭ проведение УЗИ органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) с целью установления диагноза [10, 20, 49-52], [53].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) служит первой линией диагностики патологии эндометрия, в том числе ПЭ, которые определяются, как гиперэхогенные образования с четкими ровными контурами. Наиболее информативно его проведение в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла.

- Рекомендуется проведение СГГ (по возможности) при неубедительных данных УЗИ органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) и подозрении на наличие ПЭ пациенткам, имевшим опыт половой жизни, в целях дифференциальной диагностики и уточнения диагноза [49, 52, 54, 55].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: в качестве уточняющего метода диагностики ПЭ (при их малых размерах, или необходимости дифференциальной диагностики с субмукозной миомой матки) целесообразно проведение СГГ, как более точного метода диагностики состояния эндометрия.

- Рекомендуется всем пациенткам в качестве окончательного метода диагностики патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) [9-11, 46, 49, 56-59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) является окончательным методом диагностики ПЭ, позволяющим провести дифференциальную диагностику с атипической гиперплазией, развившейся в полипе эндометрия, аденомиомой, а также с аденосаркомой, карциносаркомой и эндометриальной стромальной саркомой тела матки [60]. При выявлении ПЭ с атипией, дальнейшее ведение проводится согласно клиническим рекомендациями "Гиперплазия эндометрия" по ведению атипической гиперплазии эндометрия [61].

2.5. Иные диагностические исследования

Не применимо.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

- Не рекомендуется применение гормональной терапии для лечения ПЭ, в том числе прогестагенов (по АТХ – гестагены), комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) – по

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) в качестве самостоятельного лечения, в пред- и послеоперационном периодах [9, 10, 25, 64-68], [67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в настоящее время нет указаний об эффективности медикаментозной терапии ПЭ. Несмотря на то, что гестагены и КОК приводят к снижению толщины эндометрия, регресса ПЭ при этом не наблюдается, что косвенно свидетельствует об отсутствии гормональной зависимости ПЭ [25, 41, 62-66]. При сочетании ПЭ с гиперплазией эндометрия, выявленной при патолого-анатомическом исследовании биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия), назначается гормональная терапия (см. Клинические рекомендации "Гиперплазия эндометрия") [61].

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендуется проведение полипэктомии (удаления полипа женских половых органов) и биопсии тканей матки (эндометрия) под контролем гистероскопии пациенткам, в том числе в репродуктивном возрасте при АМК, бесплодии, планировании беременности, наличии факторов риска малигнизации, а также всем женщинам в пери- и постменопаузальном периоде с обязательным проведением патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) [9, 10, 68-77, 40, 78, 79, 41, 50-52, 54, 55, 66], [80].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: проведение полипэктомии (удаления полипа женских половых органов) под визуальным контролем гистероскопии является оптимальным методом лечения ПЭ. Согласно литературным данным, различные гистероскопические методики обладают схожей эффективностью, включая резектоскопию, диодный лазер, использование щипцов и ножниц [41]. Удаление ПЭ купирует АМК, а также увеличивает вероятность наступления беременности при бесплодии более, чем в 2 раза [41, 68, 69, 72].

- Рекомендуется при рецидивирующих ПЭ пациенткам старше 18 лет проведение гистерорезектоскопии в качестве профилактики их повторного возникновения [66, 81].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: диагностическое выскабливание не всегда позволяет полностью удалить основание и сосудистую ножку ПЭ, что служит причиной рецидива. Использование гистерорезектоскопа позволяет проконтролировать полное удаление и коагуляцию основания ПЭ, что приводит к снижению частоты рецидивирования [41, 66, 81].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Специфической реабилитации нет.

- Рекомендован всем пациенткам осмотр (консультация) врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации при сочетании ПЭ с ХЭ [82], [83], [47].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется всем пациенткам после хирургического лечения полипа эндометрия диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога [47], [48].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

Комментарии: целесообразно ведение менструального календаря и мониторинг менструальной кровопотери для оценки эффективности терапии. Гинекологическое обследование и УЗИ органов малого таза проводятся каждые 6 месяцев, при необходимости – чаще.

Пациентки с ПЭ относятся к 1 группе диспансерного наблюдения – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки

Пациентки с ПЭ относятся к III группе здоровья: женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установленного диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом-акушером-гинекологом [84].

- Не рекомендуется рутинное послеоперационное назначение прогестагенов (по АТХ – гестагены), КОК (по АТХ – гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации)) и антибактериальной терапии с целью снижения риска рецидивов ПЭ [9-13], [85].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в настоящий момент отсутствуют убедительные данные об эффективности использования медикаментозных методов профилактики ПЭ.

6. Организация оказания медицинской помощи

- Показанием для плановой госпитализации в медицинскую организацию 2-3 уровней, а также в дневной стационар для проведения оперативного лечения служит выявление ПЭ;
- Показанием для экстренной госпитализации в медицинскую организацию 1-3 уровней служат ПЭ, сопровождающиеся острыми АМК и анемией.

Показания к выписке из медицинской организации:

- выздоровление.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Нет.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Список литературы

1. Кондриков Н.И., Баринова И.В. Патология матки. Руководство для врачей. 2019.

2. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet Off organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2018; 143(3): 393-408.

3. Nijkang N.P., Anderson L., Markham R., Manconi F. Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment. SAGE Open Med. 2019; 7: 205031211984824.

4. Tanos V., Berry K.E., Seikkula J., Abi Raad E., Stavroulis A., Sleiman Z., et al. The management of polyps in female reproductive organs. Int J Surg. 2017; 43: 7-16.

5. Indraccolo U., Di Iorio R., Matteo M., Corona G., Greco P., Indraccolo S.R. The pathogenesis of endometrial polyps: a systematic semi-quantitative review. Eur J Gynaecol Oncol. 2013; 34(1): 5-22.

6. Kurman R.J. et al. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. 2014.

7. Carvalho F.M., Aguiar F.N., Tomioka R., de Oliveira R.M., Frantz N., Ueno J. Functional endometrial polyps in infertile asymptomatic patients: a possible evolution of vascular changes secondary to endometritis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013; 170(1): 152-6.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

8. Cicinelli E., Bettocchi S., de Ziegler D., Loizzi V., Cormio G., Marinaccio M., et al. Chronic Endometritis, a Common Disease Hidden Behind Endometrial Polyps in Premenopausal Women: First Evidence From a Case-Control Study. J Minim Invasive Gynecol. 26(7): 1346-50.

9. Gynecology T.N.S. of O. and. Endometrial polyps. National Guideline approved by The Norwegian Society of Obstetrics and Gynecology. 2015.

10. American Association of Gynecologic Laparoscopists. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol. 19(1): 3-10.

11. Сочетанные доброкачественные опухоли и гиперпластические процессы матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Беженарь В.Ф., и др. Проект клинических рекомендаций по ведению больных. – Москва, 2015.

12. Ferenczy A., Gelfand M.M., van de Weijer P.H.M., Rioux J.E. Endometrial safety and bleeding patterns during a 2-year study of 1 or 2 mg 17 beta-estradiol combined with sequential 5-20 mg dydrogesterone. Climacteric. 2002; 5(1): 26-35.

13. Dreisler E., Sorensen S.S., Lose G. Endometrial polyps and associated factors in Danish women aged 36-74 years. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200(2): 147.e1-6.

14. Maia H., Barbosa I.C., Marques D., Calmon L.C., Ladipo O.A., Coutinho E.M. Hysteroscopy and transvaginal sonography in menopausal women receiving hormone replacement therapy. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1996; 4(1): 13-8.

15. Oguz S., Sargin A., Kelekci S., Aytan H., Tapisiz O.L., Mollamahmutoglu L. The role of hormone replacement therapy in endometrial polyp formation. Maturitas. 2005; 50(3): 231-6.

16. Perrone G., DeAngelis C., Critelli C., Capri O., Galoppi P., Santoro G., et al. Hysteroscopic findings in postmenopausal abnormal uterine bleeding: a comparison between HRT users and non-users. Maturitas. 2002; 43(4): 251-5.

17. Elliott J., Connor M.E., Lashen H. The value of outpatient hysteroscopy in diagnosing endometrial pathology in postmenopausal women with and without hormone replacement therapy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82(12): 1112-9.

18. Jokubkiene L., Sladkevicius P., Valentin L. Transvaginal ultrasound examination of the endometrium in postmenopausal women without vaginal bleeding. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016; 48(3): 390-6.

19. Capmas P., Pourcelot A.-G., Giral E., Fedida D., Fernandez H. Office hysteroscopy: A report of 2402 cases. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016; 45(5): 445-50.

20. Fabres, Fernandez, Alam, Mackenna, Zegers-Hochschild. Comparison of Ultrasonography and Hysteroscopy in the Diagnosis of Intrauterine Lesions in Infertile Women. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1996; 3(4, Supplement):S12.

21. Fatemi H.M., Kasius J.C., Timmermans A., van Disseldorp J., Fauser B.C., Devroey P., et al. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. Hum Reprod. 2010; 25(8): 1959-65.

22. Anastasiadis P.G., Koutlaki N.G., Skaphida P.G., Galazios G.C., Tsikouras P.N., Liberis V.A. Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. Eur J Gynaecol Oncol. 2000; 21(2): 180-3.

23. Lee S.C., Kaunitz A.M., Sanchez-Ramos L., Rhatigan R.M. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2010; 116(5): 1197-205.

24. Ferrazzi E., Zupi E., Leone F.P., Savelli L., Omodei U., Moscarini M., et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200(3): 235.e1-6.

25. Lieng M., Istre O., Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010; 89(8): 992-1002.

26. Baiocchi G., Manci N., Pazzaglia M., Giannone L., Burnelli L., Giannone E., et al. Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience. Am J Obstet Gynecol. 2009; 201(5): 462.e1-4.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

27. Bougie O. et al. Guideline No. 447: Diagnosis and Management of Endometrial Polyps//Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2024.

28. Karakaya BK, Ozkan NT, Kansu-Celik H, et al. Malignancy risk of endometrial polyps among geriatric women. Int J Gerontol 2018; 12(3): 215-217.

29. Sasaki L.M.P., Andrade K.R.C., Figueiredo A.C.M.G., Wanderley M. da S., Pereira M.G. Factors Associated with Malignancy in Hysteroscopically Resected Endometrial Polyps: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Minim Invasive Gynecol. 25(5): 777-85.

30. Pergialiotis V., Prodromidou A., Siotos C., Frountzas M., Perrea D., Vlachos G.D. Systemic hypertension and diabetes mellitus as predictors of malignancy among women with endometrial polyps: a meta-analysis of observational studies. Menopause. 2016; 23(6): 691-7.

31. Uglietti A., Buggio L., Farella M., Chiaffarino F., Dridi D., Vercellini P., 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.

32. Paradisi R., Rossi S., Scifo M.C., Dall'O' F., Battaglia C., Venturoli S. Recurrence of endometrial polyps. Gynecol Obstet Invest. 2014; 78(1): 26-32.

33. Kanthi J.M., Remadevi C., Sumathy S., Sharma D., Sreedhar S., Jose A. Clinical Study of Endometrial Polyp and Role of Diagnostic Hysteroscopy and Blind Avulsion of Polyp. J Clin Diagn Res. 2016; 10(6): QC01-4.

34. Henriquez D.D.C.A., van Dongen H., Wolterbeek R., Jansen F.W. Polypectomy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding: effectiveness of hysteroscopic removal. J Minim Invasive Gynecol. 14(1): 59-63.

35. AlHilli M.M., Nixon K.E., Hopkins M.R., Weaver A.L., Laughlin-Tommaso S.K., Famuyide A.O. Long-term outcomes after intrauterine morcellation vs hysteroscopic resection of endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol. 20(2): 215-21.

36. Yang J.-H., Chen C.-D., Chen S.-U., Yang Y.-S., Chen M.-J. Factors Influencing the Recurrence Potential of Benign Endometrial Polyps after Hysteroscopic Polypectomy. PLoS One. 2015; 10(12): e0144857.

37. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS Y.R. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. 2014.

38. Clark T.J., Stevenson H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017; 40: 89-104.

39. Elfayomy A.K., Soliman B.S. Risk Factors Associated with the Malignant Changes of Symptomatic and Asymptomatic Endometrial Polyps in Premenopausal Women. J Obstet Gynaecol India. 2015; 65(3): 186-92.

40. Wolfman W. No. 249-Asymptomatic Endometrial Thickening. J Obstet Gynaecol Can. 2018; 40(5): e367-77.

41. Vitale S.G., Haimovich S., Laganà A.S., Alonso L., Di Spiezio Sardo A., Carugno J., et al. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021; 260: 70-7.

42. Pérez-Medina T., Bajo-Arenas J., Salazar F., Redondo T., Sanfrutos L., Alvarez P., et al. Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. Hum Reprod. 2005; 20(6): 1632-5.

43. Di Spiezio Sardo A., Di Carlo C., Minozzi S., Spinelli M., Pistotti V., Alviggi C., et al. Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2016; 22(4): 479-96.

44. Munro M.G. Uterine polyps, adenomyosis, leiomyomas, and endometrial receptivity. Fertil Steril. 2019; 111(4): 629-40.

45. Shokeir T.A., Shalan H.M., El-Shafei M.M. Significance of endometrial polyps detected hysteroscopically in eumenorrheic infertile women. J Obstet Gynaecol Res. 2004; 30(2): 84-9.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

46. NICE Guideline. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. 2020.

47. Савельева Г.М. и др. Национальное руководство//Акушерство-М.: Гэотар-Медиа. – 2020.

48. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей/под общ. ред. Д.О. Иванова, Н.Н. Рухляды. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2026.

49. 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.

50. Sanin-Ramirez D., Carriles I., Graupera B., Ajossa S., Neri M., Rodriguez I., 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): 506-15.

51. Smith-Bindman R., Kerlikowske K., Feldstein V.A., Subak L., Scheidler J., Segal M., et al. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. JAMA. 1998; 280(17): 1510-7.

52. Guven M.A., Bese T., Demirkiran F. Comparison of hydrosonography and transvaginal ultrasonography in the detection of intracavitary pathologies in women with abnormal uterine bleeding. Int J Gynecol Cancer. 14(1): 57-63.

53. Vitale S.G. et al. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide//European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2021.

54. Vroom A.J., Timmermans A., Bongers M.Y., van den Heuvel E.R., Geomini P.M.A.J., van Hanegem N. 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.

55. Nieuwenhuis L.L., Hermans F.J., Bij de Vaate A.J.M., Leeflang M.M., Brölmann H.A., Hehenkamp W.J., et al. Three-dimensional saline infusion sonography compared to two-dimensional saline infusion sonography for the diagnosis of focal intracavitary lesions. Cochrane Database Syst Rev. 2017;.

56. Elsetohy K.A.A.A., Askalany A.H., Hassan M., Dawood Z. Routine office hysteroscopy prior to ICSI vs. ICSI alone in patients with normal transvaginal ultrasound: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet. 2015; 291(1): 193-9.

57. Timmerman D., Deprest J., Bourne T., Van den Berghe I., Collins W.P., Vergote I. A randomized trial on the use of ultrasonography or office hysteroscopy for endometrial assessment in postmenopausal patients with breast cancer who were treated with tamoxifen. Am J Obstet Gynecol. 1998; 179(1): 62-70.

58. Lieng M., Qvigstad E., Sandvik L., Jørgensen H., Langebrekke A., Istre O. Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol. 14(2): 189-94.

59. Makris N., Kalmantis K., Skartados N., Papadimitriou A., Mantzaris G., Antsaklis A. Three-dimensional hysterosonography versus hysteroscopy for the detection of intracavitary uterine abnormalities. Int J Gynaecol Obstet. 2007; 97(1): 6-9.

60. Herrington, C.S. (Ed.), & Editorial Board, WHO. C.O.T. (2020). WHO Classification of Tumours Female Genital Tumours. (5th ed.) International Agency for Research on Cancer.

61. Клинические рекомендации "Гиперплазия эндометрия", 2025.

62. Powles T.J., Bourne T., Athanasiou S., Chang J., Gruböck K., Ashley S., et al. The effects of norethisterone on endometrial abnormalities identified by transvaginal ultrasound screening of healthy post-menopausal women on tamoxifen or placebo. Br J Cancer. 1998; 78(2): 272-5.

63. Kodama M., Onoue M., Otsuka H., Yada-Hashimoto N., Saeki N., Kodama T., et al. Efficacy of dienogest in thinning the endometrium before hysteroscopic surgery. J Minim Invasive Gynecol. 20(6): 790-5.

64. Cicinelli E., Pinto V., Quattromini P., Fucci M.R., Lepera A., Mitola P.C., et al. Endometrial

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

preparation with estradiol plus dienogest (Qlaira) for office hysteroscopic polypectomy: randomized pilot study. J Minim Invasive Gynecol. 19(3): 356-9.

65. Bifulco G., Di Spiezio Sardo A., De Rosa N., Greco E., Spinelli M., Di Carlo C., et al. The use of an oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest before office operative hysteroscopy: a feasibility study. Gynecol Endocrinol. 2012; 28(12): 949-55.

66. Preutthipan S., Herabutya Y. Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women. Fertil Steril. 2005; 83(3): 705-9.

67. Sheng K.K., Lyons S.D. To treat or not to treat? An evidence-based practice guide for the management of endometrial polyps//Climacteric. – 2020.

68. Lieng M., Istre O., Sandvik L., Engh V., Qvigstad E. Clinical effectiveness of transcervical polyp resection in women with endometrial polyps: randomized controlled trial. J Minim Invasive Gynecol. 17(3): 351-7.

69. Zhang H., He X., Tian W., Song X., Zhang H. Hysteroscopic Resection of Endometrial Polyps and Assisted Reproductive Technology Pregnancy Outcomes Compared with No Treatment: A Systematic Review. J Minim Invasive Gynecol. 26(4): 618-27.

70. DeWaay D.J., Syrop C.H., Nygaard I.E., Davis W.A., Van Voorhis B.J. Natural history of uterine polyps and leiomyomata. Obstet Gynecol. 2002; 100(1): 3-7.

71. Lieng M., Istre O., Sandvik L., Qvigstad E. Prevalence, 1-year regression rate, and clinical significance of asymptomatic endometrial polyps: cross-sectional study. J Minim Invasive Gynecol. 16(4): 465-71.

72. Bosteels J., van Wessel S., Weyers S., Broekmans F.J., D'Hooghe T.M., Bongers M.Y., et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. Cochrane Database Syst Rev. 2018.

73. 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. Wideochirurgia i inne Tech maloinwazyjne = Videosurgery other miniinvasive Tech. 2020; 15(3): 403-15.

74. Cogendez E., Eken M.K., Bakal N., Gun I., Kaygusuz E.I., Karateke A. The role of transvaginal power Doppler ultrasound in the differential diagnosis of benign intrauterine focal lesions. J Med Ultrason (2001). 2015; 42(4): 533-40.

75. Kabil Kucur S., Temizkan O., Atis A., Gozukara I., Uludag E.U., Agar S., et al. Role of endometrial power Doppler ultrasound using the international endometrial tumor analysis group classification in predicting intrauterine pathology. Arch Gynecol Obstet. 2013; 288(3): 649-54.

76. Alcázar J.L., Galan M.J., Mínguez J.A., García-Manero M. Transvaginal color Doppler sonography versus sonohysterography in the diagnosis of endometrial polyps. J Ultrasound Med. 2004; 23(6): 743-8.

77. Timmerman D., Verguts J., Konstantinovic M.L., Moerman P., Van Schoubroeck D., Deprest J., et al. The pedicle artery sign based on sonography with color Doppler imaging can replace second-stage tests in women with abnormal vaginal bleeding. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003; 22(2): 166-71.

78. van Hanegem N., Prins M.M.C., Bongers M.Y., Opmeer B.C., Sahota D.S., Mol B.W.J., et al. The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016; 197: 147-55.

79. Tahir M.M., Bigrigg M.A., Browning J.J., Brookes S.T., Smith P.A. A randomised controlled trial comparing transvaginal ultrasound, outpatient hysteroscopy and endometrial biopsy with inpatient hysteroscopy and curettage. Br J Obstet Gynaecol. 1999; 106(12): 1259-64.

80. Lieng M., Istre O., Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review//Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. – 2010. – T. 89. – N. 8. – C. 992-1002.

81. Bouda J., Hradecký L., Rokyta Z. [Hysteroscopic polypectomy versus fractionated curettage in the treatment of corporal polyps--recurrence of corporal polyps]. Ces Gynekol. 2000; 65(3): 147-51.

82. Воропаева Е.Е. и др. Обоснование дифференцированного подхода к тактике ведения

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

пациенток с эндометриальными полипами различных морфологических типов//Уральский медицинский журнал. – 2019. – N. 10. – С. 67-70.

83. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога (клинические аспекты и рецептура). – 2-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008.

84. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология." 2020.

85. Yang L.C., Chaudhari A. The use of histeroscopy for the diagnosis and treatment of intrauterine pathology//ACOG. – 2020. – Т. 135. – С. 138-48.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Адамян Лейла Владимировна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

2. Андреева Елена Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора – директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ГНЦ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии" Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, президент Международной ассоциации акушеров, гинекологов и эндокринологов, член Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, РОСГЭМ.

3. Асатурова Александра Вячеславовна – д.м.н., заведующая 1-м патолого-анатомическим отделением ФГБУ "Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ.

4. Беженарь Виталий Федорович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

5. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

6. Иванов Илья Андреевич – врач-акушер-гинеколог, научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ "Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова", к.м.н.

7. Карселадзе Аполлон Иррадионович – проф, д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина" Минздрава России, советник директора ФГБУ Научный

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова.

8. Крутова Виктория Александровна – д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЮФО.

9. Малышкина Анна Ивановна – д.м.н., профессор, директор ФГБУ "Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова". заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО "Ивановская государственная медицинская академия" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЦФО.

10. Олина Анна Александровна – д.м.н., профессор, заместитель Директора департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ.

11. Тоноян Нарине Марзпетуновна – кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ "Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ.

12. Филиппов Олег Семенович – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный акушер-гинеколог ФМБА России, заместитель директора ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины.

13. Чернуха Галина Евгеньевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, президент МОО Ассоциация гинекологов-эндокринологов.

14. Ярмолинская Мария Игоревна – профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гинекологии и эндокринологии репродукции ФГБУ "НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта", профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Конфликт интересов:

Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи-акушеры-гинекологи;
2. студенты; ординаторы, аспиранты акушеры-гинекологи;
3. преподаватели, научные сотрудники.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

	рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

Приказ Минздрава России от 20.10.2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Приложение В

Информация для пациента

Полипы эндометрия – разрастания слизистой оболочки полости матки, по форме напоминающие каплю или гриб. Полипы могут иметь размеры от нескольких миллиметров до 2-3 сантиметров и находиться в полости матки по одному, или несколько одновременно. Полипы – достаточно распространенное заболевание и встречается у 7,8-12% всех женщин. Полипы могут проявляться обильными или длительными менструациями, а также кровянистыми выделениями, возникающими не зависимо от дня цикла, но зачастую полипы остаются бессимптомными и

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

являются случайной находкой на ультразвуковом исследовании органов малого таза комплексном (трансвагинальном и трансабдоминальном) (УЗИ). Кроме того, полипы эндометрия мешают наступлению беременности. В подавляющем большинстве случаев полипы являются доброкачественным заболеванием. Риск выявления атипических или раковых клеток в полипах увеличивается с возрастом, достигая максимума в постменопаузе, и составляет от 0,3 до 5,4%.

Причины возникновения полипов окончательно не изучены. Считается, что в основе заболевания лежат хроническое воспаление, нарушения молекулярных взаимодействий в эндометрии, а также нарушения чувствительности матки к гормонам. К факторам риска возникновения полипов относится старший возраст, лишний вес, артериальная гипертензия, прием препарата тамоксифена**, синдром Линча. Прием гормональных пероральных контрацептивов (АТХ-гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) или менопаузальной гормональной терапии не вызывает развитие полипов эндометрия.

Для диагностики полипов эндометрия используют УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное), которое проводят сразу после окончания менструации. Иногда полипы бывает трудно обнаружить, особенно если они маленького размера. В таком случае врач может назначить дообследование в виде соногистерографии – УЗИ с введением в полость матки жидкости, что значительно увеличивает точность исследования. Однако в настоящее время данный метод в России не распространен. Врачом может быть предложено проведение диагностической гистероскопии – осмотр полости матки с помощью специальной маленькой камеры. Этот метод является одновременно и диагностикой, и лечением. При проведении гистероскопии возможно увидеть полип напрямую и одновременно удалить его.

Удаление полипов эндометрия проводится под наркозом, чаще всего внутривенным, и занимает около 15-20 минут. Удаление полипов возможно несколькими техниками: с помощью электрической петли, которая называется гистерорезектоскоп, или неэлектрическими инструментами. Гистерорезектоскопия является более эффективным способом лечения полипов больших размеров, а также снижает частоту рецидивов, которая в среднем составляет от 10 до 20%.

Медикаментозных методов лечения полипов эндометрия на данный момент не существует. Необходимо отметить, что терапия препаратами прогестерона (АТХ – Гестагены) или гормональными пероральными контрацептивами (АТХ-гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) не показала своей эффективности. При маточных кровотечениях, планировании беременности, а также всем женщинам в пери- и постменопазе с выявленными полипами эндометрия рекомендуется их удалить.

После удаления полипа эндометрия, врачи-патологоанатомы (врачи-патоморфологи) изучат его под микроскопом и дадут патолого-анатомическое заключение, в котором укажут есть ли в нем признаки атипии или онкологии, а также есть ли другие заболевания эндометрия. Когда подтвердится, что полип доброкачественный, дополнительного лечения не требуется. Нет убедительных данных, что препараты прогестерона (АТХ – Гестагены) или гормональные пероральные контрацептивы (АТХ-гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) снижают частоту рецидивов. Если женщина не могла завести ребенка, после удаления полипа можно планировать беременность в следующем менструальном цикле.

Дальнейшее наблюдение, кратность выполнения ультразвукового исследования органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) определяются врачом-акушером-гинекологом индивидуально (по возможности ежегодно).

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не применимо.

Новые, изданные в 2020-2026 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.
Интернет-ссылка:
http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.

Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске https://disuria.ru