

Клинические рекомендации – Полип шейки матки – 2025-2026-2027 (18.12.2025) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N84.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2025

Пересмотр не позднее: 2027

ID: 985_1

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Специальность:

По состоянию на 18.12.2025 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

КОК – комбинированные оральные контрацептивы (АТХ Прогестагены и эстрогены, фиксированные сочетания)

ММК – межменструальное кровотечение

ОМК – обильное менструальное кровотечение

ПШМ – полип шейки матки

СД – сахарный диабет

УЗИ – ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)

ХЭ – хронический эндометрит

Термины и определения

Полип шейки матки (ПШМ) – доброкачественное очаговое образование шейки матки, состоящее из желез, фиброзированной стромы и кровеносных сосудов, часто с развитием плоскоклеточной метаплазии [1].

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

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

Полип шейки матки (ПШМ) – доброкачественное очаговое образование шейки матки, состоящее из желез, фиброзированной стромы и кровеносных сосудов, часто с развитием плоскоклеточной метаплазии [1].

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

Этиология и патогенез ПШМ точно не известны. Рассматриваются различные механизмы возникновения ПШМ. К ним относят нарушение экспрессии эстрогеновых и

прогестероновых рецепторов слизистой оболочки цервикального канала, усиление активности сигнальных путей, индуцирующих пролиферацию и ангиогенез, снижение апоптоза, а также хроническое воспаление [2], [3], [4].

Риск развития ПШМ увеличивается от менархе до позднего репродуктивного возраста, существенно возрастает в менопаузе. К факторам риска формирования ПШМ относятся: хронический цервицит, перенесенные хирургические вмешательства на шейке матки и т.д. [2], [3].

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

Распространенность ПШМ составляет от 2 до 5% и имеет тенденцию к увеличению к пери- и постменопаузе [5], [6]. Риск малигнизации ПШМ крайне низок (0,1%) [7] и возрастает в пери- и постменопаузе [8].

Частота рецидивов ПШМ достигает 12,6% [9]. Считается, что случаи повторного возникновения заболевания связаны с нерадикальным удалением сосудистой ножки ПШМ [10], [11], [12].

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

N 84.1 Полип шейки матки

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

1) эктоцервикальные полипы, которые возникают преимущественно у женщин в постменопаузе и развиваются из плоских клеток эктоцервикса.

2) эндоцервикальные полипы, которые возникают в основном у женщин в пременопаузе и развиваются из эндоцервикальных крипт [13].

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

ПШМ у большинства пациенток протекают бессимптомно и обычно обнаруживаются при плановом приеме (осмотре, консультации) врача-акушера-гинеколога [14], [15], [16].

Наиболее частыми клиническими проявлениями ПШМ являются межменструальные кровянистые выделения, контактные кровянистые выделения, обильные менструации, кровянистые выделения в постменопаузе [17], [18], [19]. ПШМ снижают вероятность наступления беременности [2], [18], [20], [21].

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

Диагноз ПШМ устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования, кольпоскопии, ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального). Окончательный диагноз ПШМ подтверждается патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) [17], [22], [23].

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы описаны в [разделе 1.6. "Клиническая картина"](#).

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациенткам с ПШМ сбор гинекологического анамнеза, проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования в целях выявления объемных образований, исходящее из цервикального канала [\[13\]](#).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Осмотр шейки матки в зеркалах позволяет выявить объемное образование, исходящее из цервикального канала [\[13\]](#), [\[24\]](#), [\[23\]](#), [\[25\]](#), [\[26\]](#), [\[27\]](#).

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Специфическая лабораторная диагностика ПШМ не разработана.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется при подозрении на ПШМ проведение УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) с целью установления диагноза, исключения сопутствующей гинекологической патологии [\[13\]](#).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с ПШМ для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза [\[13\]](#), [\[28\]](#).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки у пациенток с ПШМ с целью выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии [\[13\]](#), [\[28\]](#).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется всем пациенткам в качестве окончательного метода диагностики патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки [\[13\]](#).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуется выполнить кольпоскопию (расширенную) для выявления измененных участков шейки матки всем пациенткам с ПШМ [\[29\]](#), [\[30\]](#).

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

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 ПШМ, в том числе прогестагенов (по АТХ – гестагены), комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) – по АТХ – Прогестагены и эстрогены, фиксированные сочетания)) в качестве самостоятельного лечения, в пред- и послеоперационном периодах [13], [28].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: В настоящее время нет указаний об эффективности медикаментозной терапии ПШМ.

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендуется удаление полипа женских половых органов (полипэктомия) всем женщинам с ПШМ с обязательным проведением патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала матки [13], [19].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендуется удаление полипа женских половых органов (полипэктомия) и биопсия тканей матки (эндометрия) пациенткам, в том числе в репродуктивном возрасте при АМК, бесплодии, планировании беременности, наличии факторов риска малигнизации, а также всем женщинам в пери- и постменопаузальном периоде с обязательным проведением патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала матки [19].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки является окончательным методом диагностики ПШМ, позволяющим провести дифференциальную диагностику с аденокарциномой (in situ и инвазивной), развившейся в ПШМ, аденомиомой, а также с аденосаркомой и карциносаркомой шейки матки. Биопсию тканей матки (эндометрия) целесообразно проводить под визуальным контролем гистероскопии [19].

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

- Рекомендован всем пациенткам осмотр (консультация) врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации при сочетании ПШМ с ХЭ [28], [31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

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

- Не рекомендуется рутинное послеоперационное назначение прогестагенов (по АТХ – гестагены), КОК (по АТХ – Прогестагены и эстрогены, фиксированные сочетания)) и антибактериальной терапии с целью снижения риска рецидивов ПШМ [13], [28].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: В настоящий момент отсутствуют убедительные данные об

эффективности использования медикаментозных методов профилактики ПШМ [13], [22], [17], [28].

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1) Хирургическое лечение ПШМ.

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Проведен осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
3.	Выполнено удаление полипа женских половых органов	Да/Нет
4.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (удаленного макропрепарата)	Да/Нет

Список литературы

- [1] Кондрик Н.И. Б.И. Патология матки. Руководство для врачей. 2019.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] Carvalho F.M. et al. Functional endometrial polyps in infertile asymptomatic patients: a possible evolution of vascular changes secondary to endometritis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013.
- [5] Fatemi H.M. et al. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. Hum Reprod. 2010.
- [6] 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.
- [7] Schnatz PF, Ricci S, O'Sullivan DM. Cervical polyps in postmenopausal women: is there a difference in risk? Menopause 2009.
- [8] Schnatz P.F., Ricci S., O'Sullivan D.M. Cervical polyps in postmenopausal women: is there a difference in risk?//Menopause. – 2009.
- [9] Tirlapur S.A. et al. Clinico-pathological study of cervical polyps//Archives of gynecology and obstetrics. – 2010. – T. 282. – C. 535-538.
- [10] Paradisi R., Rossi S., Scifo M.C., Dall'O' F., Battaglia C., Venturoli S. Recurrence of endometrial polyps. Gynecol Obstet Invest. 2014.
- [11] 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.
- [12] 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.

- [13] Alkilani YG, Apodaca-Ramos I. Cervical Polyps. 2023 Sep 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] Wolfman W. No. 249-Asymptomatic Endometrial Thickening. J Obstet Gynaecol Can. 2018; 40(5): e367-77.
- [17] AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol. 19(1): 3-10.
- [18] Vitale S.G., Haimovich S., Lagan 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.
- [19] Stamatellos I., Stamatopoulos P., Bontis J. The role of hysteroscopy in the current management of the cervical polyps//Archives of gynecology and obstetrics. – 2007.
- [20] T. Pérez-Medina et al., "Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study.,"Hum. Reprod., vol. 20, no. 6, pp. 1632-5, Jun. 2005, doi: 10.1093/humrep/deh822.
- [21] A. Di Spiezio Sardo et al., "Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis,"Hum. Reprod. Update, vol. 22, no. 4, pp. 479-496, Jun. 2016, doi: 10.1093/humupd/dmw008.
- [22] T.N.S. of O. and Gynecology, "Endometrial polyps. National Guideline approved by The Norwegian Society of Obstetrics and Gynecology.," 2015.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] E. Ferrazzi et al., "How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study.," Am. J. Obstet. Gynecol., vol. 200, no. 3, pp. 235. e1-6, Mar. 2009, doi: 10.1016/j.ajog.2008.09.876.
- [26] L.M.P. Sasaki, K.R.C. Andrade, A.C.M.G. Figueiredo, M. da S. Wanderley, and M.G. Pereira, "Factors Associated with Malignancy in Hysteroscopically Resected Endometrial Polyps: A Systematic Review and Meta-Analysis.,"J. Minim. Invasive Gynecol., vol. 25, no. 5, pp. 777-785, doi: 10.1016/j.jmig.2018.02.004.
- [27] NICE Guideline, "Heavy menstrual bleeding: assessment and management," 2020.
- [28] Савельева Г.М. и др. Гинекология. Национальное руководство//М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2020.
- [29] "World Health Organization. Reproductive Health et al. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. – World Health Organization, 2014."
- [30] Bonde J.H. et al. Clinical Utility of Human Papillomavirus Genotyping in Cervical Cancer Screening: A Systematic Review//Journal of lower genital tract disease. – 2020. – Т. 24. – N. 1. – С. 1-13.
- [31] 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.

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. Асатулова 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.

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

4. 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.

5. Карселадзе Аполлон Иррадионович – проф, дмн, главный научный сотрудник ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина" Минздрава России, советник директора ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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, врачи-терапевты, врачи общей практики;
2. Студенты, ординаторы, аспиранты;
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 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 и реабилитации (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 и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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.

Приложение А3

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

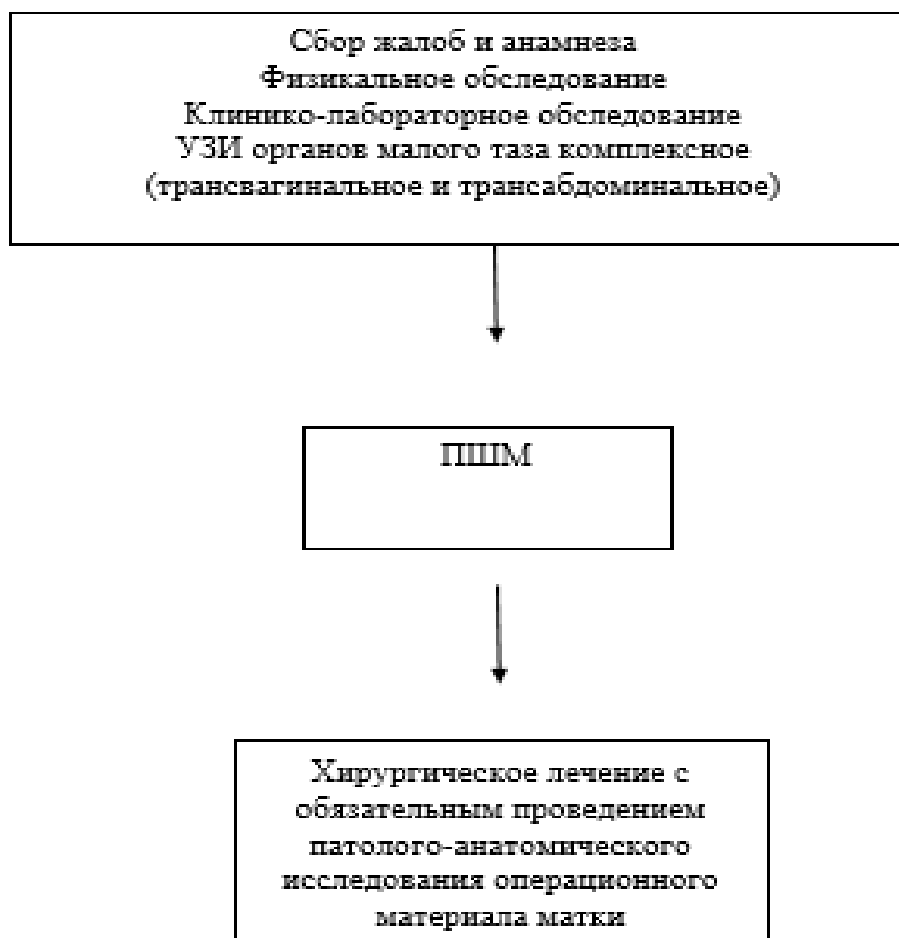
Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых и иных документов:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (с изменениями и дополнениями).

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению".

3. Савельева Г.М. и др. Гинекология. Национальное руководство//М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017. – Т. 1008.

Приложение Б

Алгоритмы действий врача

Приложение В

Информация для пациента

Возникновение любых патологических процессов, локализующихся на шейке матки, несет в себе потенциальную опасность для здоровья женщины.

Данная область характеризуется высоким уровнем риска развития онкологических заболеваний: по статистике, ежегодно в мире диагностируется около 270000 случаев обнаружения рака шейки матки (в основном – в развивающихся странах). Поэтому каждая женщина должна уделять повышенное внимание этой зоне своего организма и вовремя реагировать, если у нее обнаружили любые заболевания шейки матки. Лечение этих патологий и осуществление контроля за их состоянием является залогом женского здоровья.

ПШМ – доброкачественное поражение железистого эпителия шейки матки, может наблюдаться в любом возрасте, хотя чаще отмечается у пациенток старше 40 лет.

Клиническое течение ПШМ, как правило, бессимптомное, однако, могут наблюдаться кровянистые выделения из влагалища.

Медикаментозных методов лечения ПШМ на данный момент не существует. Необходимо отметить, что терапия препаратами прогестерона или гормональными пероральными контрацептивами не показала своей эффективности. С учетом частых эпизодов кровотечений, препятствия к беременности и необходимости профилактики

развития онкологии, всем женщинам с выявленными полипами шейки матки рекомендуется их удалить.

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

Приложение Г1-ГN

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

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.