

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-07>

## Клинические особенности полипов эндометрия в постменопаузе

Т.В. Клинышкова<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
Н.Б. Фролова<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
Е.Е. Совеико<sup>3</sup>,  
Н.П. Чернышова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Омский государственный медицинский университет Минздрава России

<sup>2</sup>Клиническая больница «РЖД-Медицина», Омск

<sup>3</sup>Клинико-диагностический центр «Ультрамед», Омск

E-mail: klin\_tatyana@mail.ru

Заболеваемость раком тела матки на протяжении последних лет находится на первом месте в структуре рака гениталий. Полипы эндометрия (ПЭ) – актуальная гинекологическая проблема с позиции онкологического риска, повышенного в период постменопаузы.

**Цель исследования** – количественный анализ клинических особенностей течения ПЭ у пациенток в постменопаузе.

**Материал и методы.** Выполнено ретроспективное когортное исследование на базе гинекологического отделения ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» (Омск). Исследовательскую когорту составили 133 женщины с ПЭ в постменопаузе (средний возраст – 59,23±6,34 года), которым была выполнена гистероскопическая полипэктомия.

**Результаты.** Продолжительность постменопаузы составила 9,47±6,66 года. ПЭ доминировали у женщин с поздней постменопаузой (68,4%). Пациентки с ПЭ в постменопаузе имели бессимптомное течение (69,2%), маточные кровотечения (30,8%), рецидивирование ПЭ (15,8%), сопутствующее лечение тамоксифеном (3,8%). По данным гистероскопии преобладали единичные ПЭ (75,2%) средним размером 15,7±9,4 мм. Характерно преобладание железисто-фиброзного ПЭ (61,7%) относительно железистого (36,8%) и аденоматозного (1,5%). Признаки малигнизации аденоматозного ПЭ и рака в окружающем эндометрии обнаружены при симптомном (n=41) и асимптомном (n=92) течении заболевания (p>0,05).

**Заключение.** У пациенток в постменопаузе с бессимптомными ПЭ и ПЭ, ассоциированными с постменопаузальным кровотечением, заболевание протекает на фоне предрака и рака эндометрия (в полипе или окружающем эндометрии) в 3,76% наблюдений, что требует гистологической верификации при выявлении пролиферативных процессов эндометрия по УЗИ, независимо от размера полипа и отсутствия клинических проявлений.

**Ключевые слова:** гинекология, онкология, полип эндометрия, постменопауза, гистероскопическая полипэктомия, малигнизация, эндометриальный рак.

**Для цитирования:** Клинышкова Т.В., Фролова Н.Б., Совеико Е.Е. и др. Клинические особенности полипов эндометрия в постменопаузе. Врач. 2021; 32 (5): 39–43. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-07>

Последнее десятилетие характеризуется ежегодным увеличением пациенток, страдающих раком тела матки (РТМ) [1]. Распространенность РТМ в России в период 2009–2019 гг. возросла со 133,7 до 187,1 на 100 тыс. женского населения. Заболеваемость РТМ на протяжении последних лет находится на первой позиции в структуре рака гениталий в стране [2].

Доброкачественные пролиферативные процессы эндометрия, к которым относятся полипы эндометрия (ПЭ), – актуальная гинекологическая проблема с позиции онкологического риска, повышенного в период постменопаузы [3, 4]. ПЭ занимают первое место в структуре внутриматочной патологии в различные возрастные периоды. Если в репродуктивном возрасте их частота составляет 21,7–27,3%, то в постменопаузе она возрастает до 45% [5]. Полагают, что большинство постменопаузальных ПЭ имеют доброкачественное течение, но небольшую их долю составляют злокачественные ПЭ: у пациенток с симптомами ПЭ – в 4,47% случаев, с бессимптомным течением ПЭ – в 1,51% случаев. Установлено, что к факторам риска малигнизации ПЭ относятся возраст старше 60 лет, менопаузальный статус, аномальные маточные кровотечения, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение и прием тамоксифена [6].

Учитывая возможность отсутствия манифестации ПЭ, возникает вопрос распространенности бессимптомного течения ПЭ среди пациенток в постменопаузе и возможности развития у них бессимптомного течения рака, что и легло в основу данного исследования.

Цель исследования – провести количественный анализ клинических особенностей течения ПЭ у пациенток в постменопаузе.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Ретроспективное когортное исследование на базе гинекологического отделения ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» (Омск) проводилось с мая 2017 г. по май 2020 г. За этот период гистероскопическая полипэктомия выполнена 191 пациентке с ПЭ в пери- и постменопаузе. Исследовательскую когорту составили 133 женщины с ПЭ в возрасте от 46 до 79 лет (средний возраст –  $59,23 \pm 6,34$  года).

**Критерии включения** в исследование: постменопауза, верифицированный ПЭ, гистероскопическая полипэктомия, результаты гистероскопии, гистологического исследования ПЭ и окружающего эндометрия, информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии исключения:** репродуктивный и пременопаузальный возраст, отсутствие данных гистологического исследования, отсутствие визуальной оценки полости матки.

Для полипэктомии использовали гистерорезектоскоп фирмы Karl Storz с оптикой  $12^\circ$  диаметром 4 мм. В качестве активного электрода использовался петлевой (для резекции) или шариковый (для коагуляции) электрод. Инстиляция жидкости (5% раствор глюкозы) осуществлялась с помощью аппарата Hysteromat (фирма Karl Storz) со скоростью потока до 400 мл/мин. Применялась смешанная резекционно-коагуляционная технология. Использовался электрохирургический блок с максимальной мощностью в режиме резания 200 Вт, в режиме коагуляции – 120 Вт. Полип и биоптат эндометрия отправляли на гистологическое исследование.

Статистический анализ осуществлялся с использованием возможностей Microsoft Excel. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости  $p$  принимался равным 0,05. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в виде  $M \pm SD$ , где  $M$  – среднее выборочное,  $SD$  – стандартное отклонение [7]. Для оценки различий в долях двух выборок использован метод вычисления значимости различий долей (метод углового преобразования Фишера).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным анамнеза установлено, что менопауза у пациенток с ПЭ была своевременной во всех случаях, средний возраст наступления менопаузы составил  $49,75 \pm 3,54$  года (табл. 1). Продолжительность постменопаузы обследованных женщин находилась в пределах от 1,5 до 34 лет и составила в среднем  $9,47 \pm 6,66$  года. Среди больных с ПЭ наблюдалось двукратное преобладание пациенток в поздней постменопаузе (продолжительность – от 6 лет и выше) относительно ранней постменопаузы (продолжительность – от 1 года до 5 лет).

Большинство обследованных (69,2%) составили пациентки с бессимптомным течением ПЭ, выявленным при ультразвуковом (УЗ) сканировании органов малого таза, и направленные в гинекологическое отделение для последующей полипэктомии (табл. 2). Размеры ПЭ по данным УЗИ ( $n=50$ ) составляли  $10,87 \pm 5,96$  мм. Маточные кровотечения, ассоциированные с ПЭ, имели место в 30,8% наблюдений. В подавляющем большинстве случаев полипы были первичными, рецидивирование ПЭ отмечено в 15,8% случаев: 1 рецидив – у 15 (11,3%)

Таблица 1

**Возрастные особенности менопаузы у пациенток с ПЭ ( $n=133$ )**

Table 1

**Age-related features of menopause in patients with endometrial polyps ( $n=133$ )**

Возраст, годы	$M \pm SD$
Средний возраст женщин	$59,23 \pm 6,34$
Средний возраст наступления менопаузы	$49,75 \pm 3,54$
Продолжительность постменопаузы	$9,47 \pm 6,66$

женщин, 2–3 эпизода ПЭ в анамнезе – у 3 (2,3%). ПЭ на фоне лечения тамоксифеном/анастрололом в режиме адъювантной терапии по поводу рака молочной железы (тамоксифен-индуцированные полипы) наблюдались в 5 (3,8%) случаях.

По данным гистероскопического обследования установлено преобладание единичных ПЭ (75,2%), расположенных на передней (15,0%), задней (33,0%) стенках, дне (20,0%), в трубных углах (11,0%) и боковых стенках (21,0%) матки (табл. 3). У каждой 4-й пациентки ПЭ носили множественный характер. Размеры полипов на момент удаления варьировали от 0,5 до 5 см (15,7±9,4 мм) на фоне тонкого атрофического, реже – утолщенного эндометрия. Чаще других встречались ПЭ размером ≤1 см (43,0%) и ≤2 см (37,0%).

По данным гистологического исследования, в большинстве случаев верифицированы железисто-фиброзные полипы (61,7%), у 1/3 женщин установлены железистые, включая железисто-кистозные полипы, выявлено 2 аденоматозных (атипичных) полипа, один из них (0,8%) – с признаками малигнизации на фоне маточного кровотечения. Окружающий эндометрий имел признаки атрофии (61,7%) и кистозной атрофии (34,6%). В 5 случаях выявлена патология окружающего эндометрия: простая гиперплазия эндометрия (ГЭ) без атипии, атипичная ГЭ (АГЭ) и аденокарцинома эндометрия (3,76%). В итоге рак эндометрия среди постменопаузальных пациенток с ПЭ установлен в 3 (2,3%) наблюдениях в связи с малигнизацией ПЭ, сопутствующей АГЭ с очагами CIS (рак *in situ*) и аденокарциномой окружающего эндометрия. При этом в 2 случаях ПЭ в сочетании с аденокарциномой, в том числе с CIS, не имели клинических проявлений. Частота рака в полипе или окружающем эндометрии среди больных с симптомным течением ПЭ (n=41) и без проявлений (n=92) не имела статистически значимых различий (p>0,05).

На основании изложенного можно констатировать, что у пациенток с ПЭ в постменопаузе заболевание может протекать в следующих вариантах:

- первичные и рецидивирующие;
- единичные и множественные;
- симптомные и бессимптомные;
- на фоне атрофии, свойственной данной возрастной группе, или патологии окружающего эндометрия.

Доброкачественный характер течения заболевания не исключает возникновение рака либо в ткани самого полипа, либо в окружающем эндометрии. Неспоконная эпидемиологическая ситуация по раку эндометрия диктует необходимость расширять диапазон поиска факторов риска. Рак матки среди пациенток с ПЭ установлен в 3 (2,3%) случаях, один из которых – в полипе, в 2 (1,5%) – предрак эндометрия. Пациентки с предраком и раком эндометрия направлены к онкологу для дальнейшего лечения.

По данным литературы, малигнизация ПЭ в постменопаузе происходит в 5 раз чаще, чем в репродуктивном возрасте, при этом размер ПЭ не является фактором риска малигнизации ПЭ [3, 4]. Основной метод лечения пациенток с ПЭ в постменопаузе – ги-

Таблица 2  
Характеристика пациенток с полипами эндометрия в постменопаузе (n=133); n (%)

Table 2

Characteristics of postmenopausal patients with endometrial polyps (n=133); n (%)

Признак	Число больных
Ранняя постменопауза	42 (31,6)
Поздняя постменопауза	91 (68,4)
Полип эндометрия + маточное кровотечение	41 (30,8)
Бессимптомный полип эндометрия	92 (69,2)
Первичный полип эндометрия	112 (84,2)
Рецидивирующий полип эндометрия	21 (15,8)
Тамоксифен-индуцированный полип эндометрия	5 (3,8)

Таблица 3  
Данные гистероскопии и гистологического исследования эндометрия у пациенток в постменопаузе с ПЭ (n=133); n (%)

Table 3

Data of endometrial hysteroscopy and histological examination in postmenopausal patients with endometrial polyps (n=133); n (%)

Признак	Число больных
<i>Результаты гистероскопии</i>	
Единичный полип эндометрия	100 (75,2)
Множественные полипы эндометрия	33 (24,8)
Размеры единичных полипов (n=100), см:	
<1	43 (43,0)
1–2	37 (37,0)
2–3	14 (14,0)
>3	6 (6,0)
Локализация единичных полипов (n=100):	
передняя стенка	15 (15,0)
задняя стенка	33 (33,0)
дно	20 (20,0)
трубные углы	11 (11,0)
боковые стенки	21 (21,0)
<i>Результаты гистологического исследования</i>	
Тип полипа эндометрия:	
железистый	49 (36,8)
железисто-фиброзный	82 (61,7)
Аденоматозный полип:	
аденоматозный + CIS	2 (1,5)
аденоматозный + АГЭ с CIS	1 (0,8)
Эндометрий:	
атрофия	82 (61,7)
кистозная атрофия	46 (34,6)
простая гиперплазия эндометрия	2 (1,5)
атипичная гиперплазия	2 (1,5)
аденокарцинома эндометрия	1 (0,8)

стероскопическая полипэктомия, но в случае предрака (атипический/аденоматозный ПЭ) данный метод не может являться альтернативой гистерэктомии как не гарантирующий эрадикации предраковых опухолевых поражений [8–12]. На основании изучения маркера PTEN в эпителии и строме полипа установлено, что бессимптомные доброкачественные полипы в постменопаузе имеют высокую опухолевую супрессию в сравнении с раком эндометрия, что свидетельствует о низком потенциале малигнизации [8]. Проллиферативная активность асимптомных ПЭ в постменопаузе ниже, чем в пременопаузе и (или) при аденокарциноме. Малигнизация ПЭ в нашем исследовании выявлена среди больных с симптомным течением ПЭ (n=1), что согласуется с данными других авторов, установивших, что повышение риска предрака и рака в ткани ПЭ наблюдается среди постменопаузальных женщин при наличии симптомов [6, 13]. Атипические ПЭ сопровождаются повышенной частотой выявления рака окружающего эндометрия [14], что наблюдалось и в нашем исследовании (n=1). Наряду с симптомным течением эндометриального рака важно констатировать, по нашим данным, его бессимптомное течение в 2 (1,5%) случаях среди больных ПЭ. По мнению А. Namazov и соавт., среди пациенток с бессимптомным течением ПЭ, подвергшихся гистероскопической полипэктомии, в 2,33% случаях установлены эндометриальная карцинома (0,84%) и АГЭ (1,49%).

УЗ-диагностика — информативный метод выявления ПЭ. В свою очередь, толщина эндометрия, измеренная с помощью трансвагинального УЗИ, недостаточна для прогнозирования предраковых и злокачественных ПЭ у женщин в постменопаузе с аномальными маточными кровотечениями и утолщением эндометрия [15]. Таким образом, при выявлении по УЗИ ПЭ у пациенток в постменопаузе, независимо от наличия симптомов маточного кровотечения и размеров полипа, необходимо проведение гистологического подтверждения доброкачественного характера заболевания.

На основе изложенного можно сделать следующие выводы:

1. ПЭ в постменопаузе имеют следующие особенности: преимущественно бессимптомное течение (69,2%), ПЭ сопровождаются маточными кровотечениями в 1/3 наблюдений; рецидивирующий характер наблюдается в 15,8% случаев; единичный (75,2%) и множественный характер (24,8%); средний размер полипа — 15,7±9,4 мм. Варианты постменопаузальных ПЭ: железисто-фиброзный (61,7%), железистый (36,8%), аденоматозный (1,5%), в том числе с малигнизацией.

2. У пациенток в постменопаузе с бессимптомными ПЭ и ПЭ, ассоциированными с постменопаузальным кровотечением, заболевание протекает на фоне предрака (атипической гиперплазии) и рака эндометрия

(в полипе или окружающем эндометрии) в 3,76% наблюдений, что требует гистологической верификации при выявлении пролиферативных процессов эндометрия в постменопаузе по данным УЗИ, независимо от их размера и отсутствия клинических проявлений.

\* \* \*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*Исследование не имело финансовой поддержки.*

## Литература/Reference

1. 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; 239 с. [Sostoyanie onkologicheskoi pomoshchi naseleniyu Rossii v 2019 godu. Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, A.O. Shakhzadovoi. M.: MNIIOI im. P.A. Gertsena – filial FGBU «NMITs radiologii» Minzdrava Rossii, 2020; 239 s. (in Russ.).]
2. 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 [Klinyshkova T. V., Turchaninov D. V., Frolova N. B. Clinical and epidemiological aspects of uterine body cancer from the perspective of prevention of recurrent hyperplasia. *Obstetrics and Gynecology*. 2020; 1: 135–40 (in Russ.). DOI: 10.18565/aig.2020.1.135-140]
3. Lee S.C., Kaunitz A.M., Sanchez-Ramos L. et al. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2010; 116 (5): 1197–205. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181f74864
4. 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
5. Чернуха Г.Е., Асатурова А.В., Иванов И.А. и др. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды. *Акушерство и гинекология*. 2018; 8: 129–34 [Chernukha G.E., Asaturova A.V., Ivanov I.A. et al. Structure of endometrial pathology in various age periods. *Obstetrics and Gynecology*. 2018; 8: 129–34 (in Russ.). DOI: 10.18565/aig.2018.8.129-134]
6. Sasaki L.M.P., Andrade K.R.C., Figueiredo A.C.M.G. 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
7. Мамаев А.Н., Кудлай Д.А. Статистические методы в медицине. М.: Практическая медицина, 2021; 136 с. [Mamaev A.N., Kudlay D.A. Statisticheskie metody v meditsine. M.: Prakticheskaya meditsina, 2021; 136 s. (in Russ.).]
8. Клинышкова Т.В., Фролова Н.Б., Мозговой С.И. Клиническое значение комплексной оценки рецепторного статуса эндометрия при эндометриальных полипах. *Акушерство и гинекология*. 2011; 3: 37–41 [Klinyshkova T.V., Frolova N.B., Mozgovoy S.I. The clinical significance of a comprehensive assessment of the endometrial receptor status in endometrial polyps. *Obstetrics and Gynecology*. 2011; 3: 37–41 (in Russ.).]
9. Саркисов С.Э., Мамиконян И.О., Павлович С.В. и др. Электрохирургическая би- и монополярная деструкция эндометрия в профилактике рецидивов тамоксифен-ассоциированной патологии эндометрия в постменопаузе. *Акушерство и гинекология*. 2018; 5: 78–84 [Sarkisov S.E., Mamikonyan I.O., Pavlovich S.V. et al. Electrosurgical bi-and monopolar destruction of the endometrium in the prevention of relapses of tamoxifen-associated endometrial pathology in postmenopause. *Obstetrics and Gynecology*. 2018; 5: 78–84 (in Russ.). DOI: 10.18565/aig.2018.5.78-84]
10. Wortman M. «See-and-Treat» Hysteroscopy in the Management of Endometrial Polyps. *Surg Technol Int*. 2016; 28: 177–84.
11. 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
12. Adomaitiene L., Nadisauskienė R., Nickkho-Amiry M. et al. Tumor Suppression in Asymptomatic Postmenopausal Endometrial Polyps. *Anticancer Res*. 2020; 40 (2): 789–94. DOI: 10.21873/anticancer.14010



13. Ghoubara A., Sundar S., Ewies A.A.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. 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

15. Cavkaytar S., Kokanali M.K., Ceran U. et al. Roles of sonography and hysteroscopy in the detection of premalignant and malignant polyps in women presenting with postmenopausal bleeding and thickened endometrium. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15 (13): 5355–8. DOI: 10.7314/apjcp.2014.15.13.5355

## CLINICAL FEATURES OF ENDOMETRIAL POLYPS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Professor **T. Klinyshkova**<sup>1</sup>, MD; **N. Frolova**<sup>2</sup>, Candidate of Medical Sciences; **E. Soveyko**<sup>3</sup>; **N. Chernyshova**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Omsk State Medical University

<sup>2</sup>Clinical hospital of Russian Railways-Medicine, Omsk

<sup>3</sup>Clinical and diagnostic center «Ultramed», Omsk

The incidence of cancer of the uterine body in recent years is in the first place in the structure of genital cancers. Endometrial polyps (PE) are an actual gynecological problem from the point of view of cancer risk, increased in the postmenopausal period.

**The aim of the study** was to conduct a quantitative analysis of the clinical features of the course of PE in postmenopausal patients.

**Material and methods.** A retrospective cohort study was performed on the basis of the gynecological department of the CHUZ «CB «Russian Railways-Medicine» Omsk». The research cohort consisted of 133 postmenopausal women with PE (mean age-59.23±6.34 years) who underwent hysteroscopic polypectomy.

**Results.** The duration of postmenopause was 9.47±6.66 years. PE was dominant in late postmenopausal women (68.4%). Postmenopausal PE patients had asymptomatic course (69.2%), uterine bleeding (30.8%), recurrent PE (15.8%), concomitant tamoxifen treatment (3.8%). According to the hysteroscopy data, single PE (75.2%) with an average size of 15.7±9.4 mm prevailed. The predominance of glandular-fibrous PE (61.7%) is characteristic of glandular PE (36.8%) and adenomatous PE (1.5%). Signs of malignancy of adenomatous PE and cancer in the surrounding endometrium were found in the symptomatic (n=41) and asymptomatic course of the disease (n=92) (p>0.05).

**Conclusion.** In postmenopausal patients with asymptomatic PE and PE associated with postmenopausal bleeding, the disease occurs against the background of precancerous and endometrial cancer (in the polyp or surrounding endometrium) in 3.76% of cases, which requires histological verification when detecting proliferative endometrial processes in postmenopausal ultrasound, regardless of the size of the polyp and the absence of clinical manifestations.

**Key words:** endometrial polyp; postmenopause; hysteroscopic polypectomy; malignancy; endometrial cancer.

**For citation:** Klinyshkova T., Frolova N., Soveyko E. et al. Clinical features of endometrial polyps in postmenopausal women. *Vrach*. 2021; 32 (5): 39–43. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-07>

**Об авторax/About the authors:** Klinyshkova T.V. ORCID: 0000-0002-0544-8184; Frolova N.B. ORCID: 0000-0002-4393-6904; Soveyko E.E. ORCID: 0000-0002-9615-6004; Chernyshova N.P. ORCID: 0000-0003-2234-6881