

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПОЛІПІВ ЕНДОМЕТРІЯ З УРАХУВАННЯМ ВІКОВИХ ТА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ АСПЕКТІВ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2026.82.46-49>



О.В. КРАВЧЕНКО

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету м. Чернівці
ORCID: 0000-0001-8085-8637

Контакти

Кравченко Олена Вікторівна
Буковинський державний медичний університет,
кафедра акушерства, гінекології та перинатології
58002, м. Чернівці,
Театральна площа, 2
Email: kravchenko.olena@bsmu.edu.ua

ВСТУП

Поліпи ендометрія (ПЕ) – це доброякісні вогнищеві новоутворення, що формуються з клітин внутрішнього шару матки – ендометрія [1, 2]. Поліпи виникають як у жінок репродуктивного, так і пери- / постменопаузального віку [3]. За даними різних досліджень, ПЕ спостерігаються в 7,8–34,9% жінок [4–6].

Актуальність даної патології обумовлюється не тільки її поширеністю, але й високою частотою рецидивування, ризиком малигнізації, порушенням фертильності, поєднаністю з іншою патологією тощо [7].

У 40% жінок ПЕ є причиною аномальних маткових кровотеч [8, 9]. Імовірність розвитку онкологічних процесів на тлі ПЕ становить 4–67,2% [10, 11]. Частота рецидивів поліпів сягає 44,1–64,7% [12, 13]. ПЕ також виявляються в 40–50% субфертильних чи безплідних жінок [14]. Водночас літературні дані щодо структури й частоти ПЕ в жінок різних вікових груп дуже суперечливі [15–17]. З огляду на те що діагностичним стандартом ПЕ є патоморфологічне дослідження, справжня їхня поширеність, імовірно, теж недооцінена [18].

Гістероскопічна поліпектомія залишається сьогодні пріоритетним методом хірургічного лікування [19]. Але висока частота рецидивування поліпів, яка залежить від багатьох чинників (генетичних, вікових, гормональних, травматичних, інфекційних, метаболічних) потребує не тільки динамічного спостереження надалі, а й патогенетично обґрунтованого лікування з метою зниження розвитку інвазивного раку [20–23].

Складнощі підбору адекватної терапії полягають і в тому, що різна морфологічна структура поліпів, різні вікові групи пацієнок потребують гормональної протирецидивної терапії препаратом із мінімальною центральною дією, яка не призводила б до вираженого естрогенodefіциту [24–25]. На нашу думку, саме дієногест завдяки вираженому периферичному й слабкому центральному ефекту, діючи на апоптоз гранульозних клітин, блокує овуляцію, пригнічуючи проліферацію клітин ендометрія. Особливо слід зауважити, що його потужна антипроліферативна дія поєднується з антиангіогенним і протизапальним ефектом, що є вкрай важливим, з огляду на етіопатогенез ПЕ.

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування поліпів ендометрія в жінок з урахуванням вікових та морфофункціональних аспектів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Спостереження охоплювало 116 жінок із ПЕ, які отримували лікування в гінекологічному відділенні ЦМКЛ м. Чернівці у 2024–2025 роках.

Пацієнтки були розподілені на дві групи за віком:

- I група – 54 жінки пізнього репродуктивного віку (35–45 років);
- II група – 62 пацієнтки перименопаузального віку (45–55 років).

Усі жінки були мешканками міста. Із числа обстежених були виключені жінки з індивідуальною непереносністю прогестагенних препаратів.

Діагноз поліпу ендометрія був верифікований за даними клініко-інструментального та морфологічного методів дослідження.

З метою профілактики рецидивів ПЕ пацієнтки із залозистими та залозисто-фіброзними поліпами отримували дієногест (препарат Вігест-КВ) по 2 мг на добу протягом 6 місяців у безперервному режимі. Ефективність терапії оцінювали за клінічними, інструментальними даними та результатами пайпель-біопсії через 6 місяців та двічі через кожні 3 місяці спостереження. Задовільним вважався результат лікування, якщо не спостерігалось рецидивів поліпів, а ендометрій відповідав фізіологічній віковій нормі.

Статистичний аналіз проводився відповідно до традиційних методів варіаційної статистики. Вірогідність отриманих результатів оцінювали за t-критерієм Стьюдента. Відмінності вважались істотними за $p \leq 0,05$.

Дослідження погоджено Комісією з питань біомедичної етики Буковинського державного медичного університету щодо дотримання морально-правових правил проведення медичних наукових досліджень (протокол № 3 від 20.11.2025 року). Обстеження та лікування здійснювали лише після отримання поінформованої згоди пацієнтки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи фактори ризику виникнення ПЕ в групах дослідження, ми визначили, що більш значущими в обох групах були соматичні фактори, які виявлено в 51,9 і 58,0% жінок у I та II групах відповідно, причому найчастіше діагностувалось ожиріння. Також 42,5% жінок пізнього репродуктивного віку (I група) і 46,7% пацієнок перименопаузального віку (II група) отримували протягом життя гормональну терапію. Дещо менше значення мали менструальні фактори: у I групі вони виявлені в 37,0% випадків, у II групі – у 41,9% (основною патологією в жінок обох груп були аномальні маткові кровотечі, рідше – безпліддя).

Спадкові фактори в обох групах дослідження зустрічались із практично однаковою частотою – відповідно 11,1 і 14,5% випадків.

Також слід зауважити, що вишкрібання порожнини матки в анамнезі мали 35 (64,8%) жінок I групи і 34 (54,8%) пацієнтки II групи. Внутрішньоматкову систему використовували 27,7% пацієнок пізнього репродуктивного віку й 45,1% – перименопаузального. Хронічні запальні процеси жіночих статевих органів мали жінки обох груп: відповідно 18,5 і 22,6% пацієнок.

Переважає кількість учасниць I групи (44 жінки, 81,5%) і деякі пацієнтки (18 жінок, 29%) II групи були госпіталізовані з ознаками аномальних маткових кровотеч. Їм була призначена гемостатична терапія препаратами транексамової кислоти в добовій дозі 3 г. Зупинка кровотечі відбулася на третій день у 87,0% і 83,9% пацієнок I і II груп; на 4–5-й день – у 13 і 16,1% жінок обох груп відповідно. У 18,5 та 22,5% осіб відповідно I і II груп був виявлений анемічний синдром I ступеня тяжкості. Медикаментозне лікування залізодефіцитної анемії проводилося із застосуванням оральних форм препаратів заліза. У решти пацієнок (18,5% осіб I групи й 71,0% осіб II групи) ПЕ діагностувалися за допомогою трансвагінального УЗД під час планового звернення жінки до лікаря.

Усім учасницям дослідження з метою верифікації діагнозу проводилася гістерорезектоскопія з патоморфологічним дослідженням отриманого матеріалу. Результати гістологічного дослідження наведені на рис. 1.

У жінок репродуктивного віку переважали залозисті та залозисто-фіброзні ПЕ (87,0%), водночас 61,7% із них були поєднані з гіперплазією ендометрія і в 38,3% випадків поліпи виникли на незміненому ендометрії (рис. 2).

У пацієнок перименопаузального віку домінували фіброзні й залозисто-фіброзні поліпи (56,4%), водночас у 48,6% випадків поліпи виникли на тлі атрофічного ендометрія, у 24,5% – на фоні нормального й лише у 23,7% випадків поліпи були поєднані з гіперпластичними змінами ендометрія.

Аденоматозні поліпи частіше були виявлені в пацієнок перименопаузального віку – 12,9% осіб в II групі і 9,2% жінок в I групі. У 2 випадках у кожній із груп (3,7% в I групі та 3,2% в II групі) аденоматозні поліпи виникали на тлі атипичної гіперплазії. Усі пацієнтки з аденоматозними поліпами були скеровані на консультацію і подальше лікування до лікаря-онколога.

Жінки з фіброзними поліпами потребували подальшого спостереження. А пацієнтки із залозистими й залозисто-фіброзними поліпами (I група – 47 жінок, II група – 30 жінок) розпочали протирецидивне лікування діногестом по 2 мг/доба протягом 6 місяців.

Оцінювання ефективності прогестагенної терапії через 6 місяців дало змогу визначити, що тільки в 4,2% пацієнок I групи в динаміці лікування спостерігались короточасні, нерегулярні, мазальні виділення. У жінок II групи місячні були відсутні. За даними УЗД ПЕ не були діагностовані в жодної жінки в обох групах. Товщина ендометрія в пацієнок I групи становила $6,14 \pm 0,21$ мм, II групи – $4,8 \pm 0,1$ мм. У 6,3% осіб пізнього репродуктивного віку під час пайпель-біопсії була діагностована персистенція гіперплазії ендометрія. У решти пацієнок обох груп спостерігався регрес гіперплазії ендометрія порівняно з даними до лікування.

У процесі подальшого спостереження через 3 і 6 місяців після лікування в 3 пацієнок (6,3%) пізнього репродуктивного віку й однієї жінки (3,3%) перименопаузального віку за допомогою УЗД були виявлені ПЕ. Діагноз був підтверджений результатами повторної гістероскопічної резекції і гістологічного дослідження.

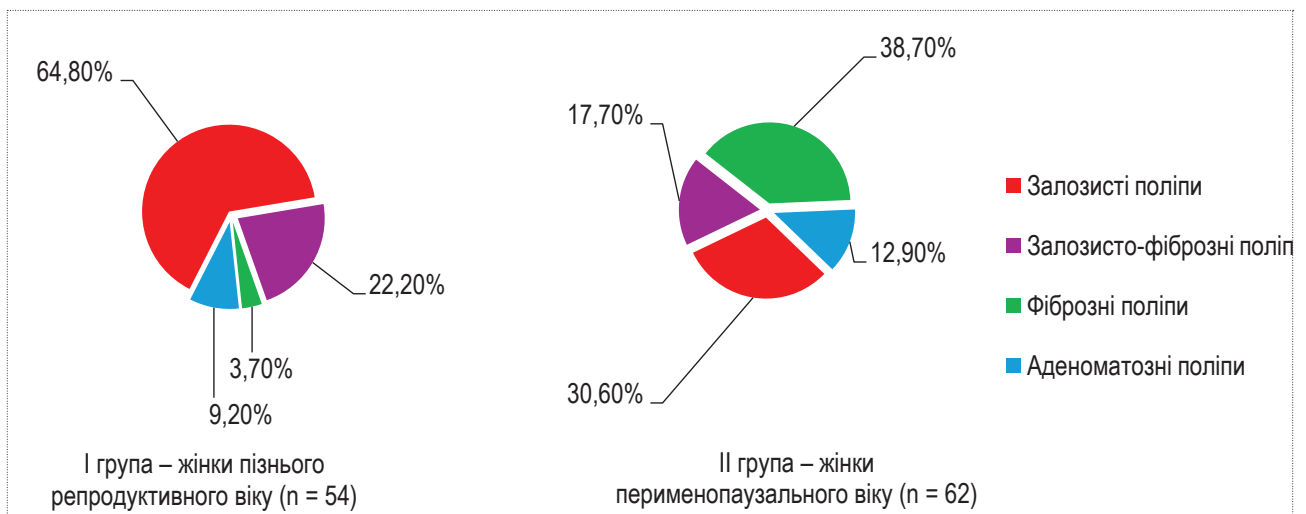


Рисунок 1. Морфологічна структура ПЕ в учасниць дослідження

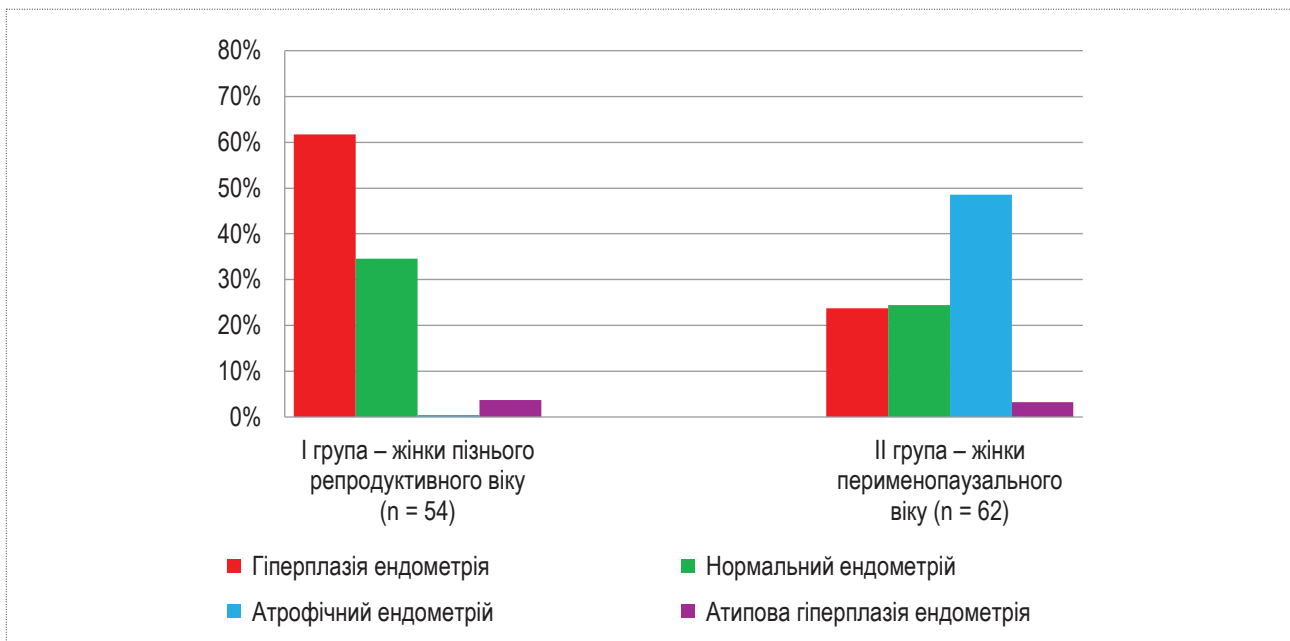


Рисунок 2. Стан ендометрія в досліджуваних жінок із діагнованими ПЕ

Отримані нами показники рецидивування залозистих та залозисто-фіброзних поліпів на тлі терапії прогестагенами були значно нижчими, ніж дані інших досліджень. Зокрема, І.М. Нікітіна [6, 12] та Б.Д. Кривокульський [13] зазначають, що частота рецидивів ПЕ становить 44,1–64,7%. Отже, використання дієногесту в безперервному режимі протягом 6 місяців продемонструвало свою ефективність як у жінок пізнього репродуктивного, так і перименопаузального віку. Дієногест є оптимальним засобом периферичної дії з потужним антипроліферативним ефектом і відсутністю надмірного пригнічення синтезу естрогенів.

ВИСНОВКИ

1. У пацієнток пізнього репродуктивного віку в морфологічній структурі ПЕ переважають залозисті та залозисто-

фіброзні поліпи (87% осіб), у перименопаузальному віці частіше розвиваються фіброзні та залозисто-фіброзні поліпи (56,4% жінок).

2. Проведена протирецидивна терапія дієногестом у довготривалому безперервному режимі в групах жінок пізнього репродуктивного та перименопаузального віку продемонструвала високу ефективність і дала змогу знизити рівень рецидивів ПЕ відповідно до 6,3 та 3,3% випадків.

Конфлікт інтересів.

Конфлікт інтересів відсутній.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Van den Bosch T. Benign Disease of the Uterus. Edmonds K, Christoph L, Bourne T, editors. Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology. Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd. 2018:823–34.
2. Horban NY, Vovk IB, Lysiana TO, Ponomariova IH, Zhulkevych IV. Peculiarities of Uterine Cavity Biocenosis in Patients with Different Types of Endometrial Hyperproliferative Pathology. J Med Life. 2019;12(3):266–70. DOI: 10.25122/jml-2019-0074.
3. Бойчук АВ, Шадріна ВС, Верещакіна ТВ. Гіперплазія ендометрія – сучасний системно-патогенетичний погляд на проблему (огляд літератури). Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019;1:670–72.
- Boichuk AV, Shadrina VS, Vereshchahina TV. Hyperplasia of endometrium – a modern system-pathogenetic view on the problem (literature review). Actual Problems of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology. 2019;1:67–72. DOI: 10.11603/24116-4944.2019.1.9906
4. Щербина МО, Полякова ЕМ, Луценко НС. Діагностична цінність трансвагінальної ультразвукової діагностики поліпів ендометрія. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. 2020;2(46):77.

Shcherbina MO, Polyakova EM, Lutsenko NS. Diagnostic value of transvaginal ultrasound diagnosis of endometrial polyps. Collection of scientific papers of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine. 2020;2 (46):77. DOI: [https://doi.org/10.35278/2664-0767.2\(46\).2020.219476](https://doi.org/10.35278/2664-0767.2(46).2020.219476)

5. Горбань НЕ, Кондратюк ВК, Ракша ІІ. Оцінка ехографічних показників у жінок з гіперпроліферативною патологією ендометрія. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019;2:32–8.
- Gorban NE, Kondratiuk VK, Raksha II. Assessment of echographic indicators in women with hyperproliferative endometrial pathology. Current issues in pediatrics, obstetrics, and gynecology. 2019;2:32–8. DOI: <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2019.2.10924>
6. Бойчук АВ, Верещакіна ТВ, Нікітіна ІМ. Оцінка відносного ризику розвитку та інформативності діагностичних методів гіперпроліферативних процесів ендометрія. Wiadomości Lekarskie (Варшава, Польща: 1960). 2020;73(9):1600–9.
- Boychuk AV, Vereshchahina TV, Nikitina IM. Estimation of relative risk of development and informativeness of diagnostic methods of hiperproliferative processes of endometrium. Wiadomości Lekarskie (Warsav. Poland: 1960). 2020;73(9):1600–9.

7. Корнієнко СМ. Патологія ендометрія. Віковий та репродуктивний аспект. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2022;2:92–6.
- Kornienko SM. Endometrial pathology. Age and reproductive aspects. Current issues in pediatrics, obstetrics, and gynecology. 2022;2:92–96. DOI: 10.11603/24116-4944.2022.2.13457
8. Namazov A, Gerner O, Ben-Arie A, et al. Endometrial Polyp Size and the Risk of Malignancy in Asymptomatic Postmenopausal Women. JOGC. 2018;41(7):912–5. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.07.019
9. Seto MT, Ip PP, Ngu SF, Cheung AN, Pun TC. Positive predictive value of endometrial polyps in Pipelle aspiration sampling: a histopathological study of 195 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Aug;203:12–15. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.04.027
10. Бенюк ВО, Перепадія ОВ, Гончаренко ВМ, Каленська ОВ, Кравченко ЮВ. Клініко-морфологічні паралелі в діагностиці поліпів ендометрія у віковому аспекті. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. 2020;2(46):6–10.
- Benyuk VO, Perepadia OV, Goncharenko VM, Kalenska OV, Kravchenko YVB.

Kravchenko YV.

Clinical and morphological parallels in the diagnosis of endometrial polyps in terms of age. Collection of scientific papers of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine. 2020;2(46):6–10.

DOI: 10.35278/2664-0767.2(46).2020.219458

11. Татарчук ТФ, Дубосарська ЮО, Дубосарська ЗМ.

Гіперплазія ендометрія: сучасні підходи до діагностики та лікування. Репродуктивна ендокринологія. 2021;2(58):18–27.

Tatarchuk TF, Dubossarska YuO, Dubossarska ZM.

Endometrial hyperplasia: modern approaches to diagnosis and treatment. Reproductive endocrinology. 2021;2(58):18–27.

DOI: 10.18370/2309-4117.2021.58.18-27

12. Нікітіна ІМ, Микитин КВ, Калашник НВ, Бабар ТВ, Іконописцева НА, Копаця ТВ.

Поліпи ендометрія у жінок репродуктивного віку – сучасний етіопатогенетичний погляд на проблему (огляд літератури). Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2020;2:18–27. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.58.18-27

Nikitina IM, Mykytin KV, Kalashnik NV, Babar TV, Ikonopistseva NA, Kopytsya TV.

Endometrial polyps in women of reproductive age – a modern etiopathogenetic view of the problem (literature review). Current issues in pediatrics, obstetrics, and gynecology. 2020;2:18–27. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.58.18-27

13. Кривокульський БД, Жулкевич ІВ, Кривокульський ДБ, Шкробот ЛВ.

Вивчення впливу віку та індексу коморбідності на ризик тромботичних ускладнень у хворих на рак ендометрія на доопераційному етапі. Вісник наукових досліджень. 2018;2(91):151–153.

Kryvokulsky BD, Zhulkevich IV, Kryvokulsky DB, Shkrobot LV.

Study of the influence of age and comorbidity index on the risk of thrombotic complications in patients with endometrial cancer at the preoperative stage. Bulletin of Scientific Research. 2018;2(91):151–153. DOI: 10.11603/2415-8798.2018.2.9212

14. Вовк ІБ, Борисюк ОЮ, Горбань НЕ.

Современные представления о гиперплазии эндометрия. Медицинская газета «Здоров'я України». Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. 2016;2(22):70–73.

Vovk IB, Borisjuk OYu, Gorban NE.

Sovremennye predstavleniya o giperplazii endometriya. Medical newspaper «Health of Ukraine» Gynecology. Obstetrics. Reproductology. 2016;2(22):70–73.

15. Hanegem NVan, Prins MM, Bongers MY.

The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;197:147–155. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2015.12.008

16. Francis PDE, Riemma G, Schiattarella A. Concordance between the Hysteroscopic Diagnosis of Endometrial Hyperplasia and Histopathological Examination. Diagnostics (Basel). 2019;9(4):142. DOI: 10.3390/diagnostics9040142

17. Heremans R, Van Den Bosch T, Valentin L, Wynants L, Pascual MA, Fruscio R, et al.

Ultrasound features of endometrial pathology in women without abnormal uterine bleeding: results from the International Endometrial Tumor Analysis study (IETA3). Ultrasound Obstet. Gynecol. 2022;60(2):243–255. DOI: 10.1002/uog.24910

18. de Azevedo JM, de Azevedo LM, Freitas F, Wender MC.

Endometrial polyps: when to resect? Arch Gynecol Obstet. 2016 Mar;293(3):639–43. DOI: 10.1007/s00404-015-3854-3

19. Riemma G, Vitale SG, Manchanda R, Rathore A, Török P, De Angelis C, et al.

The role of hysteroscopy in reproductive surgery: Today and tomorrow. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2022 Apr;51(4):102350. DOI: 10.1016/j.jogoh.2022.102350

20. Moreno I, Cicinelli E, Garcia-Grau I, Gonzalez-Monfort M, Bau D, Vilella F, et al.

The diagnosis of chronic endometritis in infertile asymptomatic women: a comparative study of histology, microbial cultures, hysteroscopy, and molecular microbiology. Am J Obstet Gynecol. 2018 Jun;218(6):602.e1–602.e16.

DOI: 10.1016/j.ajog.2018.02.012

21. Вовк ІБ, Корнацька АГ, Лисяна ТО, Горбань НЕ, Пономарьова ІГ.

Особливості аеробної та анаеробної мікрофлори у жінок з гіперпроліферативними захворюваннями матки і ендометрія. Здоров'я жінки. 2016;2:102–106.

Vovk IB, Kornatska AG, Lysiana TO, Gorban NE, Ponomareva IG. Features of aerobic and anaerobic microflora in women with hyperproliferative diseases of the uterus and endometrium. Women's Health. 2016;2:102–106.

22. Sanderson PA, Ensal-Zufiaurre A, Arends MJ, Herrington CS, Collins F, Williams ARW, et al.

Improving the Diagnosis of Endometrial Hyperplasia Using Computerized Analysis and Immunohistochemical Biomarkers. Front Reprod Health. 2022 May 12;4:896170. DOI: 10.3389/frph.2022.896170

23. Ring KL, Mills AM, Modesitt SC.

Endometrial Hyperplasia. Obstet Gynecol. 2022;140(6):1061–1075. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004989

24. Detti L, Christiansen ME, Peregrin-Alvarez I. Endometrial Abnormalities: Correlation Between Different Diagnostic Modalities. J Ultrasound Med. 2022 Aug;41(8):1981–1989. DOI: 10.1002/jum.15880

25. Xu Y, Xie D.

Prediction of Factors Associated with Abnormal Uterine Bleeding by Transvaginal Ultrasound Combined with Bleeding Pattern. Comput Math Methods Med. 2022;28:5653250. DOI: 10.1155/2022/5653250

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПОЛІПІВ ЕНДОМЕТРІЯ З УРАХУВАННЯМ ВІКОВИХ ТА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ АСПЕКТІВ

О.В. Кравченко, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету м. Чернівці

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування поліпів ендометрія (ПЕ) в жінок з урахуванням вікових та морфофункціональних аспектів.

Матеріали та методи. Спостереження охоплювало 116 жінок із ПЕ, які були розподілені на дві групи. І групу становили 54 жінки пізнього репродуктивного віку (35–45 років); II групу – 62 пацієнтки перименопаузального віку (45–55 років). Діагноз ПЕ був верифікований за даними клініко-інструментального та морфологічного методів дослідження. Для профілактики рецидивів ПЕ хворі із залозистими та залозисто-фіброзними поліпами отримували дієногест у дозі 2 мг/доба протягом 6 місяців у безперервному режимі. Ефективність терапії оцінювалася за клінічними, інструментальними даними та результатами пайпель-біопсії через 6 місяців та двічі через кожні 3 місяці спостереження.

Результати. Усім жінкам із метою верифікації діагнозу проводили гістерорезектоскопію з патоморфологічним дослідженням отриманого матеріалу. У жінок репродуктивного віку переважали залозисті й залозисто-фіброзні поліпи ендометрія (87,0%). У пацієнток перименопаузального віку домінували фіброзні й залозисто-фіброзні поліпи (56,4%). Аденоматозні поліпи частіше виявлялися в пацієнток перименопаузального віку (12,9%), ніж пізнього репродуктивного (9,2%).

Оцінка ефективності прогестагенної терапії через 6 місяців показала, що за даними УЗД ПЕ не виявлені в жодній жінки в обох групах. У процесі подальшого спостереження через 3 і 6 місяців після лікування в 3 пацієнток (6,3%) пізнього репродуктивного й однієї жінки (3,3%) перименопаузального віку під час УЗД було виявлено ПЕ. Діагноз був підтверджений за результатами повторної гістероскопічної резекції і гістологічного дослідження.

Висновки. Проведена протирецидивна терапія дієногестом у довготривалому безперервному режимі в групі жінок пізнього репродуктивного та перименопаузального віку продемонструвала високу ефективність і дала змогу знизити рівень рецидивів ПЕ відповідно до 6,3 та 3,3% випадків.

Ключові слова: поліпи ендометрія, морфологічна структура, пізній репродуктивний вік, перименопаузальний вік.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF ENDOMETRIAL POLYPS CONSIDERING AGE-RELATED AND MORPHOLOGICAL–FUNCTIONAL ASPECTS

O.V. Kravchenko, DSc, professor, head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Objective of the study: to evaluate the effectiveness of treatment of endometrial polyps (EP) in women taking into account age-related and morphological and functional aspects.

Materials and methods. A total of 116 women with EP were under our observation and were divided into two groups. Group I included 54 women of late reproductive age (35–45 years); Group II consisted of 62 patients of perimenopausal age (45–55 years). The diagnosis of EP was verified according to the data of clinical, instrumental, and morphological methods of investigation. For the prevention of EP recurrence, patients with glandular and glandular–fibrous polyps received dienogest at a dose of 2 mg per day for 6 months in a continuous regimen. The effectiveness of the therapy was evaluated on the basis of clinical and instrumental data and the results of pipelle biopsy after 6 months and twice during follow-up at three-month intervals.

Results and discussion. All women underwent hysteroscopic resection with pathomorphological examination of the obtained material to verify the diagnosis. In women of reproductive age, glandular and glandular–fibrous polyps prevailed (87.0%). In perimenopausal patients, fibrous and glandular–fibrous polyps were dominant (56.4%). Adenomatous polyps were more common in perimenopausal patients – 12.9% and 9.2%, respectively.

Evaluation of the effectiveness of progestogen therapy after 6 months showed that, according to ultrasound examination, EP were not detected in any woman in either group. During further follow-up three and 6 months after treatment, EP were detected by ultrasound examination in three patients (6.3%) of late reproductive age and in one woman (3.3%) of perimenopausal age. The diagnosis was confirmed by repeat hysteroscopic resection and histological examination.

Conclusions. Long-term continuous anti-relapse therapy with dienogest in a group of women of late reproductive and in a group of perimenopausal age demonstrated high efficacy and reduced the recurrence rate of EP to 6.3% and 3.3% of cases, respectively.

Keywords: endometrial polyps, morphological structure, late reproductive age, perimenopausal age.