

ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ: ШТРИХИ К КЛИНИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ

ВВЕДЕНИЕ

Полип эндометрия (ПЭ) – доброкачественное узловатое экзофитное образование слизистой оболочки тела матки, состоящее из желез и фиброзной стромы и содержащее «клубок» толстостенных кровеносных сосудов. Согласно гистологической классификации ВОЗ, ПЭ рассматриваются как один из вариантов гиперпластических процессов эндометрия [1].

Начало использования эндоскопических методик для удаления полипов способствовало росту многочисленных клинических исследований, фокусирующихся на факторах риска и звеньях патогенеза данного заболевания. Кроме того, с 2005 года E. Cicinelli и соавторами был введен новый термин – микрополип (МП), которым описывали очень мелкие (1–2 мм) васкуляризованные полипы на ножке, выявляемые при гистероскопическом исследовании. Ученые доказали, что МП с высокой долей вероятности сосуществуют с хроническим эндометритом (ХЭ) и образуются в результате накопления воспалительных клеток в строме в результате активной воспалительной реакции в эндометрии [2, 3].

Общность макро- и микроскопической структуры ПЭ и МП свидетельствует о возможных единых патогенетических механизмах их развития и требует более детального изучения.

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинической картины у женщин с ПЭ и МП, установить значимость анамнестических факторов в генезе данной патологии и оценить возможность ее достоверной диагностики по клиническим проявлениям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленных задач пациентки в возрасте 18–35 лет, обратившиеся в отделение эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» с целью планирования беременности и давшие информированное письменное согласие на участие в исследовании, были разделены на 3 группы.

I группу (n = 70) составили женщины, у которых ПЭ был заподозрен при УЗИ, определен при гистероскопии как выступающее обра-

зование в полости матки, имеющее ножку, и подтвержден гистологически.

II группу (n = 30) составили женщины с МП эндометрия, у которых полиповидные выпячивания размером 1–2 мм были впервые обнаружены при гистероскопии и не были зафиксированы во время проведенного ранее эхографического исследования. Учитывая, что специфичность обнаружения МП при ХЭ составляет 99%, в группу вошли лишь те женщины, у которых выявленные при гистероскопии МП сочетались с гистологически подтвержденным ХЭ, причем точность морфологической верификации ХЭ была увеличена за счет обязательной детекции плазматических клеток с помощью маркера CD138.

В III группу сравнения (n = 30) вошли здоровые женщины репродуктивного возраста, которые не имели гинекологических заболеваний, самопроизвольных, искусственных абортов и внутриматочных вмешательств в анамнезе и не использовали внутриматочные методы контрацепции.

Клиническую оценку состояния здоровья обследованных женщин проводили с помощью разработанной нами индивидуальной статистической карты. Детально оценивали менструальный цикл (МЦ): возраст менархе, регулярность, продолжительность цикла, характер менструации, наличие дисменореи, длительных скудных кровяных выделений до и после менструации. Для объективной оценки объема менструальной кровопотери была использована методика PBAC (Pictorial Blood Assessment Chart, Higham). Избыточным маточным кровотечением считали показатель более 100 баллов за период менструации.

Оценивали также особенности половой жизни: возраст коитархе (начала половой жизни), число половых партнеров, используемый метод контрацепции. Особое внимание обращали на детородную функцию: паритет, сведения о каждой из предшествовавших беременностей; количество самопроизвольных выкидышей и неразвивающихся беременностей, сроки репродуктивных потерь; количество медицинских абортов, наличие своевременных и преждевременных родов в анамнезе, осложнений беременностей и родов. При прерывании предшествующих бере-

Д.Г. GERMAN

аспирант отделения эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»
ORCID: 0000-0002-9043-9214

Контакты:

Герман Дарья Геннадиевна
ГУ «ИПАГ НАМН Украины»,
отделение эндокринной гинекологии
04050, Киев, П. Майбороды, 8
тел.: +38 (044) 483 80 87
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

DOI: <https://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2016.29.39-43>

менностей обращали внимание на метод, который использовался для опорожнения полости матки.

Анализировали перенесенные гинекологические заболевания и оперативные вмешательства в прошлом, в том числе на органах малого таза.

Для объективной оценки болевого феномена использовался опросник боли МакГилла. Статистическую обработку данных проводили с помощью стандартного пакета программ Statistica for Windows 13.0 (StatSoft Inc, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный нами в отношении всех пациенток сравнимых групп детальный анализ жалоб показал, что наиболее частой причиной обращения в лечебное учреждение у большинства женщин являлось бесплодие. Жалобы на отсутствие наступления беременностей в течение года и более регулярной половой жизни без использования контрацептивных средств предъявляли 67% пациенток I группы и 87% – II группы.

Жалобы на постоянные ноющие, тянущие боли в гипогастриальной, реже в поясничной области, не зависящие от дня МЦ, предъявляли 27 (39%) пациенток I группы. Во II группе подобные жалобы были зарегистрированы у 17 (57%) обследованных женщин. Болезненные менструации, отмеченные 49% женщин I группы и 57% – II, заняли в структуре жалоб второе место. На боли во время полового акта обращали внимание 1% пациенток из группы ПЭ (I).

Оценка интенсивности болевого синдрома путем сравнения показателей среднего рангового индекса боли (по опроснику МакГилла) не обнаружила статистически значимых различий между группами. У больных I группы показатель среднего рангового индекса боли составил $23,35 \pm 25,64$ балла, что не превышало аналогичный показатель во II группе – $27,14 \pm 27,78$ баллов.

На межменструальные кровяные выделения из половых путей при МП указывают многие авторы, называя этот клинический симптом «ключевым». По данным нашего исследования, жалобы на мажущие кровянистые выделения до, после менструации или в середине МЦ предъявляли 69% всех обследованных женщин. При этом статистически значимой разницы между группами выявлено не было, и данный симптом встречался одинаково часто как в группе ПЭ (в 39% случаев), так и в группе МП (в 30%). Свою нишу в структуре жалоб заняли и аномальные маточные кровотечения: эпизоды меноррагии были отмечены у каждой пятой пациентки с ПЭ (21%) и у каждой третьей с МП (30%).

На патологические выделения из половых путей (бели), нередко сопровождающиеся неприятным запахом, зудом и жжением в области вульвы, обращали внимание 17% пациенток с ПЭ. Несколько больше таких больных зарегистрировано среди женщин с МП – 30%.

Отсутствие жалоб было зарегистрировано у 5 женщин с ПЭ, что незначительно превышало соответствующий показатель в группе сравнения.

Представленные данные четко показывают, что в структуре жалоб женщин I и II группы статистически значимые различия выявлены не были, равно как и не были обнаружены специфические клинические симптомы для обеих

групп. Бесплодие, занимающее ведущее место среди жалоб, при опросе пациенток должно рассматриваться как важное клиническое проявление и ПЭ, и МП. Полученные данные убедительно доказывают важную роль хронического воспалительного процесса в эндометрии в развитии патологии репродуктивной функции. Преобладание частоты бесплодия в анализируемой структуре жалоб позволяет предполагать, что структурно-функциональные изменения эндометрия при МП не только являются серьезной преградой для имплантации эмбриона и развития беременности, но и могут быть базой для формирования ПЭ. А появление у женщин с ПЭ таких клинических симптомов МП, как перименструальные кровяные выделения из половых путей, альгодисменорея, меноррагия, болевой синдром только доказывают общность патогенетических механизмов.

Клинические характеристики пациенток исследуемых групп представлены в таблице.

Группы были репрезентативны по возрасту и индексу массы тела. Средний возраст наступления менархе у женщин I группы составил $13,1 \pm 1,34$ года и не отличался от такового во II группе – $13,3 \pm 0,76$ года и в III – $13,3 \pm 0,95$ года. Средняя длительность МЦ также значимо не варьировала, составив в I группе $28,0 \pm 3,02$ дня, во II – $28,1 \pm 1,95$ дня, в III – $29,1 \pm 3,58$ дня. Продолжительность менструации в группе I по медиане составила 5 дней (5–6), в контрольной группе – 4 дня (4–6). У представительниц II группы средняя длительность менструации была схожа с группами сравнения и составила $5,3 \pm 0,95$ дня.

При анализе интенсивности кровяных выделений во время менструации обращало на себя внимание, что у 46% женщин с ПЭ и у 87% с МП этот показатель отличался от нормальных значений (рис.). Объем менструальной кровопотери в группах I и II был приблизительно одинаковым, составив 94 (62–142) и 119 (106–320) баллов соответственно, но значимо отличался от группы контроля ($p_{I-III} = 0,032$, $p_{II-III} = 0,003$). Интересно, что при этом степень выраженности гиперменструального синдрома напрямую зависела от наличия МП. В данной категории пациенток на обильные менструации с кровопотерей как свыше 200 баллов, так и в диапазоне от 100 до 200 баллов указывало в 2 раза больше женщин (30% против 15% и 57% против 31% соответственно) ($p = 0,000$).

Статистически значимых различий в среднем возрасте начала половой жизни у обследованных женщин выявлено не было. Почти у половины всех пациенток с ПЭ и МП сексуальный дебют состоялся в возрастном интервале 18–23 года (49% и 42% соответственно). Вместе с тем более раннее начало половой жизни (до 18 лет) фигурировало в заявлениях каждой второй представительницы данных групп. Наибольшее количество женщин с половым дебютом в совершеннолетнем возрасте определено в группе контроля – 72% ($p_{I-III} = 0,039$, $p_{II-III} = 0,036$).

Анализ контрацептивного поведения обследованных женщин показал популярность прерванного полового акта – нетрадиционного варианта, который достоверно чаще практиковали 36% пациенток с ПЭ ($p_{I-III} = 0,030$), почти треть с МП – 30% и лишь 13% из контрольной группы. Барьерный метод предпочитала практически половина женщин как с ПЭ (49%), так и с МП (43%), в то же время представитель-

ниці контрольної групи прибігали к данному способу предохранения от нежелательной беременности достоверно чаще – в 73% случаев ($p_{I-III} = 0,039$, $p_{II-III} = 0,036$). Внутриматочную контрацепцию использовали 3% женщин I группы, женщины двух других когорт данный метод контрацепции не применяли. Приверженность гормональной контрацепции оказалась невысокой в сравнении с остальными методами предохранения от нежелательной беременности. Так, применение комбинированных оральных контрацептивов в прошлом отметили 24% участниц группы ПЭ и 30% – контрольной группы. Наименьшим этот показатель был в группе МП – 13%, хотя эти различия и не были статистически значимыми. Сравнительный анализ сексуального поведения пациенток обследованных групп свидетельствует, что каждая вторая (43%) пациентка с МП пренебрегает кон-

трацепцией, и количество таких женщин достоверно выше, чем в группе сравнения ($p_{I-II} = 0,016$, $p_{II-III} = 0,020$).

Анализ репродуктивной функции и исходов беременностей у обследованных показал, что у 35 (50%) женщин с ПЭ и у 8 (27%) женщин с МП беременности в анамнезе отсутствовали. Из 35 (50%) пациенток I группы, у которых были беременности, роды произошли у 29 (41%) женщин, тогда как во II группе соответствующий показатель оказался несколько меньшим – роды имели место у 9 (30%) пациенток из 22 (73%).

Частота искусственных абортов у представительниц группы ПЭ оказалась следующей: не прибегали к прерыванию беременности 49 (70%) обследуемых, однократно прерывали беременность 10 (14%) пациенток ($p_{I-II} = 0,030$), двукратно и более – 11 (16%) ($p_{I-II} = 0,031$). Пациентки из группы МП к искусственному аборту не прибегали.

ТАБЛИЦА. КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОК ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУПП*

Показатели	I группа (ПЭ, n = 70)	II группа (МП, n = 30)	III группа (контроль, n = 30)	p
Возраст, лет	30,2 ± 4,11	32,4 ± 2,57	31,0 ± 2,77	0,175 ^{a, b}
Индекс массы тела, кг/м ²	23,0 ± 4,10	20,9 ± 2,26	21,0 ± 1,52	0,188 ^{a, b}
Менархе, лет	13,1 ± 1,34	13,3 ± 0,76	13,3 ± 0,95	0,674 ^{a, b}
Продолжительность МЦ, дни	28,0 ± 3,02	28,1 ± 1,95	29,1 ± 3,58	0,366 ^{a, b}
Длительность менструации, дни	5 (5–6)	5,3 ± 0,95	4 (4–6)	0,431 ^{c, b}
Объем менструальной кровопотери, баллы	94 (62–142) ¹	119 (106–320) ¹	58,7 ± 16,26	$p_{I-III} = 0,032^c$ $p_{II-III} = 0,003$
Коитархе, лет	17,9 ± 2,02	17,1 ± 0,89	18,4 ± 1,62	0,091 ^{a, b}
Беременности, абс. ч.	0 (0–2)	1 (0–3)	0 (0–1)	0,142 ^{c, b}
Роды, абс. ч.	0 (0–1)	0 (0–1)	0 (0–1)	0,693 ^{c, b}
Артифициальный аборт, абс. ч.	0 (0–1)	0 (0)	0 (0)	0,203 ^{c, b}
Самопроизвольный аборт, абс. ч.	0 (0)	1 (0–3) ^{1, 2}	0 (0)	$p_{I-II} < 0,001^c$ $p_{II-III} = 0,032$
Внематочная беременность, абс. ч. (%)	3 (4%)	4 (13%)	0 (0)	0,352 ^d
Диагностический соскоб, абс. ч.	1 (0–2) ¹	1 (0–3) ¹	0 (0)	$p_{I-III} < 0,001^c$ $p_{II-III} = 0,049$

* В зависимости от вида распределения признака данные представлены в виде M ± стандартное отклонение (тест Шапиро-Уилка, $p > 0,05$) или M + Me (тест Шапиро-Уилка, $p < 0,05$).

^a – параметрический однофакторный дисперсионный анализ вариаций (ANOVA); ^b – нет различий в группах, проведение парного анализа групп нецелесообразно;

^c – ранговый анализ вариаций по критерию Краскела-Уоллиса; ^d – точный двусторонний критерий Фишера

¹ – разница достоверна относительно группы контроля

² – разница достоверна относительно I группы

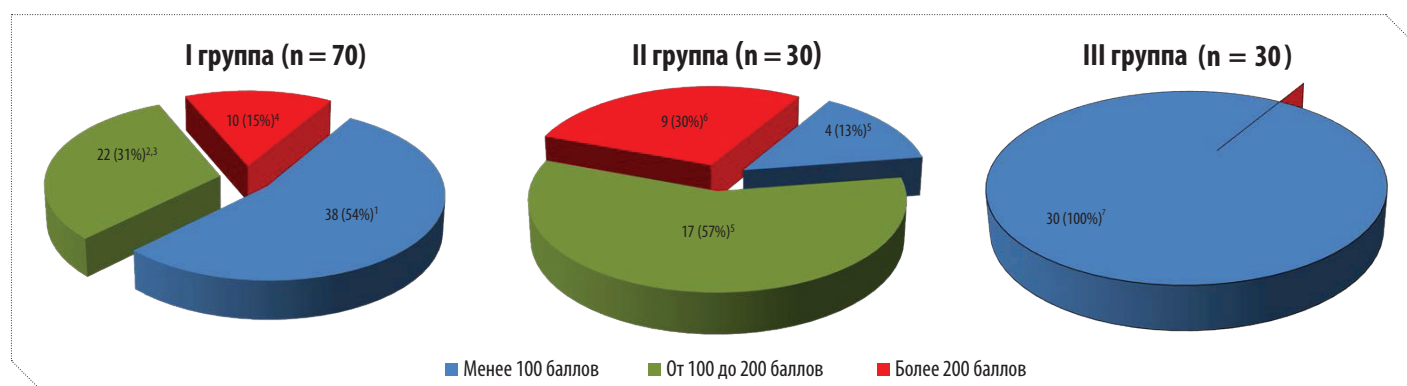


РИСУНОК. ОБЪЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРИ В СРАВНИВАЕМЫХ ГРУППАХ, АБС. Ч. (%)

1 – $p_{I-II} = 0,000$, критерий χ^2 с поправкой Йетса

2 – $p_{I-III} = 0,018$, критерий χ^2

3 – $p_{I-III} = 0,000$, критерий Фишера (двусторонний)

4 – $p_{I-III} = 0,030$, критерий Фишера (двусторонний)

5 – $p_{II-III} = 0,000$, критерий Фишера (двусторонний)

6 – $p_{II-III} = 0,001$, критерий Фишера (двусторонний)

7 – $p_{III-I} = 0,000$, критерий Фишера (двусторонний)



Преобладание бесплодия у женщин с микрополипами позволяет предполагать, что структурно-функциональные изменения эндометрия при этой патологии не только являются преградой для имплантации эмбриона и развития беременности, но и могут быть основой для формирования полипов эндометрия

Детализация частоты самопроизвольных выкидышей в группе ПЭ показала наличие однократного эпизода лишь у 4% женщин. Достоверно чаще случаи потери плода на раннем сроке регистрировались у женщин с МП: наличие двух и более самопроизвольных абортот отличало каждую третью пациентку в группе (30%), а единичные случаи были зафиксированы у 13% ($p_{I-II} < 0,001$). Количество женщин с внематочными беременностями в анамнезе было несколько больше во II группе (13%), чем в I (4%), но не имело статистических различий в группах.

Количество инвазивных внутриматочных вмешательств в основных группах находилось практически на одном уровне и значимо отличалось от группы контроля. У женщин с ПЭ данный показатель составил 1 (0–2) ($p_{I-III} < 0,001$), у женщин с МП – 1 (0–3) ($p_{II-III} = 0,049$). Показаниями для внутриматочных манипуляций в большинстве случаев были аномальные маточные кровотечения.

Анализ структуры гинекологических заболеваний женщин основных групп выявил, что доля пациенток с бесплодием в группе ПЭ составила 66%, причем преимущественно за счет первичного бесплодия, которым страдало 49% респонденток. Вторичное бесплодие регистрировалось в три раза реже (в 17% случаев). Противоположные результаты были получены в группе МП, где среди 87% женщин с отсутствием наступления беременностей в анамнезе на долю вторичного бесплодия пришлось 57% случаев ($p < 0,001$), в то время как на долю первичного – лишь 30%. Кроме того, частота невынашивания в структуре гинекологических заболеваний женщин с МП оказалась достоверно выше, чем в группе с ПЭ (30%, $p = 0,015$).

Из гинекологических заболеваний 49% опрошенных женщин с ПЭ отмечали заболевания шейки матки, такие как осложненная эктопия цилиндрического эпителия, лейкоплакия, цервикальная интраэпителиальная неоплазия легкой и среднетяжелой степени, хронический цервицит. Количество таких пациенток было достоверно выше, чем в группе с МП (13%, $p = 0,038$). Частота воспалительных заболеваний органов малого таза в основных группах достоверно не отличалась, составив 51% у больных с ПЭ и 57% – с МП.

Доброкачественные заболевания яичников встречались не чаще, чем воспалительные заболевания гениталий и доброкачественные заболевания шейки матки, но, тем не менее, регистрировались у трети женщин с ПЭ (37%), что достоверно отличало их от группы сравнения ($p = 0,042$).

ВЫВОДЫ

В целом исключительно анамнестический и клинический подход к пациенткам, страдающим ПЭ и МП, сложно назвать специфичным. Это объясняется фактом частого развития обеих патологий у женщин без отягощенного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Однако ряд выявленных нами особенностей позволяет оформить очерк к каждому клиническому портрету.

Отличительной чертой женщин с ПЭ является первичное бесплодие. Начав половую жизнь раньше своих сверстниц, они не особо продумывали методы контрацепции. Поводом для обращения к гинекологу на заре репродуктивного периода у них чаще всего были доброкачественные заболевания шейки матки и яичников. Первое завершалось многочисленными физиохирургическими методами лечения, второе – у операционного стола. Такие женщины чаще других имели избыточный вес и обильные менструации, а также чаще других испытали на себе выскабливания слизистой матки вне гистероскопической визуализации. При этом лишь половине из них диагноз ПЭ был установлен до гистероскопии.

Пациентки с МП – это женщины с доминантой вторичного бесплодия. Начав половую жизнь до 18 лет, они также практиковали неэффективную контрацепцию. Беременности, наступавшие у них без особых затруднений, чаще всего имели один сценарий развития. Самопроизвольные аборты, так же, как и частые аномальные маточные кровотечения, обеспечивали постоянное присутствие этих женщин в гинекологических стационарах.

Мнение о возможности достоверной диагностики ПЭ и МП по клиническим проявлениям заболевания является спорным, но в то же время заподозрить данную патологию по некоторым признакам все же возможно.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Савченко, Т.Н. Состояние микробиоценоза и локального иммунитета у пациенток с полипами эндометрия в постменопаузе / Т.Н. Савченко, Е.А. Воропаева, Т.С. Батиян и др. // Доктор.Ру. – 2011. – Т. 68, № 9. – С. 33–39. Savchenko, T.N., Voropaeva, E.A., Batiyan, T.S., et al. "Microbiota composition and mucosal immunology in post-menopausal women with endometrial polyps." Doctor.Ru 68.9 (2011): 33–9.
2. Cicinelli, E., Resta, L., Nicoletti, R., et al. "Endometrial micropolyps at fluid hysteroscopy suggest the existence of chronic endometritis." Human Reproduction 20.5 (2005): 1386–9.
3. Resta, L., Palumbo, M., Rossi, R., et al. "Histology of micropolyps in chronic endometritis." Histopathology 60.4 (2012): 670–4.

ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ: ШТРИХИ К КЛИНИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ**Д.Г. Герман**, аспирант отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

В статье представлены результаты изучения клинической картины, анамнеза у женщин репродуктивного возраста с полипами и микрополипами эндометрия. Проведена оценка возможности диагностики данной патологии по клиническим проявлениям.

Обследовано 130 пациенток в возрасте 18–35 лет: 70 пациенток с полипами эндометрия (I группа), 30 – с микрополипами (II группа) и 30 – контрольной группы (III группа).

Проведенный анализ жалоб показал, что наиболее частой причиной обращения в лечебное учреждение большинства обследованных женщин являлось бесплодие. Преобладание частоты бесплодия позволяет предполагать, что структурно-функциональные изменения эндометрия при микрополипах не только являются серьезной преградой для имплантации эмбриона и развития беременности, но и могут быть базой для формирования полипов эндометрия. А появление у женщин с полипами эндометрия таких клинических симптомов микрополипов, как перименструальные кровяные выделения из половых путей, альгодисменорея, меноррагия, болевой синдром только доказывают общность патогенетических механизмов.

Анализ интенсивности кровяных выделений во время менструации свидетельствует, что у 46% женщин с полипами эндометрия и у 87% с микрополипами этот показатель отличался от нормальных значений. Объем менструальной кровопотери в группах I и II был приблизительно одинаковым, но значимо отличался от группы контроля.

Анализ структуры гинекологических заболеваний женщин основных групп выявил, что доля пациенток с бесплодием в группе с полипами эндометрия составила 66%, причем преимущественно за счет первичного бесплодия, которым страдало 49% респонденток.

Таким образом, вырисовывается следующий клинический портрет пациенток с полипами эндометрия. Женщины с микрополипами – это женщины с доминантой вторичного бесплодия. Начав раннюю половую жизнь до 18 лет, они используют неэффективную контрацепцию. Беременности наступают у них без особых затруднений, но часто заканчиваются самопроизвольными абортми, а частые аномальные маточные кровотечения делают этих женщин постоянными пациентками гинекологических стационаров.

Ключевые слова: полип эндометрия, микрополипы, хронический эндометрит, бесплодие.

ПОЛИПИ ЕНДОМЕТРІЯ В РЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ: ШТРИХИ ДО КЛІНІЧНОГО ПОРТРЕТУ**Д.Г. Герман**, аспірант відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

У статті представлені результати вивчення клінічної картини, анамнезу в жінок репродуктивного віку з поліпами та мікрополіпами ендометрія. Проведено оцінку можливості діагностики даної патології за клінічними проявами.

Обстежено 130 пацієнток у віці 18–35 років: 70 пацієнток з поліпами ендометрія (I група), 30 – з мікрополіпами (II група) і 30 – контрольної групи (III група).

Проведений аналіз скарг показав, що найчастішою причиною звернення до лікувального закладу в більшості обстежених жінок було безпліддя. Переважання частоти безпліддя дозволяє припускати, що структурно-функціональні зміни ендометрія при мікрополіпах не тільки є серйозною перешкодою для імплантації ембріона і розвитку вагітності, а й можуть бути базою для формування поліпів ендометрія. А поява в жінок із поліпами ендометрія таких клінічних симптомів мікрополіпів, як перименструальні кров'яні виділення зі статевих шляхів, альгодисменорея, менорагія, болювий синдром тільки доводять спільність патогенетичних механізмів.

Аналіз інтенсивності кров'яних виділень під час менструації свідчить, що у 46% жінок із поліпами ендометрія й у 87% з мікрополіпами цей показник відрізнявся від нормальних значень. Обсяг менструальної крововтрати в групах I та II був приблизно однаковим, але значуще відрізнявся від групи контролю.

Аналіз структури гінекологічних захворювань жінок основних груп виявив, що частка пацієнток із безпліддям у групі з поліпами ендометрія склала 66%, причому переважно за рахунок первинного безпліддя, на яке страдало 49% респонденток.

Таким чином, вимальовується наступний клінічний портрет пацієнток із поліпами ендометрія. Жінки з мікрополіпами – це жінки з доміантою вторинного безпліддя. Почавши раннє статеве життя до 18 років, вони використовують неефективну контрацепцію. Вагітності настають у них без особливих труднощів, але часто закінчуються мимовільними абортми, а часті аномальні маткові кровотечі роблять цих жінок постійними пацієнтками гінекологічних стаціонарів.

Ключові слова: поліп ендометрія, мікрополіпи, хронічний ендометрит, безпліддя.

ENDOMETRIAL POLYPS IN THE REPRODUCTIVE AGE: THE FINISHING TOUCHES TO THE CLINICAL PORTRAIT**D.G. German**, postgraduate student at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

The article presents the results of the study of clinical presentation, history of reproductive aged women with endometrial polyps and micropolyps. Possibility of the diagnosis of this disease on clinical manifestations was estimated.

The study involved 130 patients aged 18–35 years: 70 patients with endometrial polyps (group I), 30 patients with micropolyps (group II) and 30 patients of the control group (group III).

Analysis of complaints showed that the most common reason for hospital treatment in the majority of the surveyed women was infertility. The prevalence of infertility suggests that the structural and functional changes in the endometrium if there are micropolyps are not only a serious obstacle for the embryo implantation and pregnancy development, but can also be a basis for the endometrial polyps formation. And such clinical symptoms of micropolyp as perimenstrual bleeding, discharge from the genital tract, algodysmenorrhea, menorrhagia, pain in women with endometrial polyps only prove common pathogenetic mechanisms.

Analysis of menstrual blood loss indicates that 46% of women with endometrial polyps and 87% with micropolyps this criterion differs from the normal values. The amount of menstrual blood loss in groups I and II was the same, but significantly different from the control group.

Analysis of the gynecological diseases structure in women of major groups revealed that the proportion of patients with infertility in the group with endometrial polyps was 66%, predominantly due to primary infertility, which suffered 49% respondents.

Thus formed the following clinical picture of patients with endometrial polyps. Women with micropolyps are women with secondary infertility dominant. Starting early sexual activity before the age of 18, they use ineffective contraception. Pregnancy occurs without much difficulty, but often results in spontaneous abortions and frequent abnormal uterine bleeding in these women makes them regular gynecological hospital patients.

Keywords: endometrial polyp, micropolyps, chronic endometritis, infertility.