



УДК 618.14-006.5-007.61-039.35-039.71  
DOI 10.24144/1998-6475.2019.46.31-35

## КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ АСПЕКТИ ПОЛІПІВ ЕНДОМЕТРІЮ

**Созанська М.А., Корчинська О.О.**

*ДВНЗ "Ужгородський національний університет", медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород*

**Резюме.** Вступ. Поліпи належать до одного із варіантів гіперпластичних процесів слизової оболонки тіла матки і є патологічним фоном для формування раку ендометрію. Фактори, які приймають участь у розвитку ПЕ: вік, менопауза, надлишок маси тіла/ожиріння, замісна гормональна терапія, запальні/інфекційні захворювання, прогестерон/естрогенний дисбаланс, перенесені в минулому гінекологічні операції [2].

**Мета дослідження:** вивчити особливості клінічного анамнезу у жінок з ПЕ для розробки профілактично-лікувальних заходів у цій групі пацієнтів.

**Матеріали та методи.** На базі КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» проведено клініко-статистичний аналіз 103 історій хвороб пацієнток із поліпами ендометрію. Всім жінкам виконували інструментальні методи діагностики: ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого тазу, оперативна гістероскопія із діагностичним вишкрібанням стінок порожнини матки та подальшим патоморфологічним дослідженням видаленого матеріалу.

**Результати досліджень.** Під час дослідження у репродуктивному віці були 69 (67%) пацієнток, пременопаузального – 21 (20,3%), у постменопаузі перебували 13 (12,7%) жінок. Порушення менструального циклу спостерігали у 40 (38,8%) жінок, непліддя – 6 (5,8%). Перенесли в минулому гінекологічні операції 33 (32%) пацієнток, з них: з приводу кіст і полікістозних яєчників – 16 (15,5%), міоми матки – 9 (8,7%), кесарів розтин – 4 (3,9%), позаматкова вагітність – 4 (3,9%). При вивченні гормонального статусу ми спостерігали гіперестрогенію на фоні гіпопрогестеронемії. У всіх жінок виявлені урогенітальні інфекції (кандидоз, уреаплазмоз, хламідіоз, трихомоноз, мікоплазмоз).

**Висновки.** У всіх хворих на ПЕ виявлені гормональні зміни, інфекційні захворювання, тому для зменшення ризику рецидиву поліпа всі жінки після його видалення повинні обстежуватись для виключення інфекційних та гормональних порушень. Профілактика ПЕ повинна включати: уникнення абортів, обережне діагностичне вишкрібання матки, а також адекватна терапія запальних процесів слизової оболонки статевих органів, профілактику і лікування гінекологічних захворювань.

**Ключові слова:** поліп, ендометрій, гіперплазія, профілактика рецидиву.

### **Clinical and anamnestic aspects of endometrial polyps**

*Sozanska M.A., Korchynska O.O.*

**Abstract.** Introduction. Polyps belong to one of the variants of hyperplastic processes of the mucous membrane of the uterus and are a pathological background for the formation of endometrial cancer. Factors involved in the development of PE: age, menopause, excess body weight / obesity, hormone replacement therapy, inflammatory / infectious diseases, progesterone / estrogen imbalance, gynecological surgeries in anamnesis.

**Aim:** to study the peculiarities of the clinical anamnesis of women with PE for the development of preventive measures in this group of patients.

**Materials and methods.** Clinical and statistical analyzes of 103 case histories of patients with endometrial polyps was performed on the basis of the Uzhgorod City Maternity Hospital. All women had been performed instrumental diagnostic methods: ultrasound (ultrasound) examination of pelvic organs, operative hysteroscopy with diagnostic scraping of the uterine cavity walls, and subsequent pathomorphological examination of the removed material.

**Results.** During the study, there were 69 (67%) patients of the reproductive age, 21 (20,3%) patients were of premenopausal period, 13 (12,7%) patients were of postmenopausal period. Menstrual disorders were observed in 40 (38,8%) women, infertility – 6 (5,8%). Patients who had gynecological surgeries in anamnesis were 33 (32%) patients, including: cysts and polycystic ovaries – 16 (15,5%), uterine fibroids – 9 (8,7%), Caesarean section – 4 (3,9%), ectopic pregnancy – 4 (3,9%). Studying hormonal status, we observed hyperestrogenemia



on the background of hypoprogesteronemia. All women had been revealed urogenital infections (candidosis, ureaplasmosis, chlamydiosis, trichomoniasis, mycoplasmosis).

**Conclusions.** All patients with PE had been found hormonal changes, infectious diseases, so to reduce the risk of relapse of the polyp, all women should be examined after its removal to eliminate infectious and hormonal disorders. Prevention of PE should include: avoidance of abortion, careful diagnostic scraping of the uterus, as well as adequate treatment of inflammatory processes of the mucous membrane of the genital organs, prevention and treatment of gynecological diseases.

**Key words:** polyp, endometrium, hyperplasia, relapseprevention.

### Вступ

Актуальність проблеми поліпів ендометрію (ПЕ) відіграє значну роль у відновленні і збереженні репродуктивного здоров'я жінок, а також профілактиці онкопатології. За даними класифікації гіперпроліферативних процесів ендометрію ВООЗ, поліпи належать до одного із варіантів гіперпластичних процесів слизової оболонки тіла матки і є патологічним фоном для формування раку ендометрію. Згідно з даними деяких джерел, за останні два десятиліття захворюваність раком ендометрію збільшилась на 21% [3]. На думку багатьох авторів, гіперплазія ендометрію (ГПЕ) не є передраковим захворюванням [3,5,7]. Однак загальноновизнаною точкою зору є те, що рецидив ГПЕ, а також її поєднання з іншою геніальною патологією, значно підвищують ризик злоякісної трансформації ендометрію. Згідно з даними Національного канцер-реєстру України за 2017 р., рівень захворюваності на рак ендометрію становив 27,9 на 100 тис. жіночого населення, а рівень летальності – 6,7 на 100 тис. жіночого населення.

На сьогодні не існує єдиної думки щодо причин виникнення ПЕ. Результати системного аналізу 1067 досліджень, представлених U. Indraccolo et al. (2013), дозволили виділити фактори, які беруть участь у розвитку ПЕ: вік, менопауза, надлишок маси тіла/ожиріння, замісна гормональна терапія, запальні/інфекційні захворювання, прогестерон/естрогенний дисбаланс, перенесені в минулому гінекологічні операції [2].

Розрізняють такі види поліпів:

- залозистий поліп ендометрію. Зростає з базального шару і утворюється за рахунок залозистого компонента;
- фіброзний поліп ендометрію. Формується за рахунок сполучної тканини, іноді в структуру входять колагенові волокна. Залоз практично немає;
- залозисто-фіброзний поліп ендометрію. Крім сполучної тканини, містить невелику кількість залоз.

ПЕ – дуже розповсюджена патологія, вони вимагають оперативних втручань тому, що супроводжуються кровотечами, викликають анемізацію, порушення менструального циклу по типу аномальних маткових кровотеч, зниження якості життя, становлять загрозу розвитку безпліддя.

Поширеність поліпів ендометрію варіює залежно від діагностичного методу й популяції. За даними різних досліджень, вони виникають у 12–14 % жінок. Проте часто через відсутність симптомів їхня справжня поширеність у загальній популяції залишається невідомою [1].

### Мета дослідження

Вивчити особливості клінічного анамнезу у жінок з ПЕ для розробки профілактично-лікувальних заходів у цій групі пацієнтів.

### Матеріали та методи

На базі КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» проведено клініко-статистичний аналіз 103 історій хвороб (за 2017–2018 роки) пацієнток із поліпами ендометрію у віці від 24 до 69 років. Проведено збір загальних даних, анамнезу життя, спадковий та алергологічний анамнез, терапевтичний огляд, спеціальні гінекологічні дослідження. Усім пацієнткам проводились інструментальні методи діагностики: ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого тазу, оперативна гістероскопія із діагностичним вишкрібанням стінок порожнини матки та подальшим патоморфологічним дослідженням видаленого матеріалу. На 21–22-ий день циклу жінки здавали аналізи на визначення рівня естрадіолу і прогестерону.

Перший етап обстеження включав УЗД дослідження апаратом SonoScapeS10Exp. При візуалізації матки оцінювались такі її характеристики: розмір – нормальний, збільшений (тижні вагітності), структура – однорідна, неоднорідна (форма, розмір, розміщення включень), ендометрій – товщина, однорідний, неоднорідний, наявність чи відсутність дефор-



мацій, додаткові утворення (при наявності – їх форма, розмір, структура, положення і кількість).

На другому етапі виконували гістероскопію. Проведена оцінка стану ендометрію, аналіз розташування поліпів, наявність дрібних міоматозних вузлів, непомітних при УЗД, аденоміозу.

Третій етап – поліпектомія, яка проводилась прицільно під контролем гістероскопа із подальшою коагуляцією основи поліпа. Після тотального вишкрібання порожнини матки видалені тканини відправлялись на патоморфологічне дослідження.

### Результати досліджень

Середній вік пацієнток репродуктивного віку –  $29,9 \pm 5,9$ , перименопаузального –  $50,2 \pm 2,3$ , у постменопаузі –  $64,3 \pm 2,7$ . Клінічно поліпи ендометрію можуть не проявляти себе, але в більшості випадків вони обумовлюють порушення менструального циклу у вигляді гіперполіменореї, міжменструальних кровотеч, а також є причиною непліддя у жінок репродуктивного віку. У репродуктивному віці були 69 (67%) пацієнток, перименопаузального – 21 (20,3%), у постменопаузі перебували 13 (12,7%) жінок. Жінки із сільської місцевості – 63 (61%), місто – 40 (39%). Соціальний статус низький – 24 (23%), середній – 69 (67%), високий – 10 (10%).

При надходженні больовий синдром турбував 32 пацієнток (31%), порушення менструального циклу – 40 (38,8%), непліддя – 6 (5,8%). Вказані скарги, за даними літератури, патогномонічні для ГПЕ та є підґрунтям для більш глибокого обстеження жінок за наявності вказаних симптомів [7,8,9]. Без скарг госпіталізовано 25 жінок (24,4%).

Вік менархе пацієнток у середньому  $14,1 \pm 1,9$ . Характеристика менструального циклу: середня тривалість менструації дорівнювала  $7,3 \pm 2,7$ , середня тривалість МЦ –  $34,7 \pm 2,3$ .

Паритет. Жінок, які в анамнезі мали 1 пологи, було – 33 (32%), 2 і більше пологів – 51 (49,5%). Жінки, які не народжували – 19 (18,5%). У 21 (20,4%) було штучне переривання вагітності на ранніх строках, 13 (12,6%) випадків самовільного викидня. Гормональне лікування приймали 28 (27,2%) пацієнток (синтетичні прогестини, гестагени) у зв'язку з кістою яєчника, полікістозом, аденоміозом.

Контрацепцію використовували 22 (21,3%) пацієнток, із них користувались пре-

зервативами – 9 (8,7%), приймали комбіновані оральні контрацептиви – 6 (5,8%), чисті гестагени – 4 (3,9%), встановлений у минулому негормональний внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) – 3 (2,9%).

Секреторна функція порушена у всіх через наявність урогенітальних інфекцій. Перенесли в минулому гінекологічні операції 33 (32%) пацієнток, з них: із приводу кіст і полікістозних яєчників (оваріоектомія, клиновидна резекція) – 16 (15,5%), міоми матки (консервативна міомектомія) – 9 (8,7%), кесарів розтин – 4 (3,9%), позаматкова вагітність (тубектомія) – 4 (3,9%). Порушення рецепторного апарату ендометрію під час його травматизації багатьма авторами розглядається як один із факторів ризику розвитку гіперпластичних процесів [2,6].

У розвитку гіперпластичних процесів відіграють роль також нейроендокринні і метаболічні порушення. Ми виявили ожиріння різних ступенів у 13 (12,6%) хворих, гіпертонічну хворобу в 6 (6,1%), захворювання щитоподібної залози – у 2 (2,1%) пацієнток.

Генітальні захворювання: кіста яєчника – 29%, цервіцит – 21%, синдром полікістозних яєчників – 19%, ендометріоз – 9%, дворога матка – 9%, аденоміоз – 7%, спайки маткових труб – 6%.

УЗД матки проводили до гістероскопії у проліферативній фазі на 5–13 день циклу. У 68 (66,1%) випадках поліпи були поодинокі і виявлялись на фоні гіперплазії, у 43 (63,2%) жінок репродуктивного віку товщина ендометрію в середньому становила  $19,5 \pm 0,5$  мм, у постменопаузі –  $10,5 \pm 0,5$  мм, у 25 (36,8%) пацієнток – 35 (33,9%) випадків виявлені на фоні незміненого ендометрію у фазі секреторної трансформації. Розташування поліпів на задній стінці матки – 58 (56,4%), на передній – 36 (34,9%) випадків, поліпи цервікального каналу – 9 (8,7%).

Вивчення гормонального статусу у обстежених жінок виявило зміни рівнів гормонів у другій фазі циклу, підвищення рівня естрадіолу і зниження рівня прогестерону. Таким чином, ми спостерігали гіперестрогенію на фоні гіпопрогестеронемії у пацієнток із поліпом ендометрію, що збігається з даними літератури відносно етіології даного захворювання [6]. Індекс НОМА – у 19 (18,4%) випадках спостережень у середньому становив  $3,6 \pm 0,2$ , що свідчить про інсулінорезистентність.



У всіх жінок виявлені урогенітальні інфекції: кандидоз 34,9%, уреоплазмоз 19,7%, хламідіоз 18,9%, трихоманоз 16,5%, мікоплазмоз 10,3%.

### Висновки

Поліпи слизової оболонки тіла матки виявляють у жінок будь-якого віку, але частіше репродуктивного. У всіх хворих на ПЕ виявлені гормональні зміни, інфекційні захворювання, тому для зменшення ризику рецидиву поліпа всі жінки після його видалення повинні обстежуватись для виключення інфекційних та гормональних порушень.

Профілактика поліпів ендометрію повинна включати: уникнення абортів, обережне діагностичне вишкрібання матки, яке повинне проводитись за чіткими показаннями, а також адекватна терапія запальних процесів слизової оболонки статевих органів, профілактику і лікування гінекологічних захворювань (ендометріоз, міома, кісти яєчників).

### Перспективи подальших досліджень.

Пошуки інших, ще не з'ясованих факторів, які впливають на виникнення поліпів та їх рецидиви.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Clark TJ, Stevenson H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017; 40:89-104.
2. Indraccolo U, DiIorio Matteo RM, Corona G, Greco P, Indraccolo SR *Eur J Gynaec.* The pathogenesis of endometrial polyps: a systematic semi-quantitative review. *Oncol.* XXXIV, n. 1, 2013. P. 5–23.
3. Sorosky J. I. Endometrial cancer / J. I. Sorosky // *Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 120 (2 Pt 1). P. 383–397
4. Ultra sonographic endometrial thickness measurement is predictive for treatment response in simple endometrial hyperplasia with outatypia / E. Ozkaya, V. Korkmaz, Y. Ozkaya [etal] // *J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc.* 2013. Vol. 14 (1). P. 19–22.
5. Вдовиченко Ю. П. «Сучасний менеджмент діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія»: (огляд літератури) / Ю. П. Вдовиченко, О. В. Голяновський, І. В. Лопушан // *Здоровье женщины.* 2012. № 9. С. 45–53.
6. Веропотвелян, П.Н. «Гиперплазия эндометрия – современный взгляд на проблему» / П.Н. Веропотвелян, И.В. Гужевская, Н.П. Веропотвелян, Л.А. Жабицкая // *Медицинские аспекты здоров'я женщины.* 2013. №10 (74). С. 33–40.
7. Запорожан В.Н., Татарчук Т.Ф., Дубинина В.Г., Косей Н.В. «Современная диагностика и лечение гиперпластических процес сов эндометрия» // *Репродуктивная эндокринология.* №1(3)/ февраль 2012. С. 5–12
8. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. Клінічний протокол «Гіперплазія ендометрія
9. Татарчук, Т.Ф. «Гиперпластические процессы эндометрия: что нового?» / Т.Ф. Татарчук, Л.В. Калугина, Т.Н. Тутченко // *Репродуктивна эндокринология.* 2015. №5 (25). С. 7–13.

### REFERENCES

1. Clark, T.J., Neelakantan, D., & Gupta, J.K. (2006). [The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice]. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*, 125 (20), 259-264. [in Edgbaston, United Kingdom]
2. Indraccolo U, DiIorioMatteo RM, Corona G, Greco P, Indraccolo SR *Eur J Gynaec.* [The pathogenesis of endometrial polyps: asystematic semi-quantitative review]. *Oncol.* XXXIV, n. 1, 2013. P. 5–23. [ in Rome ]
3. Sorosky, J.I. ( 2012). [Endometrial cancer]. *Obstet. Gynecol.*, 120 (2.1), 383-397. 13. Ozkaya, E., Korkmaz, V., Ozkaya, Y., Tosun, A., Küçükozkaz. (2013). [in Bostan ]
4. [Ultra sonographic endometrial thickness measurement is predictive for treatment response in simple endometrial hyperplasia with outatypia]. *J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc.*, 14 (1), 19-22. [in Turkey]
5. Vdovychenko, Yu.P., Holianovskiy, O.V., & Lopushan I.V. (2012). [Modern management of diagnosis and treatment of endometrial hyperplastic processes]. *Zdorovyehzhenshchiny – Women'sHealth*, 9, 45-53 [in Ukrainian].
6. Veropotvelyan, P.N., Guzhevskaya, I.V., Veropotvelyan, N.P., Zhabitskaya, L.A. [Hyperplasia of the endometrium – a modern look atthe problem. Medical aspects of women'shealth] 10.74 (2013): 33–40. [in Ukrainian].



7. Zaporozhan, V.N., Tatarchuk, T.F., Dubinina, V.G., Kosei, N.V. "Modern diagnostics and treatment of endometrial hyperplastic processes." Reproductive endocrinology 3.1 (2012): 5–12. [in Ukrainian].
8. Order of the MOH of Ukraine No. 676 from 31.12.2004. Clinical protocol "Endometrial hyperplasia.» [in Ukrainian].
9. Tatarchuk, T.F., Kalugina, L.V., Tutchenko T.N. [Hyperplastic processes of the endometrium: what's new?] Reproductive endocrinology 25.5 (2015): 7–13. [in Ukrainian].

Отримано 11.12.2019 р.