



УДК 618.3/.6:618.14-006.5]-036
DOI 10.24144/1998-6475.2021.51.23-28

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ І ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ПОЛІПАМИ ЕНДОМЕТРІЮ В АНАМНЕЗІ

Лоя Н.О., Корчинська О.О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

Резюме. *Вступ.* Поліпи ендометрію – це доброякісне, локалізоване розростання слизової оболонки матки невідомої етіології. Серед причин виникнення поліпів ендометрію більшість авторів відзначають гормональні порушення у вигляді абсолютної або відносної гіперестрогенії.

Мета дослідження. Вивчити особливості перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок із поліпами ендометрію в анамнезі.

Матеріали та методи. Обстежено 150 жінок репродуктивного віку в I триместрі гестації. До I та II основної групи обстежуваних увійшли жінки, у яких до вагітності на амбулаторному етапі ехографічно виявили ознаки локальної гіперпроліферативної патології ендометрію. Внаслідок цього кожній із них було проведено гістеректомію. Після проведення оперативного втручання, для жінок I основної групи, були призначені загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, що включали в себе рекомендації щодо призначення вітамінотерапії впродовж 3-х місяців та збалансоване харчування.

Комплекс профілактично-лікувальних заходів, який був впроваджений та удосконалений нами, включає дообстеження та долікування жінок II основної групи. Після проведення оперативного втручання, для цих жінок було проведено комплексне протизапальне лікування, проведення корекції гормональних порушень і відновлення фертильності.

Результати досліджень. Обстежено 150 жінок репродуктивного віку в I триместрі гестації, які стали на облік з приводу одноплідної вагітності, відібрані методом випадкової вибірки. Учасниці дослідження були розподілені на три групи: основна група (I) – 50 вагітних жінок, з поліпами ендометрію в анамнезі, після гістеректомії, які отримували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, основна група (II) – 50 вагітних жінок, з поліпами ендометрію в анамнезі, після гістеректомії, які отримували розроблені нами профілактично-лікувальні заходи. Та контрольна група (КГ), що включила 50 соматично здорових вагітних із фізіологічним перебігом вагітності, які не мали поліпи ендометрію в анамнезі.

До I та II основної групи обстежуваних увійшли жінки, у яких до вагітності на амбулаторному етапі ехографічно виявили ознаки локальної гіперпроліферативної патології ендометрію. Внаслідок цього кожній із них було проведено гістеректомію. Після вивчення результатів патогістологічного дослідження у цих жінок було виявлено поліпи ендометрію наступних форм: залозисті поліпи у 70,0% (I) та 68,0% (II) випадків, залозисто-фіброзні у 24,0% (I) та у 22,0% (II) випадків та фіброзні у 6,0% (I) випадків та у 10,0% (II) випадків.

Висновки. У вагітних із поліпами ендометрію в анамнезі, яким не застосували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, спостерігається висока частота загрози самовільного переривання вагітності та загрози передчасних пологів. У вагітних із поліпами ендометрію в анамнезі, яким не застосували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи мали місце значні дизбіотичні порушення піхви з явищем контамінації умовно патогенної та патогенною флорою у високих діагностичних концентраціях. Аналіз мікробіологічного статусу у них виявив незадовільний мікробний пейзаж статевих шляхів, який погіршувався протягом всієї вагітності. При дослідженні особливості стану фето-плацентарного комплексу встановлено, що у вагітних із поліпами ендометрію в анамнезі, яким не застосували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, спостерігається збільшення частоти ознак фетоплацентарної недостатності. При дослідженні післяпологового періоду зафіксовано, що у вагітних із поліпами ендометрію в анамнезі, яким не застосували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, спостерігається збільшення випадків анемії.

Ключові слова: вагітність, пологи, післяпологовий період, поліпи ендометрію.



Features of pregnancy, delivery and postpartum period in women with endometrial polyps in history

Loya N.O., Korchynska O.O.

Abstract. Introduction. Endometrial polyps are benign, localized growths of the uterine mucosa of unknown etiology. Among the causes of endometrial polyps, most authors note hormonal disorders in the form of absolute or relative hyperestrogenism.

The aim of the study. To study the features of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with endometrial polyps in history.

Materials and methods. 150 women of reproductive age in the first trimester of gestation were examined. The I and II main groups of subjects included women who had signs of local hyperproliferative pathology of the endometrium by ultrasound before pregnancy on an outpatient stage. As a result, each of them underwent a hysterectomy. After surgery, for women of the main group, were prescribed conventional treatment and prevention measures, which included recommendations for the appointment of vitamin therapy for 3 months and a balanced diet.

The set of preventive and curative measures, which was implemented and improved by us, includes additional examination and treatment of women of the II main group. After surgery, these women underwent comprehensive anti-inflammatory treatment, correction of hormonal disorders and restoration of fertility.

Results of the research. 150 women of reproductive age in the first trimester of gestation, who were registered for singleton pregnancies, were selected by random sampling. Study participants were divided into three groups: the main group (I) - 50 pregnant women with a history of endometrial polyps, after hysterectomy, who received conventional treatment and prevention measures, the main group (II) - 50 pregnant women with a history of endometrial polyps, after hysterectomy, who received the preventive measures developed by us. That control group (CG), which included 50 physically healthy pregnant women with a physiological course of pregnancy who did not have a history of endometrial polyps.

The I and II main groups of subjects included women who had signs of local hyperproliferative pathology of the endometrium by ultrasound before pregnancy on an outpatient stage. As a result, each of them underwent a hysterectomy. After studying the results of histopathological examination in these women were found endometrial polyps of the following forms: glandular polyps in 70.0% (I) and 68.0% (II) cases, glandular fibrous in 24.0% (I) and 22, 0% (II) cases and fibrous in 6.0% (I) cases and 10.0% (II) cases.

Conclusions. Pregnant women with endometrial polyps in history who have not received conventional treatment and prevention measures have a high frequency of the threat of abortion and the threat of premature birth. In pregnant women with a history of endometrial polyps, who did not apply the usual treatment and prevention measures, there were significant dysbiotic disorders of the vagina with the phenomenon of contamination with opportunistic and pathogenic flora in high diagnostic concentrations. Analysis of their microbiological status revealed an unsatisfactory microbial landscape of the genital tract, which deteriorated throughout pregnancy. When studying the peculiarities of the state of the feto-placental complex, it was found that in pregnant women with a history of endometrial polyps, who did not apply the usual treatment and prevention measures, there is an increase in the frequency of signs of fetoplacental insufficiency. In the study of the postpartum period, it was found that in pregnant women with a history of endometrial polyps, who did not apply the usual treatment and prevention measures, there is an increase in cases of anemia.

Key words: pregnancy, childbirth, postpartum period, endometrial polyps.

Вступ

Патогенез поліпів ендометрію ретельно вивчають протягом тривалого часу, але все ще вони становлять велику медико-біологічну та соціально-економічну проблему [1]. Поліпи ендометрію – це доброякісне, локалізоване розростання слизової оболонки матки невідомої етіології. Клінічно поліпи ендометрію можуть не проявляти себе майже в 12,5% обстежених жінок [2], але найбільш частими їх симптомами є аномальні маткові кровотечі та безпліддя [5, 6, 7].

Актуальність проблеми поліпів ендометрію у жінок репродуктивного віку не втрачає свого значення як з позиції профілактики

раку ендометрію, так і з позиції відновлення і збереження репродуктивної функції. Схильність до розвитку поліпів мають жінки пременопаузального та менопаузального віку, проте сьогодні спостерігається підвищення частоти поліпів ендометрію у пацієнток репродуктивного віку і навіть у молодих жінок, що не народжували.

Серед причин виникнення поліпів ендометрію більшість авторів відзначають гормональні порушення у вигляді абсолютної або відносної гіперестрогенії [2]. В останні роки основна роль у виникненні поліпів ендометрію відводиться інфекційним та імунним факторам. Розвиток фіброзно-залозистих по-

ліпів ендометрію в 75,0% відбувається на фоні нормальних гормональних співвідношень, а у 93,5% хворих ендометрій інфікований. За даними літератури, тривалі морфологічні та функціональні зміни ендометрію обумовлені запальним процесом і призводять до патологічної аферентації в ділянки ЦНС, що регулюють діяльність гіпоталамо-гіпофізарної системи [4]. В результаті цих змін відбувається зниження функції яєчників, що обумовлює порушення овуляції, абсолютну чи відносну гіперестрогенію з наступним розвитком поліпів ендометрію. Відповідно до вищенаведеного, слід зазначити, що в сучасних умовах у веденні пацієнток із поліпами ендометрію велике значення набуває рання діагностика і профілактика патології, яка запускає каскад функціональних і морфологічних змін ендометрію з реалізацією розвитку поліпозу.

При цьому, не зважаючи на численні дослідження, до теперішнього часу не з'ясовані ні етіологія, ні патогенез, і, як наслідок, вичерпно не обґрунтовані остаточні методи лікування поліпів ендометрію. І хоча на сьогоднішній день загальноприйнятим «Золотим стандартом» лікування поліпів ендометрію є гістерорезектоскопія, багато питань консервативної терапії так і залишаються відкритими.

Дуже важливим є також питання про частоту виникнення рецидивів поліпів ендометрію під час вагітності у жінок, які перенесли в прегравідарний період гістероктомію з приводу поліпів ендометрію. Проблема профілактики і діагностики вагітних із поліпами ендометрію в анамнезі не вирішена, тому наше дослідження на даний час є актуальним.

Мета дослідження

Вивчити особливості перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок із поліпами ендометрію в анамнезі.

Матеріали та методи

Обстежено 150 жінок репродуктивного віку в I триместрі гестації, які стали на облік з приводу одноплідної вагітності, відібрані методом випадкової вибірки. Учасниці дослідження були розподілені на три групи: основна група (I) – 50 вагітних жінок, з поліпами ендометрію в анамнезі, після гістероктомії, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи, основна група (II) – 50 вагітних жінок, з поліпами ендометрію в анамнезі, після гістероктомії, які

отримували розроблені нами профілактично-лікувальні заходи. Та контрольна група (КГ), що включила 50 соматично здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності, які не мали поліпи ендометрію в анамнезі.

До I та II основної групи обстежуваних ввійшли жінки, у яких до вагітності на амбулаторному етапі ехографічно виявили ознаки локальної гіперпроліферативної патології ендометрію. Внаслідок чого, кожній із них, було проведено гістероктомію. Після вивчення результатів патогістологічного дослідження у цих жінок було виявлено поліпи ендометрію таких форм: залозисті поліпи у 70,0% (I) та 68,0% (II) випадків, залозисто-фіброзні у 24,0% (I) та у 22,0% (II) випадків та фіброзні у 6,0% (I) випадків та у 10,0% (II) випадків.

Після проведення оперативного втручання для жінок I основної групи були призначені загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи, що включали в себе рекомендації з призначення вітамінотерапії впродовж 3-х місяців та збалансоване харчування.

Комплекс профілактично-лікувальних заходів, який був впроваджений та удосконалений нами, включає дообстеження та долікування жінок II основної групи. Після проведення оперативного втручання, для цих жінок було проведено комплексне протизапальне лікування, проведення корекції гормональних порушень та відновлення фертильності.

Усі пацієнтки дали інформовану письмову згоду на участь у дослідженні. При формуванні груп враховували такі критерії виключення: вади розвитку статевих органів; виражена ендокринна патологія; будь-які екстрагенітальні захворювання в гострій або підгострій стадії; антифосфоліпідний синдром; злоякісні новоутворення будь-якої локалізації; використання системної або локальної антибактеріальної терапії протягом попередніх трьох місяців, багатоплідна вагітність і вагітність, що настала з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Серед загальноклінічних методів обстеження найбільша увага приділялась збору анамнезу та оцінюванню клінічної симптоматики, що проводили згідно з наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», у додатках № 20 «Рекомендації щодо поведінки під час вагітності» [3].



Також проводилося: мікроскопія урогенітального мазка; цитологічне дослідження зішкрібу з цервікального каналу шийки матки; кольпоскопічне дослідження шийки матки; полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) зішкрібу з цервікального каналу шийки матки на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ); бакпосів із статевих шляхів на мікрофлору (цервікальний канал шийки матки, піхва); трансвагінальної цервікометрії за допомогою ультразвукового апарата Toshiba 250 у терміні 16 тижнів; УЗД стану фетоплацентарного комплексу та доплерометрія в а.umbilicalis виконували вагітним жінкам із групи обстежуваних у 30–32 тижні, кардіотокографія (КТГ), доплерометрія в пупковій артерії з обрахуванням швидкості кровоплину та судинного опору (індекс S/D, PI, IR), біофізичного профілю плода (рухова, дихальна активність, серцева діяльність, об'єм навколоплодових вод, тонус плода) [3]. Статистичну обробку проводили за допомоги програми «Excel». Результати обстеження оброблені методом варіаційної статистики, а відмінності між групами оцінені за критерієм Ст'юдента, вважаючи їх достовірними при $p < 0,05$.

Результати досліджень

Середній вік обстежуваних жінок у основних групах суттєво не відрізнявся (I – $24,9 \pm 3,1$ та II – $25,1 \pm 1,0$ року $p < 0,05$), а у контрольній групі склав $24,7 \pm 8,2$ року. Із представлених даних, у трьох групах переважали вагітні у віці 22–26 років (I – 44,0%, II – 42,0% а в контрольній групі 48,0% жінок). Вік менархе варіював від 11 до 14 років, в середньому складаючи в I групі – $13,7 \pm 0,4$ року, у II групі – $13,4 \pm 0,6$ року та в контрольній групі $13,2 \pm 0,3$ року. Середній вік початку статевого життя у I та II групі були практично однакові (I – $16,1 \pm 1,1$ року та в II групі – $15,9 \pm 6,9$). У жінок контрольної групи середній вік початку статевого життя склав $16,8 \pm 9,1$ року. При аналізі репродуктивної функції виявлено, що дана вагітність була першою для 68,0% жінок I основної групи, 66,0% жінок II основної групи та для 72,0% жінок контрольної групи. Повторновагітними були 32,0% жінок I основної групи, у 34,0% жінок II основної групи та у 30,0% жінок контрольної групи; $p < 0,05$.

Порушення менструального циклу виявлено в анамнезі у 60,0% вагітних I групи і 58,0% – II групи. В обох основних групах найбільш частими порушеннями менструального циклу були міжменструальні кров'яністі виді-

лення зі статевих шляхів (68,0% жінок I групи, 66,0% жінок II груп, що не було характерним для жінок контрольної групи; $p < 0,05$) та прояви аномальних маткових кровотеч (АМК).

На первинне безпліддя страждали 56,0% жінок I основної групи і 58,0% – II основної груп та 2,0% жінок контрольної групи; $p < 0,05$. Вторинне безпліддя для жінок контрольної групи не було характерним, лише для пацієнток, котрі належали до I та II основної групи 24,0% і 22,0% відповідно.

У обох основних групах відзначалася висока частота самовільних абортів у ранніх термінах вагітності на відміну від контрольної групи (24,0% жінок I групи, у 22,0% – в II групі та контрольна група – 4,0%; $p < 0,05$). Затримка внутрішньоутробного росту плода (ЗВУР) – у 8,0% жінок I основної групи, у 10,0% жінок II основної групи та у 4,0% жінок контрольної групи; $p < 0,05$; замерла вагітність спостерігалася в 14,0% жінки I основної групи та у 12,0% жінок II основної групи, що не було характерним для жінок контрольної групи. Передчасні пологи були наявні у 8,0% жінок I основної групи, у 6,0% жінок II основної групи та у 2,0% жінки контрольної групи; $p < 0,05$. Кесарів розтин був зроблений 8,0% жінок I основної групи, 6,0% жінок II основної групи та у 6,0% жінок контрольної групи.

Бактеріальний вагіноз (БВ) в анамнезі спостерігався у 58,0% жінок I основної групи, у 10,0% жінок II основної групи; $p < 0,05$. При дизбіозі піхви I групи в анамнезі був встановлений високий вміст таких анаеробних мікроорганізмів, як *Eubacterium* spp., *Prevotella bivia*, *Prevotella melanynogenica*, *Prevotella intermedia*, *Atopobium vaginae*, *Porphyromona* spp, що вказує на змішаний та анаеробний дизбіоз.

Необхідно зазначити, що у жінок в анамнезі у I та II групах було діагностовано уреоплазмоз у 20,0% випадків I групи та 22,0% випадків II групи, мікоплазмоз – у 16,0% жінок I групи та 14,0% жінок II групи, хламідіоз – у 14,0% жінок I групи та 12,0% жінок II групи, трихомонадна інфекція – у 8,0% жінок I групи та 6,0% жінок II групи. Вірус простого герпесу (ВПГ) I та II типу – у 40,0% жінок I групи та у 42,0% жінок II групи. Цитомегаловірус (ЦМВ) – у 16,0% жінок I групи та 18,0% жінок II групи. Вірус папіломи людини (ВПЛ) 18 типу – у 18 жінок I групи та 16,0% жінок II групи, ВПЛ 33 типу – у 10,0% жінок I групи й 12,0% жінок II групи. У контрольній групі діагностовано лише уреоплазм у 6,0% та ВПГ у 8,0% жінок.

У ході дослідження встановлено: у першій половині вагітності найбільш частим ускладненням була загроза самовільного переривання вагітності у 76,0% жінок I групи, у 18,0% жінок II групи та 14,0% жінок контрольної групи; $p > 0,05$. Загроза передчасних пологів була у 68,0% жінок I групи, у 8,0% жінок II групи та у 6,0% жінок контрольної групи; ($p < 0,05$). Преєклампсія легкого та середнього ступенів проявилась у 52,0% жінок I групи, у 22,0% жінок II основної групи та у 18,0% жінок контрольної групи; $p < 0,05$.

При дослідженні мікробіоцинозу піхви спостерігається приріст випадків БВ у жінок I групи протягом всієї вагітності. БВ у терміні 10–12 тижнів діагностовано у 42,0% жінок I основної групи, 10,0% жінок II основної групи та у 6,0% контрольної групи, $p < 0,05$. У терміні 20–22 тижні у 48,0% жінок I основної групи, у 18,0% жінок II основної групи і у 14,0% – контрольної групи, $p < 0,05$. У терміні 30–32 тижнів був діагностований у 56,0% жінок I основної групи, 26,0% жінок II основної групи і у 24,0% жінок контрольної групи, $p < 0,05$.

При дослідженні фетоплацентарного комплексу за допомогою УЗД у терміні 30 тижнів виявлено: плацентарну дисфункцію у 42,0% жінок в I основній групі, у 12,0% жінок II основної групи, що стало статистично достовірним щодо жінок контрольної групи – 8,0% ($p < 0,05$). ЗВУР у 22,0% жінок I основної групи, у 8,0% жінок II основної групи та у 4,0% жінок контрольної групи; $p < 0,05$. Ступінь зрілості плаценти не відповідає гестаційному віку у 72,0% жінок I основної групи, у 12,0% жінок II основної групи та у 8,0% жінок контрольної групи; $p > 0,05$. Ступінь зрілості плаценти випереджав гестаційний віку 26,0% жінок I основної групи, у 6,0% жінок II основної групи та у 4,0% жінок контрольної групи; $p < 0,05$. Аномальне розташування плаценти спостерігалось у 8,0% жінок I основної групи та жодного випадку у жінок II основної групи контрольної групи. Багатоводдя простежувалося у 12,0% жінок I основної групи, у 2,0% жінок II основної групи, чого у контрольній групі не спостерігалось. Маловоддя спостерігалось у 8,0% жінок I основної групи, жодного випадку в II основній групі та у 2,0% жінок контрольної групи.

Вагінальні пологи у КГ спостерігалися у 100% жінок, чого не скажеш про I та II основні групи: у 56,0 % жінок I основної групи й у 84 % жінок II основної групи. Пологи шляхом кесаревого розтину в I основній групі закінчилися у

44,0% жінок, а у II основній групі – у 16,0% жінок. Показами до кесаревого розтину були: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (у 6,0% (I)), неспроможність рубця на матці (у 8,0%(I) та у 6,0% (II)), вторинна слабкість пологової діяльності (у 12,0%), а з боку плода – дистрес (у 18,0% (I) та 10,0% (II))

Ускладнення пологів, які були наявні у досліджуваних груп, дали статистично достовірні результати ($p < 0,05$): передчасні пологи у 18,0% жінок I основної групи, у 4,0% жінок II основної групи та у 2,0% жінок контрольної групи, передчасний розрив плодових оболонок у 28,0% жінок I основної групи, у 10,0% жінок II основної групи та у 6,0% жінок контрольної групи, первинна слабкість родової діяльності у 38,0% жінок I основної групи, у 18,0% жінок II основної групи та у 14,0% жінок контрольної групи, вторинна слабкість пологової діяльності у 12,0% жінок I основної групи, що не було характерним для жінок II основної групи та для жінок контрольної групи. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти зафіксовано у 6,0% жінок I основної групи, що не було характерним як для жінок II основної групи, так і для жінок контрольної групи. Дистрес плода спостерігався у 18,0% жінок I основної групи, у 10,0% жінок II основної групи та у 2,0% жінок контрольної групи.

При дослідженні післяпологового періоду зафіксовано збільшення випадків анемії у жінок I основної групи до 76,0%, у жінок II основної групи – до 32,0% та у жінок контрольної групи – до 24,0% ($p < 0,05$).

Перебіг раннього неонатального періоду був ускладнений лише у новонароджених, які були народжені від жінок I основної групи. Серед проблем, що найчастіше траплялися, ми відзначили дезадаптаційний у 18,0% немовлят, респіраторний дистрес синдром (РДС), що траплявся у 6,0% випадків новонароджених. ЗВУР I ступеня виявлено у 14,0% дітей I основної групи, у 6,0% дітей жінок II основної групи та у 4,0% дітей контрольної групи; $p < 0,05$. Фізіологічна жовтяниця спостерігалась у 38,0% дітей I основної групи та у 6,0% дітей II основної групи та у 4,0% дітей контрольної групи; $p < 0,05$.

Висновки

1. У вагітних із поліпами едометрію в анамнезі, яким не застосували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, спо-



стерігається висока частота загрози самовільного переривання вагітності та загрози передчасних пологів.

2. У вагітних із поліпами ендометрію в анамнезі, яким не застосували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, мали місце значні дизбіотичні порушення піхви з явищем контамінації умовно патогенної та патогенною флорою у високих діагностичних концентраціях. Аналіз мікробіологічного статусу в них виявив незадовільний мікробний пейзаж статевих шляхів, який погіршувався протягом всієї вагітності.

3. При дослідженні особливості стану фето-плацентарного комплексу встановлено, що у вагітних із поліпами ендометрію в анамнезі, яким не застосували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, спостерігається збільшення частоти ознак фетоплацентарної недостатності.

4. При дослідженні післяпологового періоду зафіксовано, що у вагітних із поліпами ендометрію в анамнезі, яким не застосували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, спостерігається збільшення випадків анемії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бенюк В.О. Особливості рецепторних систем у хворих репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрію / В.О. Бенюк, Я.М. Виняський, В.М. Гончаренко // *Збірник наукових праць*. 2012. С.25–28.
2. Оптимизация гормональной противорецидивной терапии и гиперпластических процессов в эндометрии у женщин позднего репродуктивного возраста / Н. Д. Гаспарян, Е. Н. Карева, О. С. Горенкова [и др.] // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2007. № 5. С. 31–35.
3. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417.
4. Результаты иммуногистохимического исследования рецепторов стероидных гормонов полипов эндометрия у жінок репродуктивного віку / І. І. Іванов, І. В. Дурягін, О. О. Давидова [та ін.] // *Здоровье женщины*. 2010. № 6 (52). С. 87–89.
5. Траилина О.С. Дифференцированный подход к лечению гиперпластических процессов эндометрия у женщин в репродуктивном возрасте / О.С. Траилин, Н.Л. Шаповал, Н.С. Луценко // *Таврический медико-биологический вестник*. 2011. Т. 14, №3. С. 200–202.
6. Endometrial polyps in infertile patients: do high concentrations of interferon-gamma play a role? [A. Mollo, A. Stile, C. Alviggi et al.] // *Fertility and Sterility*. 2011. Vol. 96, №5. P. 1209–1211.
7. Functional endometrial polyps in infertile asymptomatic patients: a possible evolution of vascular changes secondary to endometritis / [F.M. Carvalho, F.N. Aguiar, R. Tomioka et al.] // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013. Vol. 170. P. 152–156.

REFERENCES

1. Benyuk V.O. Osoblivosti retseptornikh sistem u khvorikh reproduktivnogo viku z giperplastichnimi protsesami endometriyu / V.O. Benyuk, Ya.M. Vinyars'kii, V.M. Goncharenko // *Zbirnik naukovikh prats'*. 2012. S.25–28.
2. Optimizatsiya gormonal'noi protivoretsedivnoi terapii i giperplasticheskikh protsessov v endometrii u zhenshchin pozdnego reproduktivnogo vozrasta / N. D. Gasparyan, E. N. Kareva, O. S. Gorenkova [i dr.] // *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2007. № 5. S. 31–35.
3. Pro organizatsiyu ambulatornoї akushers'ko-ginekologichnoї dopomogi v Ukraїni : nakaz MOZ Ukraїni vid 15.07.2011 № 417.
4. Rezul'tati imunogistokhimichnogo doslidzhennya retseptoriv steroїdnikh gormoniv polipiv endometriya u zhinok reproduktivnogo viku / І. І. Іванов, І. В. Дурягін, О. О. Давидова [та ін.] // *Zdorov'e zhenshchiny*. 2010. № 6 (52). S. 87–89.
5. Trailina O.S. Differentsirovaniy podkhod k lecheniyu giperplasticheskikh protsessov endometriya u zhenshchin v reproduktivnom vozraste / O.S. Trailin, N.L. Shapoval, N.S. Lutsenko // *Tavrisheskii mediko-biologicheskii vestnik*. 2011. T. 14, №3. S. 200–202.
6. Endometrial polyps in infertile patients: do high concentrations of interferon-gamma play a role? [A. Mollo, A. Stile, C. Alviggi et al.] // *Fertility and Sterility*. 2011. Vol. 96, №5. P. 1209–1211.
7. Functional endometrial polyps in infertile asymptomatic patients: a possible evolution of vascular changes secondary to endometritis / [F.M. Carvalho, F.N. Aguiar, R. Tomioka et al.] // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013. Vol. 170. P. 152–156.