

ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ (ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

В.А. Пушкарев, Г.Т. Мустафина, Ш.М. Хуснутдинов, И.М. Мазитов

Республиканский клинический онкологический диспансер
Республиканский перинатальный центр, г. Уфа

Пушкарев Василий Александрович, д-р мед. наук, заведующий отделением оперативной гинекологии Республиканского клинического онкологического диспансера, г. Уфа, 450054, Республика Башкортостан, г. Уфа, Проспект Октября, 73/1, тел. 8 (347) 237-30-35, e-mail: rkod@mail.ru

Представлены результаты обследования и лечения 120 пациенток с полипами эндометрия. Возраст женщин колебался от 32 до 63 лет и в среднем равнялся $46,4 \pm 2,9$ года, из них 48 (40,0%) были в репродуктивном возрасте, 72 (60,0%) – в пери- и постменопаузальном. Длительность постменопаузы составляла от 1 года до 12 лет. У 91,7% пациенток полипы были одиночными, у 8,3% - множественными. При гистологическом исследовании удаленных полипов выявлены следующие формы: железистые полипы – у 40 (33,3%) больных, железисто-фиброзные – у 37 (30,8%), фиброзные – у 38 (31,7%). Железистые полипы чаще встречались у женщин детородного возраста, железисто-фиброзные и фиброзные – в пери- и в постменопаузе. Отдаленные результаты показали, что у 62 (77,5%) из 80 больных с различными полипами эндометрия после гистероскопической полипэктомии наступило клиническое выздоровление, из них у 32 (51,6%), получавших гормонотерапию, и у 30 (48,4%), не получавших. Рецидивы полипов эндометрия в основном возникали в сочетании с гинекологической патологией (миома матки, аденомиоз), что явилось результатом проведения у 7 из 14 гистерэктомии. У больных с полипами эндометрия гистероскопия является методом выбора диагностики и лечения. Данный метод позволяет не только выявить эндометриальные полипы, но и определить их характер, локализацию, осуществить контроль за их удалением как механическим методом, так и электрохирургическим. Наилучшие результаты гормонотерапии получены при сочетании железистых полипов эндометрия в репродуктивном и перименопаузальном возрастах. При рецидивирующих полипах эндометрия тактика лечения зависит от его гистологической формы и возраста пациентки. Методами выбора являются гистерэктомия, электрохирургический метод и гормонотерапия.

Ключевые слова: полипы эндометрия, диагностика, клиника, лечение.

ENDOMETRIUM POLYPUS (DIAGNOSTICS, CLINICS, TREATMENT)

V.A. Pushkarev, G.T. Mustafina, S.M. Husnutdinov, I. M. Mazitov

Republican Clinical Oncological Centre
Republican Perinatal Centre (Ufa)

The checkup and treatment results of 120 patients with endometrium polypus are presented. Women's age varied from 32 to 63 years and amounted on average $46,4 \pm 2,9$ years, 48 (40,0%) women of childbearing age, 72 (60,0%) – of premeno-pausal and postmenopausal ages. Postmenopause duration was from 1 year to 12 years. 91,7% patients had single polypus, 8,3% - plural polypus. The following forms were revealed during histological analysis: 40 (33,3%) patients had grandular polypus, 37 (30,8%) – grandular-fibrous, 38 (31,7%) – had fibrous polypus. Women of childbearing age often had grandular polypus, women of premenopausal and postmenopausal ages often had grandular-fibrous and fibrous polypus. Further perfection showed, that 62 (77,5%) from 80 patients with different endometrium polypus clinically recovered after hysteroscopy polypectomy, 32 (51,6%) patients got hormonotherapy and 30 (48,4%) – did not. Endometrium polypus relapses mainly cropped up in combination with gynaecological pathology (hysteromyoma, adenomyosis), and as result for 7 from 14 hysterectomy was carried out. Hysteroscopy is a method of choice diagnostics and treatment for patients with endometrium polypus. The method allow not only to discover endometrium polypus, but also to determine their character, localizaiton, to realize control for their mechanical and electrosurgical ablation. The best results are obtained when grandular endometrium polypus combined with childbearing and premenopausal ages. In view of relapsed endometrium polypus treatment tactics depends on his histological form and patient age. The methods of choice are hysterectomy, electrosurgical method and hormonotherapy.

The key words: endometrium polypus, diagnostics, clinics, treatment.

Введение

Полипы эндометрия являются одним из вариантов гиперпластических процессов слизистой тела матки и наиболее часто встречаются в репродуктивном и пременопаузальном периодах, реже - в пубертатном возрасте и постменопаузе. Полипы с признаками выраженной пролиферации железистого эпителия в основном наблюдаются у женщин старше 40 лет [1,10].

Полипы эндометрия представляют собой очаговую гиперплазию эндометрия (ГЭ), часто возникают из гиперплазированного базального слоя эндометрия. Различают их следующие формы: железистые, происходящие из базального слоя, состоят из стромы и желез; железисто-фиброзные, состоят из соединительнотканной стромы и ограниченного количества желез; фиброзные – соединительнотканное образования, нередко коллагенизированы, желез мало или они отсутствуют [10,13].

Данная патология приводит к временной нетрудоспособности женщин в наиболее активный период жизни (30-50 лет). Кроме того, отдельные виды полипов эндометрия (аденоматозные и полипы с очаговым аденоматозом) так же, как и атипическая гиперплазия, относятся к предраку слизистой тела матки [2,4,10,11].

Полипы полости матки – экзофитные, доброкачественные железистые образования, исходящие из базального слоя эндометрия. Гиперплазированные железы эндометрия и окружающая строма образуют полиповидный вырост на широком основании, позднее формируется ножка. Полипы могут быть единич-

ными и примерно у 20-26 % больных множественными. Наружная поверхность гладкая, а на разрезе полип имеет губчатое строение. При длительном существовании и благоприятном течении железистый полип может претерпевать обратное развитие по типу замещения железистых элементов фиброзной тканью, что сопровождается уменьшением размеров первичного очага (фиброзный полип) [2,4,7,11,12].

Самые частые локализации эндометриальных полипов в полости матки – дно и устья маточных труб, их размеры: от микроскопических фрагментов до крупных экзофитных образований. В ряде случаев они могут заполнять всю полость и даже проникать через внутренний зев в канал шейки матки и влагалище. Чаще всего величина полипов колеблется от 3 до 10 мм. Морфофункциональная классификация полипов эндометрия включает в себя не менее 8 различных видов. Целесообразно выделить лишь три из них: железистый, железисто-фиброзный, фиброзный [6,10].

В репродуктивном и пременопаузальном периодах жизни женщины полипы эндометрия как гистологически самостоятельная форма могут определяться как на фоне гиперплазии эндометрия, так и при нормальной слизистой оболочке различных фаз менструального цикла [1,2,10].

Особого внимания заслуживает рецидивирующая форма полипов эндометрия. Понятие «рецидив» неприемлемо, если ранее при удалении полипа эндометрия не использовался гистероскопический контроль [3,6,14].

Тактика ведения больных с полипами эндометрия определяется возрастом женщины, видом полипа, функциональным состоянием эндометрия и яичников, сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологией. Полноценное удаление полипа эндометрия (с базальным слоем эндометрия в месте локализации полипа) возможно только при использовании гистероскопического оборудования. Для полипэктомии могут использоваться как механические эндоскопические инструменты, так и электрохирургическая технология, лазерный проводник [3,5,6,9,12,14].

В дальнейшем мнения разных авторов разноречивы. Больные репродуктивного возраста и находящиеся в постменопаузе, имеющие только полипы эндометрия (железисто-фиброзные, фиброзные и покрытые функциональным слоем), после их удаления под контролем гистероскопии подлежат лишь диспансерному наблюдению, во время которого выясняется их катамнез, проводятся гинекологическое обследование и эхографический контроль. При наличии у больных наряду с полипами других гинекологических заболеваний проводят лечение последних [8,15]. Другие исследователи считают, что после этого целесообразно назначать гормональную терапию [9]. Вопрос о необходимости и целесообразности гормональной терапии после полипэктомии до сих пор остается спорным.

Цель исследования

Оптимизация тактики ведения больных с полипами эндометрия.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 120 пациенток с полипами эндометрия. Возраст женщин колебался от 32 до 63 лет и в среднем был равен $46,4 \pm 2,9$ года, из них 48 (40,0 %) были в репродуктивном возрасте, 72 (60,0%) – в пери- и постменопаузальном (табл. 1). Длительность постменопаузы составляла от 1 года до 12 лет.

Результаты

Жалобы на обильные менструации были у 22 (18,3 %) больных, ациклические кровянистые выделения из половых путей – у 16 (13,3 %), мажущие кровянистые выделения из половых путей до и после менструации – у 20 (16,7 %), кровянистые выделения в пери- и постменопаузе – у 52 (43,3 %).

Таблица 1

Распределение больных полипами эндометрия в зависимости от возраста

Возраст, лет	До 35		36-40		41-45		46-50		51-55		56-60		61 и старше		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Количество	5	4,2	17	14,2	26	21,7	27	22,5	22	18,3	16	13,3	7	5,8	120	100

У 10 (8,4%) пациенток клинических проявлений не наблюдалось. Диагноз выставлен на основании ультразвукового исследования, данных гистероскопии, гистологического заключения соскобов слизистой оболочки матки (рис. 1, 2).

Структура клинических проявлений полипов эндометрия представлена на рис. 3.

Раннее начало менархе (до 11 лет) отмечено у 5 (4,2 %) пациенток, позже 17 лет – 4 (3,3 %), средний возраст наступления менархе – $14,4 \pm 0,8$ года, длительность менструаций составляла от 3 до 7 дней, в среднем – $4,6 \pm 0,16$ дня; длительность менструальных циклов находилась в пределах от 21 до 32 дней, в среднем – $26,5 \pm 0,48$ дня. Ановуляторные циклы в анамнезе встречались у 15 (12,5 %) женщин.

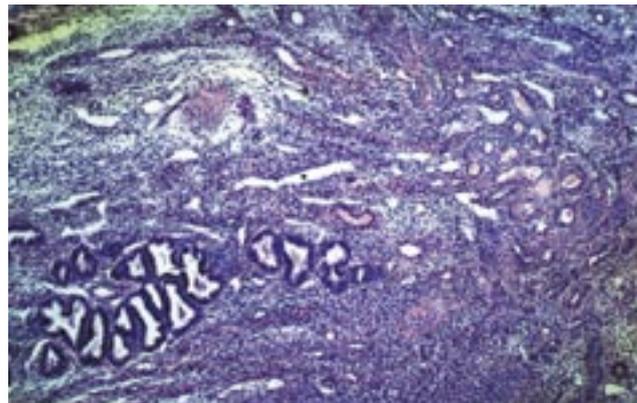


Рис. 1. Железисто-фиброзный полип эндометрия. Среди цитогенной стромы хаотично расположенные тубулярные железистые структуры. Ув. х 200. Окраска гематоксилином и эозином

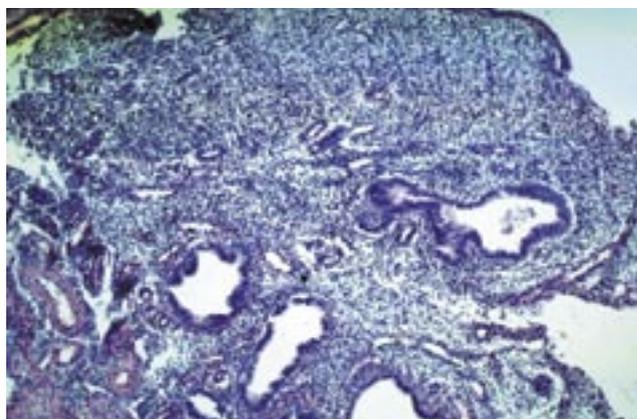


Рис. 2. Железистый полип эндометрия. Разнообразные по форме железисто-подобные эпителиальные комплексы, расположенные среди фиброзированной цитогенной стромы, содержащей гладкомышечные волокна. Ув. х 200. Окраска гематоксилином и эозином

Возраст наступления менопаузы варьировал от 44 до 54 лет, в среднем составил $50,5 \pm 4$ года. Роды в анамнезе отсутствовали у 12 (10,0 %) пациенток, аборт – у 28 (23,3 %).

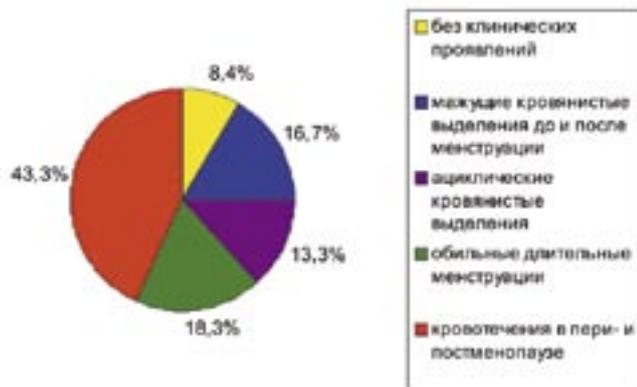


Рис. 3. Клинические проявления полипов эндометрия у обследованных пациенток

Из сопутствующих экстрагенитальных заболеваний чаще диагностировались ожирение – у 27 (22,5%) пациенток, заболевания желудочно-кишечного тракта – у 26 (21,7%), гипертоническая болезнь – у 13 (10,8%), сахарный диабет – у 10 (8,3%).

Из гинекологических заболеваний в анамнезе миома матки была у 22 (18,3%) пациенток, аденомиоз – у 19 (15,8%), воспалительные процессы – у 18 (15,0%), нарушения менструального цикла – у 15 (12,5%), бесплодие – у 10 (8,3%), поликистоз яичников – у 6 (5,0%).

Более чем у трети обследованных (37,5%) в анамнезе ранее было от 2 до 4 отдельных диагностических выскабливаний слизистой матки и цервикального канала по поводу маточных кровотечений. Анализ гистологических исследований ранее произведенных соскобов выявлял следующие гистологические структуры: полипы эндометрия – в 36,7% случаев, полипы цервикального канала – в 28,3%, гиперплазия эндометрия – в 25,0%. Гормональное лечение ранее по поводу патологических процессов в эндометрии получали 34 (28,3%) больных.

Гистероскопия проводилась с прицельной полипэктомией. У 91,7% пациенток полипы были одиночными, у 8,3% – множественными.

При гистологическом исследовании удаленных полипов выявлены следующие формы: железистые полипы – у 40 (33,3%) больных, железисто-фиброзные – у 37 (30,8%), фиброзные – у 38 (31,7%) (табл. 2).

Железистые полипы диагностированы у 41 (34,2%) пациентки, из них в репродуктивном возрасте – у 29 (70,7%), в перименопаузе – у 10 (24,4%), в постменопаузе – у 2 (4,9%); железисто-фиброзные – у 40 (33,3%), из них в репродуктивном возрасте – у 13 (32,5%), в перименопаузе – у 21 (52,5%), в постменопаузе – у 6 (15,0%); фиброзные – у 39 (32,5%), из них в репродуктивном возрасте – у 6 (15,4%), в перименопаузе – у 18 (46,2%), в постменопаузе – у 15 (38,4%).

В репродуктивном и пременопаузальном возрастах полипы эндометрия выявлялись часто на фоне изменений слизистой в различные фазы менструального цикла, а у 38 (54,3%) – на фоне желе-

зистой гиперплазии эндометрия. В постменопаузе полипы эндометрия чаще встречались на фоне атрофических изменений слизистой оболочки матки.

Таблица 2

Распределение больных по возрасту и гистологической структуре полипов

Возраст	Гистологическая структура полипов						Итого	
	железистые		железисто-фиброзные		фиброзные			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Репродуктивный (n = 48)	29	70,7	13	32,5	6	15,4	48	40,0
Перименопауза (n = 49)	10	24,4	21	52,5	18	46,2	49	25,8
Постменопауза (n = 22)	2	4,9	6	15,0	15	38,4	23	34,2
Всего (n = 120)	41	100,0	40	100,0	39	100,0	120	100,0

Таким образом, железистые полипы чаще встречались у женщин детородного возраста, железисто-фиброзные и фиброзные – в пери- и постменопаузе.

Железистые и железисто-фиброзные полипы эндометрия видны при гистероскопии в виде образований размером от 0,5 до 3 см, округлой или вытянутой формы с гладкой поверхностью, от бледно-розового до ярко-красного цвета, чаще располагаются в области дна или углов, реже – в верхних отделах тела матки. На поверхности полипа часто видны сосуды в виде капиллярных разветвлений.

Фиброзные полипы эндометрия чаще были одиночными, округлой формы, бледно-розового цвета, размером от 0,5 до 1,5 см, на ножке, имели плотную структуру, гладкую поверхность. Чаще они располагались в области дна или углов матки. При выявлении полипа необходимо оценить его величину, локализацию, место прикрепления, величину ножки, так как часто они схожи с подслизистыми миоматозными узлами и возникают трудности в их дифференцировке.

Особенностью полипов эндометрия в разные периоды жизни женщины является то, что в репродуктивном возрасте они чаще выявлялись на фоне слизистой эндометрия различных фаз менструального цикла и железистой гиперплазии эндометрия (64,6%), а в постменопаузе – на фоне атрофии эндометрия (68,3%).

При гистероскопическом выявлении полипа выполнялась прицельная полипэктомия эндоскопическими ножницами с иссечением его основания, а также отдельное диагностическое выскабливание слизистой матки и цервикального канала с целью гистологического определения состояния эндометрия. После удаления полипа производилась контрольная гистероскопия с целью оценки состояния ложа ножки полипа и стенок матки.

При фиброзных полипах больших размеров, а также множественных полипах применялась элек-

трохирургическая полипэктомия петель резектоскопа. Интраоперационных осложнений не было. Продолжительность операций составляла от 15 до 30 минут, они проводились под внутривенным наркозом. Специальное лечение в послеоперационном периоде не назначалось.

В ближайшие 9 месяцев 12 (10,0%) больным с полипами эндометрия произведена операция – гистерэктомия. Возраст прооперированных пациенток – от 42 до 61 года, из них репродуктивного периода – 2 (1 – в возрасте 42 лет, фиброзный полип эндометрия в сочетании с аденомиозом, кровянистыми выделениями из полости матки; 1 – в возрасте 44 лет, железисто-фиброзный полип эндометрия в сочетании с миомой матки до 8 недель и кровянистыми выделениями из полости матки); перименопаузы – 4 (2 – в возрасте 48 и 52 лет, в сочетании железисто-фиброзных полипов эндометрия с кистой яичника и миомой матки; 2 – в возрасте 47 и 52 лет, фиброзный полип в сочетании с миомой матки и кровотечением); постменопаузы – 6 (2 – в возрасте 56 и 59 лет, в сочетании железисто-фиброзных полипов эндометрия и миомы матки; 3 – в возрасте 58, 61, 65 лет в сочетании фиброзных полипов, миомы матки и кровянистых выделений из полости матки; 1 – в возрасте 59 лет в сочетании железисто-фиброзного полипа с кистой яичника и кровянистыми выделениями из полости матки). Таким образом, показаниями для оперативного лечения являлись гистологическое строение полипов, кровянистые выделения из полости матки в сочетании с миомой матки, кистами яичников и аденомиозом.

Отдаленные результаты гистероскопической полипэктомии (от 1 года до 3 лет) прослежены у 80 пациенток, из них репродуктивного возраста – у 35 (43,8%), перименопаузы – у 24 (30,0%), постменопаузы – у 21 (26,2%). В динамике проводилось УЗИ эндометрия, вагинальный осмотр, в репродуктивном и пременопаузальном возрастах оценивался характер менструальной функции.

После гистероскопической операции 38 (47,5%) пациенток из 80 получали гормональную терапию от 3 до 6 месяцев различными препаратами, из них репродуктивного возраста – 24 (63,2%), перименопаузы – 14 (36,8%). Это больные, у которых железистые и железисто-фиброзные полипы диагностированы на фоне гиперплазии эндометрия. Остальным 42 (52,5%) женщинам гормональное лечение не проводилось.

Наиболее часто использовались гестагены (дю-фастон) в дозе 10-20 мг в сутки с 5 по 26-й дни менструального цикла в течение 6 месяцев, 17 ОК по 250 мг внутримышечно 2 раза в неделю во вторую фазу менструального цикла в течение 3-6 месяцев.

Отдаленные результаты лечения пациенток репродуктивного возраста показали, что выздоровление наступило у 28 (80,0%) больных, из них у 21 (87,5%) из 24 женщин, получавших гормонотерапию, и у 7 (63,6%) из 11 не получавших; в перименопаузе выздоровление наступило у 20 (83,3%) пациенток, из них у 12 (85,7%) из 14 получавших гормонотерапию и у 8 (80,0%) из 10 не получавших; в постменопаузе выздоровление наступило у 18 (85,7%) больных (гормонотерапия не применялась) (табл. 3).

Таким образом, отдаленные результаты показали, что у 62 (77,5%) из 80 больных с различными полипами эндометрия после гистероскопической полипэктомии наступило клиническое выздоровление, из них у 32 (51,6%) получавших гормонотерапию и у 30 (48,4%) не получавших.

Различные рецидивы у пациенток с полипами эндометрия возникали в 14 случаях, из них полипы – в 9 (64,3%), гиперплазия эндометрия – в 5 (35,7%) случаях. Сроки наступления рецидива полипа эндометрия до 1 года отмечены у 2 женщин, от 1 года до 3 лет – у 7; из них у 4 – в репродуктивном возрасте, у 3 – в перименопаузе, у 2 – в постменопаузе. В данной группе 5 пациенткам произведена гистерэктомия, 2 – абляция эндометрия, 2 назначена гормонотерапия.

Таблица 3
Отдаленные результаты лечения пациенток с полипами эндометрия после гистероскопической операции и гормонального лечения

Возраст	Гормоно-терапия	Гистологическая структура полипа						Всего	
		железистые		железисто-фиброзные		фиброзные			
		выздоровление	рецидив	выздоровление	рецидив	выздоровление	рецидив	выздоровление	рецидив
Репродуктивный (n=35)	Применялась (n=24)	18	2	3	1	-	-	21	3
	Не применялась (n=11)	5	2	2	1	-	1	7	4
Перименопауза (n=24)	Применялась (n=14)	8	1	4	1	-	-	12	2
	Не применялась (n=10)	5	1	3	1	-	-	8	2
Постменопауза (n=21)	Применялась (n=0)	-	-	-	-	-	-	-	-
	Не применялась (n=21)	-	-	-	-	18	3	16	3
Итого	Применялась (n=38)	26	3	7	2	-	-	32	5
	Не применялась (n=42)	10	3	5	2	18	4	30	9

Из 5 случаев гиперплазии эндометрия у 2 женщин рецидивы возникли до 1 года, у 3 – от 1 года до 2 лет; 2 женщины были в репродуктивном возрасте, 1 – в перименопаузе, 2 – в постменопаузе. В данной

группе 2 пациенткам произведена гистерэктомия, 3 назначена гормонотерапия (табл. 4).

Рецидивы полипов эндометрия, гиперплазии эндометрия в основном возникали в сочетании с гинекологической патологией (миома матки, аденомиоз), что явилось результатом проведения у 7 из 14 пациенток гистерэктомии.

Таблица 4

Характер различных рецидивов у пациенток с полипами эндометрия

Рецидив	Количество (n=14)	Сроки наступления рецидива	Период жизни пациенток	Исход
Полип эндометрия	9	До года – 2 От 1 года до 3 лет – 7	Репродуктивный – 4 Перименопауза – 3 Постменопауза – 2	Гистерэктомия – 5 Абляция эндометрия – 2 Гормонотерапия – 2
Гиперплазия эндометрия	5	До года – 2 От 1 года до 2 лет – 3	Репродуктивный – 2 Перименопауза – 1 Постменопауза – 2	Гистерэктомия – 2 Гормонотерапия – 3

Выводы

1. У больных с полипами эндометрия гистероскопия является методом выбора диагностики и лечения. Данный метод позволяет не только выявить эндометриальные полипы, но и определить их характер, локализацию, осуществить контроль за их удалением как механическим методом, так и электрохирургическим. Наилучшие результаты гормонотерапии получены при сочетании железистых полипов и железистой гиперплазии эндометрия в репродуктивном и перименопаузальном возрастах.

2. При рецидивирующих полипах эндометрия тактика лечения зависит от его гистологической формы и возраста пациентки. Методами выбора являются гистерэктомия, электрохирургический метод и гормонотерапия.

Список литературы

1. Берека Дж. Гинекология по Эмилу Новаку / Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. – М.: Практика, 2002. – 892 с.

2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб.: Фолиант, 2002. – 540 с.

3. Бреусенко В.Г. Патология эндометрия в периоде постменопаузы (патогенез, клиника, лечение): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 141 с.

4. Вишневская Е.Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов. – Минск: Вышэйшая школа, 2002. – 416 с.

5. Возможность повышения эффективности гестагенотерапии полипов эндометрия у пациентов позднего репродуктивного периода / Е.Н. Карева, Н.Д. Гаспарян, Г.С. Гриненко и др. // Медико-биологические науки для теоретической и клинической медицины. – М., 2003. – С. 32.

6. Каппушева Л.М. Полипы эндометрия (диагностика, тактика лечения) / Л.М. Каппушева // Эндоскопия в гинекологии. – М., 1999. – С. 594.

7. Кулавский В.А. Физиология и патология эндометрия / В.А. Кулавский, В.А. Пушкарев, Е.В. Кулавский. – Уфа: Информреклама, 2003. – 196 с.

8. Применение новых технологий для лечения больных с гиперпластическими процессами в эндометрии в период постменопаузы / Е. А. Шилина, Ю. А. Голова, В. Г. Бреусенко и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2004. – №5. – С. 74-77.

9. Савельева Г.М. Гистероскопия / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, Л.М. Каппушева. – М.: ГЭОТАР Медиа, 1999. – 176 с.

10. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – М: МИА, 2005. – 629 с.

11. Шахламова М.Н. Диагностика и лечение атипической гиперплазии эндометрия в репродуктивном периоде / М.Н. Шахламова, К.Р. Бахтияров // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – №2. – С. 38-43.

12. Endometrial polyps. A clinical study of 245 cases / T. Reslova, J. Tosner, M. Resl et al. // Arch. Gynecol. Obstet. – 1999. – Vol. 262. – №3-4. – P. 133-139.

13. Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding / P.G. Anastadiadis, N.G. Koutlaki, P.G. Skaphida et al. // Eur. J. Gynaecol. Oncol. – 2000. – Vol. 21. – №2. – P.180-183.

14. Aromatase and response to its inhibitors in two types of endometrial cancer / L. Berstein, A. Kovalevskij, T. Zimarina et al. // Aromatase-2004: proc. Int. conf. – Edinburg, 2004. – P. 12.

15. Which endometrial polyps be resected? / T. Perez-Medina, O. Martinez, G. Folgueira, J. Bajo // J. Am. Ass. Gynecol. Laparosc. – 1999. – Vol. 6. – P. 4-71.