DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(4)-12

УДК: 618.39-08-07:618.14-002.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ ТА ХРОНІЧНИМ ЕНДОМЕТРИТОМ

Невгадовська П. М., Чечуга С. Б., Ночвіна О. А., Дзись Н. П.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:
e-mail: pavlina0408@gmail.com

Статтю отримано 09 вересня 2020 р.; прийнято до друку 21 жовтня 2020 р.

Анотація. Метою роботи є аналіз гінекологічного, соматичного, репродуктивного анамнезу, а також визначення факторів ризику та етіопатогенетичних факторів викидня на тлі ендометриту. Ми обстежили 98 жінок дітородного віку, які звертались до клініки Іномед у Вінниці протягом 2019-2020 років. Хворі були розділені на дві групи: основна група - 68 жінок (середній вік $27,25 \pm 0,29$ років) із звичним викиднем та хронічним ендометритом; контрольна група - 30 повторно вагітних жінок (середній вік $27,25 \pm 0,29$ років) без попередньої втрати вагітності. Статистичну обробку, а також аналіз отриманих даних проводили за допомогою програми "Microsoft Excel" з використанням методів математичної статистики. Статистичну оцінку здійснювали за допомогою критерію Ст'юдента. Отримані результати вважали достовірними при коефіцієнті достовірності $p < 0,05$ (95%-й рівень значущості). Розподіл пацієнтів основної групи за кількістю репродуктивних втрат був наступним: двічі - 45 жінок, три рази - 15 жінок, 4 та більше - 8 жінок. Структурний розподіл втрат вагітності у жінок основної групи ($n=68$) був наступним: викидень - 41, пропущений аборт - 21, анембріональна вагітність - 6. Кількість репродуктивних втрат у I триместрі становила 71,7%. Репродуктивні втрати, виявлені протягом 13-22 тижнів сягали 28,3%. Супутні ураження від екстрагенітальних органів та систем були виявлені у 46 (67,6%) жінок основної групи та 7 (23,3%) жінок контрольної групи. Лідером соматичної захворюваності була ендокринна патологія. Серед гінекологічної патології хронічний ендометрит спостерігалася у 100% ($n=68$) обстежених жінок основної групи. Крім того, у 55 хворих (80,9%) цієї групи спостерігали хронічний сальпінгоофорит (22 (32,4%)) та різні порушення менструального циклу (18 (26,5%)). Переважна більшість жінок основної групи в анамнезі мали інструментальну ревізію стінок порожнини матки для різних втрат вагітності в анамнезі (28 (41,2%)). Саме тому, якісний аналіз клінічних даних жінок із звичним невиношуванням та хронічним ендометритом є важливим напрямком досліджень, оскільки дозволяє провести адекватні лікувально-профілактичні заходи ще на етапі прегравідарної підготовки.

Ключові слова: звичний викидень, хронічний ендометрит, синдекан-1.

Вступ

Невиношування вагітності є однією з найбільш значущих проблем сучасного акушерства, оскільки призводить до екстремально ранніх передчасних пологів і народження немовлят з глибокою морфофункціональною незрілістю [2, 5, 16].

За даними різних авторів, частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10-25%, а частота звичного викидня у загальній структурі невиношування коливається від 5 до 20% і, на жаль, тенденції до її зниження не спостерігається.

За даними Міністерства охорони здоров'я, звичний аборт (звичний викидень) визначається як наслідок двох або більш вагітностей, що закінчились самовільним викиднем [7].

Складність діагностики та лікування невиношування вагітності протягом багатьох років пояснюється широким спектром ендогенних та екзогенних етіологічних факторів. Проте навіть за умови проведення найретельнішого обстеження більш, ніж у 50% випадків причина втрати вагітності залишається невідомою, як і не завжди є ефективними лікувальні заходи, спрямовані на діагностовану причину невиношування вагітності. Досягнення молекулярної генетики останніх років дають змогу припустити, що невиношування вагітності є не лише полі-

етіологічною, але й мультифакторіальною патологією, розвиток якої визначається взаємодією певних спадкових чинників і факторів навколишнього середовища [12, 14]. І хоча чіткої детермінації поки не встановлено, існують ряд фонових захворювань, які сприяють перериванню вагітності. Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають хронічні запальні процеси репродуктивної системи в анамнезі, особливо хронічний ендометрит [9, 11, 13]. Хронічний ендометрит є не лише результатом активації генітальної флори (дослідження останніх років вказує на ключову роль умовно-патогенної флори), а й наслідком імунної неспроможності організму протидіяти факторам агресії.

Саме тому розробка комплексної системи діагностики звичного невиношування у жінок з хронічним ендометритом є важливим напрямком досліджень, адже дозволить провести адекватні лікувально-профілактичні заходи ще на етапі прегравідарної підготовки заради зменшення перинатальних втрат та збереження репродуктивного здоров'я у жінок.

Мета роботи - проаналізувати гінекологічний, соматичний, репродуктивний анамнез, а також визначити фактори ризику та етіопатогенетичні чинники невиношування на фоні ендометриту.

Матеріали та методи

Було обстежено 98 жінок фертильного віку, які звернулися до клініки Інномед м. Вінниця протягом 2019-2020 рр. з метою вивчення основних факторів ризику та етіопатогенетичних чинників звичного невиношування на фоні ендометриу пацієнтки були розподілені на дві групи: основна група - 68 жінок із звичним невиношуванням вагітності та хронічним ендометритом; контрольна група - 30 повторно вагітних жінок без попередніх втрат вагітності.

Було встановлено два провідних критерія включення пацієнток до основної групи дослідження:

- наявність двох і більше репродуктивних втрат в анамнезі у вигляді самовільного викидня, анембріонемії чи замерлої вагітності;

- підтверджений діагноз "хронічний ендометрит" шляхом імуногістохімічного визначення синдекану-1 (взяття зразків ендометрію при відборі пацієнток проводили шляхом гістероскопії або пайпель-біопсії з подальшим імуногістохімічним аналізом матеріалу). Показник ступеня вірогідності (р) між двома порівняльними величинами вважався достовірним при $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

Вік пацієнток коливався від 19 до 35 років. Середній вік обстежених пацієнток основної групи становив $27,25 \pm 0,29$ р., що було приблизно однаково з жінками групи контролю - $26,74 \pm 0,18$.

Жінки, що склали контрольну групу пацієнток, зверталися за медичною допомогою до клініки "Інномед" м. Вінниця з метою планування та ведення вагітності. Особливих скарг вони не висловлювали. Основною скаргою, з якою зверталися пацієнтки основної групи звісно були неоднократні переривання вагітності в анамнезі. Розподіл пацієнток основної групи за кількістю та нозологією репродуктивних втрат відображено графічно (рис. 1, 2).

Основна частка переривань вагітності у жінок основної групи припала на I триместр, тобто до 12 тижнів гестації. При цьому кількість репродуктивних втрат становила 71,7%. Щодо кількості репродуктивних втрат, виявлених протягом 13-22 тижнів, то показник сягає 28,3%.

Розглядаючи клінічну характеристику обстежуваних жінок, важливим моментом є аналіз гінекологічного статусу та супутньої екстрагенітальної патології. Так, екстрагенітальна патологія загалом спостерігалася у 53 (54,1%) обстежуваних пацієнток усіх груп. Супутнє ура-

Таблиця 1. Вікова структура обстежуваних жінок.

Вік	Основна група (n=68)		Контрольна група (n=30)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
19-24	15	22,06**	6	20,0
25-29	36	52,94**	15	50,0
30-35	17	25,0**	9	30,0

Примітка. ** - основна група/контрольна група, $p > 0,05$.

Рис. 1. Кількісна характеристика втрат вагітності у жінок основної групи (n=68).

Рис. 2. Структурний розподіл втрат вагітності у жінок основної групи (n=68).

ження екстрагенітальних органів та систем було виявлено у 46 (67,6%) жінок основної та 7 (23,3%) жінок контрольної групи. При цьому, лідером соматичної захворюваності була ендокринна патологія - ожиріння, захворювання щитоподібної залози із еутиреозом (табл. 2).

На жаль, гінекологічні захворювання були виявлені у всіх групах обстежуваних жінок. Проте лідируючі позиції вони зайняли лише в першій (табл. 3).

Отже, щодо гінекологічної патології пацієнток основної групи, то вона зустрічалася у 100% (n=68) обстежуваних жінок у вигляді хронічного ендометриу. Проте у 55 пацієнток (80,9%) даної групи в структурі гінекологічної патології були й інші ураження, серед яких вагоми показники належить хронічному сальпіngoофориту - 22 (32,4%) та різноманітним порушенням менструального циклу - 18 (26,5%), а саме альгодисменореї, аномальних маткових кровотеч, що на нашу думку може бути наслідком присутності стійкого джерела запалення в матці з виникненням додаткових симптомів.

Факторами ризику виникнення хронічного ендомет-

Таблиця 2. Структура екстрагенітальної патології у обстежуваних жінок.

Патологія	Основна група (n=68)	Контрольна група (n=30)	Загальна кількість
	абс. ч. / %	абс. ч. / %	
Ендокринна патологія	16/23,5*	2/6,7	18
Серцево-судинні захворювання	10/14,7*	1/3,3	11
Захворювання нирок	7/10,3*	1/3,3	8
Захворювання шлунково-кишкового тракту	5/7,4	2/6,7	7
Захворювання дихальної системи	2/2,9	-	2
Міопія (легкого ступеня)	3/4,4	-	3
Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок	2/2,9	1/3,3	3
Дерматологічні захворювання (псоріаз)	1/1,5	-	1

Примітка. * - основна група/контрольна група, $p < 0,05$.

Таблиця 3. Характеристика супутньої гінекологічної патології у обстежуваних жінок.

Захворювання	Основна група (n=68)	Контрольна група (n=30)	Загальна кількість
	абс. ч. / %	абс. ч. / %	
Хронічний ендометрит	68/100	-	68
Хронічний аднексит	22/32,4	-	22
Порушення менструального циклу	18/26,5*	5/16,7	23
Патологія шийки матки	11/16,2*	3/10,0	14
Гіперпластичні процеси ендометрія (поліп, гіперплазія)	4/5,9*	1/3,3	5

Примітка. * - основна група/контрольна група, $p < 0,05$.

Таблиця 4. Розподіл жінок основної групи за методом переривання попередніх вагітностей.

Метод	Кількість жінок (n=68)	
	абс.ч	відн. (%)
Без будь-яких втручань	17	25,0
Медикаментозне переривання	10	14,71
Вакуум-аспірація	13	19,11
Інструментальна ревізія порожнини матки	28	41,17

риту, крім перенесених захворювань статевих органів в анамнезі, є оперативні втручання на органах малого таза внутрішньоматковій маніпуляції (як з лікувальною метою, так і у випадках штучного переривання вагітності) та зміна якісного і кількісного складу біоценозу порожнини матки. Встановлено чіткий кореляційний зв'язок між частотою виявлення хронічного ендометриту і способом звільнення матки від елементів вагітності.

Отже, переважна більшість жінок основної групи мали в анамнезі інструментальну ревізію стінок порожнини матки з приводу різноманітних втрат вагітності в анамнезі - 28 (41,2%). Саме підвищення ризику виник-

нення хронічного ендометриту відбувається на тлі зростання числа різноманітних внутрішньоматкових маніпуляцій [6, 17]. За даними сучасної літератури, при постійному повному мимовільному викидні кількість ускладнень у вигляді хронічного ендометриту значно нижча, ніж після перенесеного артифікаційного аборт, що свідчить про негативний вплив внутрішньоматкового втручання на гестаційні властивості ендометрія [1, 3, 8], що також знайшло підтвердження в наших дослідженнях.

Серед жінок, що увійшли в групи нашого дослідження були і ті, що проходили маніпуляцію гістероскопії для усунення інших патологій порожнини матки, зокрема поліпів та гіперплазії ендометрія, ще до встановлення діагнозу хронічного ендометриту. У двох жінок (2,9%) із чотирьох (5,9%), що мали дану патологію, була проведена гістерорезектоскопія, двом пацієнткам (2,9%) поліпектомію було проведено шляхом кюретажу порожнини матки. У свою чергу, кожна така процедура лише сприяє порушенню архітектури тканин та формуванню зони хронічного запалення, що надалі може бути етіопатогенетичним чинником звичного невиношування.

Щодо гістероскопії, то саме ця діагностично-лікувальна процедура з подальшим гістологічним дослідженням є одним з найкращих методів діагностики хронічного ендометриту. А морфологічне дослідження ендометрія на 7-10 день менструального циклу на сьогоднішній день є "золотим стандартом" для встановлення даного діагнозу.

Таким чином, втрата бажаної вагітності, незалежно від її термінів, має не тільки медичне, але й важливе соціальне значення, тому що позначається на рівні народжуваності, на психоемоційному стані жінки [4]. S. Daher (2012) наголошує, що репродуктивний анамнез, як відомо, є предиктором майбутнього результату вагітності [14]. Первістки та жінки з історією живонароджених мають більш низький ризик викидня в їхній наступній вагітності, ніж ті, які мали в анамнезі викидень. Прогноз успішної вагітності є кращим у пацієток із вторинним викиднем. Надалі ризик викиднів збільшується після кожного наступного викидня, досягнувши 45-50% після трьох послідовних втрат вагітностей [15].

Проблеми звичного невиношування не можна вирішити в процесі вагітності. Для ефективного лікування загрози переривання вагітності необхідно чітко визначити причини, глибоко розуміти патогенетичні механізми тих порушень, що призводять до втрати вагітності. Ця проблема має вирішуватися поза вагітністю при ретельному вивченні та послідовному виключенні всіх патогенетичних ланцюгів даної проблеми [10]. Тому дуже важливим є чіткий аналіз та контроль кількості втрат вагітності, а також відповідних термінів переривань гестації, для більш ранньої та прицільної детермінації етіопатогенетичного фактора звичного невиношування з метою збереження репродуктивного здоров'я жінки і успішного прогнозу на майбутню вагітність.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Комплексне обстеження пацієнток для встановлення основної патогенетичної причини даного ускладнення та факторів ризику є надзвичайно важливим при звичному невиношуванні вагітності.

2. Маніфестація та подальший розвиток звичного невиношування на фоні хронічного ендометриту припадає на розквіт фертильного періоду жінки, а тяжкість перебігу прогресує з кожним наступним роком життя жінки та кожною репродуктивною втратою.

3. Хронічний ендометрит, який мав місце у 100% жінок основної групи, був як окремою нозологічною патологією, так і супроводжувався іншими генітальними порушеннями в анамнезі, першість серед яких належить хронічним сальпінгоофоритам та різноманітним порушенням менструального циклу.

4. Жінки з хронічним ендометритом в анамнезі становлять групу високого ризику щодо розвитку звичного невиношування. У свою чергу, підвищення ризику виникнення хронічного ендометриту відбувається на тлі зрос-

тання числа різноманітних внутрішньоматкових маніпуляцій.

5. Екстрагенітальна патологія спостерігається у переважної більшості обстежуваних пацієнток. При цьому, провідна роль належить ендокринній патології у вигляді збільшення ваги (ожиріння), патології щитоподібної залози з еутиреозом.

6. Звичне невиношування - це складне поліетіологічне захворювання з високим ступенем ризику ускладнень як з боку плода, так і з боку матері. А хронічний ендометрит є лише обтяжуючим фактором даної клінічної ситуації. Саме тому вирішення питань, пов'язаних із втратами вагітності, є надзвичайно актуальною проблемою сьогодення і відноситься до числа найбільш пріоритетних векторів сучасного акушерства та гінекології.

У перспективі подальших досліджень планується провести ультрасонографічне вивчення особливостей органів малого тазу у жінок із звичним невиношуванням вагітності на фоні хронічного ендометриту.

Список посилань

1. Баранова, Н. Н., & Боткина, Т. К. (2015). *Репродуктивное здоровье девочек-подростков*. В Здоровье семьи - здоровье нации. Материалы научной конференции. (с. 56-58). Новосибирск.
2. Бенюк, В. О., & Диндар, О. А. (2014). Цитокиновий профіль і імуністохімічний стан ендометрію жінок із невиношуванням вагітності на тлі надлишкової маси тіла метаболічного синдрому. *Імунологія та алергологія: наука і практика*, 4, 33-37. Взято з http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ita_2014_4_8
3. Білоконь, О. О. (2017). Вплив першого медичного абортів на гінекологічну захворюваність. *Збірник наукових праць спіробітників НМАПО ім. П.Л. Шулика*, 28 (3), 75-79.
4. Булаченко, О. В., Рудь, В. О., & Шинкарук, Л. В. (2014). Невиношування вагітності у жінок із замерзлою вагітністю в анамнезі (огляд літератури). *Здоровье женщины*, 9 (95), 52-56.
5. Веропотвелян, Н. П., Цехмистренко, И. С., Веропотвелян, П. Н., & Горук, П. С. (2016). Современные методы диагностики и коррекции истмико-цервикальной недостаточности как причины привычного невынашивания беременности: клинич. лекция. *Мед. аспекты здоровья женщины*, 1 (97), 5-13. Взято з <https://mazz.com.ua/ru/archive/2016/1%2897%29/pages-5-13/sovremennye-metody-diagnostiki-i-korrekcii-istmiko-cervikalnoy-nedostatochnosti-kak-prichiny-privychnogo-nevynashivaniya-beremennosti>
6. Кузнецова, А. В. (2000). Хронический эндометрит. *Архив патологии*, 3 (62), 48-52.
7. Міністерство охорони здоров'я. Наказ "Клінічні протоколи акушерської та гінекологічної допомоги (продовження)" від 15.12.2003 N 582
8. Петров, Ю. А., & Байкулова, Т. Ю. (2016). Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы). *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*, 8 (5), 727-731. Взято з <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10157>
9. Радзинский, В. Е. (2009). *Неразвивающаяся беременность*. Москва: ГЕОТАРМедиа. ISBN 978-5-9704-0991-6
10. Сидельникова, В. М. (2005). *Привычная потеря беременности*. Москва: Триада. ISBN 5-8249-0077-9
11. Сидельникова, В. М. (2007). Невынашивание беременности - современный взгляд на проблему. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 7 (2), 62-64. Взято з <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=9512676>
12. Чечуга, С. Б., Ночвина, Е. А., & Сали, Г. А. (2012). Патогенетическая терапия невынашивания беременности у женщин с гипергомоцистеинемией и гестагенной недостаточностью. *Здоровье женщины*, 5, 80-85.
13. Carp, H. J. A., & Shoenfeld, Y. (2010). Recurrent spontaneous abortions in antiphospholipid syndrome: natural killer cells - an additional mechanism in a multi factorial process. *Rheumatology*, 46 (10), 1517-9. doi: 10.1093/rheumatology/kem219
14. Daher, S., Mattar, R., Guevoghlian, S. B., & Torloni, M. (2012). Genetic polymorphisms and recurrent spontaneous abortions: an over view of current knowledge. *American Journal of Reproductive Immunology*, 67 (4), 341-347. doi: 10.1111/j.1600-0897.2012.01123.x
15. Heuser, C., Dalton, J., Macpherson, C., Ware Branch, D., Porter, T. F., & Silver, R. M. (2010). Idiopathic recurrent pregnancy loss recurs at similar gestational ages. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 203 (4), 243. doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.010
16. Kurjak, A. (2010). Preterm birth - Prediction, prevention, and consequences: an unmet challenge to perinatal medicine, science and society: the declaration of Dubrovnik. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 23, 1286-1287. doi: 10.3109/14767051003611391
17. Mardth, P. A., Tchoudomorova, K., Elshibly, S., & Helberg, D. (1998). Symptoms and signs in single and mixed genital infections. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 63 (2), 145-152. doi: 10.1016/s0020-7292(98)00140-4

References

1. Baranova, N. N., & Botkina, T. K. (2015). *Reproduktivnoe zdorove devochek-podrostkov*. V Zdorove semi - zdorove natsii, Materialy nauchnoy konferentsii. (s. 56-58) [Reproductive health of adolescent girls. In Family health - the health of the nation, Proceedings of the scientific conference]. Novosibirsk.
2. Benyuk, V. O., & Dindar, O. A. (2014). Tsytokinoviy profil i imunohistokhimichnyi stan endometriu zhinok iz

- nevynoshuvanniam vahitnosti na tli nadyshkovoi masi tila metabolichnoho syndromu [Cytokine profile and immunohistochemical status of the endometrium of women with miscarriage on the background of overweight metabolic syndrome]. *Imunologiya ta alerholohiya: nauka i praktyka - Immunology and Allergology: Science and Practice*, 4, 33-37. Vzyato z http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ita_2014_4_8
3. Bilokon, O. O. (2017). Vplyv pershoho medychnoho abortu na hinekologichnu zakhvoriuvanist [The impact of the first medical abortion on gynecological morbidity]. *Zbirnyk naukovykh prats spirobitnykh NMAPO im. P.L. Shupyka - Collection of scientific works of NMAPE named after P.L. Shupika*, 28 (3), 75-79.
 4. Bulavenko, O. V., Rud, V. O., & Shynkaruk, L. V. (2014). Nevynoshuvannia vahitnosti u zhinok iz zavmerloiu vahitnistiu v anamnezi (ohliad literatury) [Miscarriage in women with a history of stillborn pregnancy (literature review)]. *Zdorove zhenshchiny - Women's health*, 9 (95), 52-56.
 5. Veropotvelyan, N. P., Tsekhmistrenko, I. S., Veropotvelyan, P. N., & Goruk, P. S. (2016). Sovremennye metody diagnostiki i korrektsii istmiko-tservikalnoy nedostatochnosti kak prichiny privichnogo nevynashivaniya beremennosti: klinich. Lektsiya [Modern methods of diagnostics and correction of isthmio-cervical insufficiency as a cause of inoculated miscarriage: clinical. lecture]. *Med. aspekty zdorovya zhenshchiny - Medical aspects of women's health*, 1 (97), 5-13. Vzyato s <https://mazzg.com.ua/ru/archive/2016/1%2897%29/pages-5-13/sovremennye-metody-diagnostiki-i-korrektsii-istmiko-tservikalnoy-nedostatochnosti-kak-prichiny-privichnogo-nevynashivaniya-beremennosti->
 6. Kuznetsova, A. V. (2000). Khronicheskii endometrit [Chronic endometritis]. *Arkhiv patologii - Archives of Pathology*, 3 (62), 48-52.
 7. Ministerstvo okhorony zdorovia. Nakaz "Klinichni protokoly akusherskoi ta hinekologichnoi dopomohy (prodovzhennia)" vid 15.12.2003 N 582 [Ministry of Health, Order "Clinical protocols of obstetric and gynecological care (continued)" of 15.12.2003 N 582]
 8. Petrov, Yu. A., & Baykulova, T. Yu. (2016). Sovremennye predstavleniya o probleme iskusstvennogo preryvaniya beremennosti (obzor literatury) [Modern ideas about the problem of artificial termination of pregnancy (literature review)]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy - International Journal of Applied and Basic Research*, 8 (5), 727-731. Vzyato s <https://applied-research.ru/article/view?id=10157>
 9. Radzinskiy, V. Ye. (2009). *Nerazvivayushchayasya beremennost [Non-developing pregnancy]*. Moskva: GEOTARMedia. ISBN 978-5-9704-0991-6
 10. Sidelnikova, V. M. (2005). *Privychnaya poterya beremennosti [Habitual pregnancy loss]*. Moskva: Triada. ISBN 5-8249-0077-9
 11. Sidelnikova, V. M. (2014). Nevynashivanie beremennosti - sovremennyy vzglyad na problemu [Miscarriage is a modern approach to the problem]. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa - Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*, 7 (2), 62-65. Vzyato s <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=9512676>
 12. Chechuga, S. B., Nozhvina, Ye. A., & Sali, G. A. (2012). Patogeneticheskaya terapiya nevynashivaniya beremennosti u zhenshchin s gipergomotsisteinemiye i gestagennoy nedostatochnostyu [Pathogenetic therapy of miscarriage in women with hyperhomocysteinemia and gestagenic insufficiency]. *Zdorove zhenshchiny - Women's health*, 5, 80-85.
 13. Carp, H. J. A., & Shoenfeld, Y. (2010). Recurrent spontaneous abortions in antiphospholipid syndrome: natural killer cells - an additional mechanism in a multi factorial process. *Rheumatology*, 46 (10), 1517-9. doi: 10.1093/rheumatology/kem219
 14. Daher, S., Mattar, R., Gueuvoghlian, S. B., & Torloni, M. (2012). Genetic polymorphisms and recurrent spontaneous abortions: an over view of current knowledge. *American Journal of Reproductive Immunology*, 67 (4), 341-347. doi: 10.1111/j.1600-0897.2012.01123.x
 15. Heuser, C., Dalton, J., Macpherson, C., Ware Branch, D., Porter, T. F., & Silver, R. M. (2010). Idiopathic recurrent pregnancy loss recurs at similar gestational ages. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 203 (4), 243. doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.010
 16. Kurjak, A. (2010). Preterm birth - Prediction, prevention, and consequences: an unmet challenge to perinatal medicine, science and society: the declaration of Dubrovnik. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 23, 1286-1287. doi: 10.3109/14767051003611391
 17. Mardth, P. A., Tchoudomorova, K., Elshibly, S., & Helberg, D. (1998). Symptoms and sings in single and mixed genital infections. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 63 (2), 145-152. doi: 10.1016/s0020-7292(98)00140-4

CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH RECURRENT PREGNANCY LOSS AND CHRONIC ENDOMETRITIS

Nevhadovska P. M., Chechuga S. B., Nozhvina E. A., Dzis N. P.

Annotation. The purpose of the work is to analyze the gynecological, somatic, reproductive history, as well as to determine the risk factors and etiopathogenetic factors of miscarriage on the background of endometritis. We examined 98 women of childbearing age who applied to the Innomed Clinic in Vinnytsia during 2019-2020. Patients were divided into two groups: the main group - 68 women (the average age was 27.25 ± 0.29) with habitual miscarriage and chronic endometritis; control group - 30 re-pregnant women (the average age was 26.74 ± 0.18) without previous pregnancy loss. Statistical processing, as well as analysis of the obtained data was performed using the program "Microsoft Excel" using the methods of mathematical statistics. Statistical evaluation was performed using the Student's test. The obtained results were considered reliable at a reliability factor $p < 0.05$ (95% significance level). Distribution of patients of the main group by number of reproductive losses was as follows: twice - 45 women, three times - 15 women, 4 and more - 8 women. Structural distribution of pregnancy losses in women of the main group ($n=68$) was next: miscarriage - 41, missed abortion - 21, anembryonic pregnancy - 6. The number of reproductive losses in the first trimester was 71.7%. Reproductive losses detected during 13-22 weeks reached 28.3%. Concomitant impressions of extragenital organs and systems were found in 46 (67.6%) women of the main group and 7 (23.3%) women of the control group. The leader of somatic morbidity was endocrine pathology. Among gynecological pathology, chronic endometritis was observed in 100% ($n = 68$) of the examined women of the main group. In addition, 55 patients (80.9%) of this group in the structure of gynecological pathology had other lesions, among which a significant indicator belongs to chronic salpingo-oophoritis (22 (32.4%)) and various menstrual disorders (18 (26.5%)). The vast majority of women in the main group had a history of instrumental revision of the walls of the uterine cavity for various pregnancy losses in the anamnesis (28 (41.2%)). That is why the qualitative analysis of clinical data of women with habitual miscarriage and chronic endometritis is an important area of research, as it allows to carry out adequate treatment and prevention measures at the stage of pre-pregnancy training.

Keywords: habitual miscarriage, chronic endometritis, syndecan-1.