

4. У женщин, с железистым типом полипов эндометрия, в фолликулярной фазе менструального цикла значение индекса резистентности было достоверно ниже. Особые различия были выявлены между показателями индекса резистентности базилярных и радиальных артерий. Это можно объяснить тем, что в железисто-фиброзном типе полипов сосуды представлены в виде клубков с утолщенными склерозированными стенками, что в свою очередь способствует повышению показателей индекса резистентности.

5. В железистом типе полипов визуализировался умеренно выраженный артериальный периферический кровоток. При железисто-фиброзном типе полипов отмечались единичные цветочные сигналы от сосудов, расположенные по периферии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bradley, L. D. Hysteroscopy: office evaluation and management of the uterine cavity / L. D. Bradley, T. Falcone. N.Y.: Elsevier Health Sciences, 2008. 276 p.
2. Капшусева, Л. М. Полипы эндометрия (диагностика, тактика лечения) / Л. М. Капшусева // Эндоскопия в гинекологии. М., 2011. С. 594.
3. Hormone receptor expressions and proliferation markers in postmenopausal endometrial polyps / U. S. Inceboz [et al.] // Gynecol. Obstet. Invest. 2006. Vol. 61(1). P. 24–28.
4. Проллиферативные заболевания эндометрия / Н. В. Артымук [и др.]. Кемерово, 2010. 142 с.
5. Железнов, Б. И. Клиника, диагностика и лечение полипов эндометрия / Б. И. Железнов, А. Н. Стрижаков, В. А. Лебедев // Акуш. и гинекол. 2010. № 11. С. 73–77.
6. Буланов, М. Н. Ультразвуковая гинекология : курс лекций : в 3 т. / М. Н. Буланов. М. : Видар-М, 2011. Т. 2. С. 205–259.

УДК 618.14-006.36-08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Глянко К. Ю.

Научные руководители: ассистент *И. А. Прядихина*;
к.м.н., доцент *Т. Н. Захаренкова*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Миома матки является истинной доброкачественной опухолью матки, которая в свою очередь относится к гормонально зависимым органам. Развивается миома матки из мышечной ткани и в своей структуре содержит миоциты, соединительнотканые компоненты, кровеносные сосуды, перициты, плазматические и тучные клетки [1]. Это самая распространенная опухоль матки у женщин позднего репродуктивного (35–45 лет) и пременопаузального (46–55 лет) возраста. Способна к росту, регрессии и даже полному исчезновению в менопаузу. Однако у 10–15 % больных в первые 10 лет постменопаузального периода миома матки может увеличиваться, сочетаясь с гиперпластическими процессами эндометрия, пролиферативными заболеваниями яичников [2]. Миома матки небольших размеров (до 10 недель беременности) может долго сохранять стабильное состояние, но при воздействии провоцирующих факторов (воспалительный процесс матки и придатков, выскабливание матки, длительное венозное полнокровие органов малого таза) увеличивается быстро и очень быстро (так называемый скачок роста) [3].

Цель

По данным литературы и материалам УЗ «Витебский городской клинический родильный дом» изучить особенности клинического проявления миомы матки.

Материал и методы исследования

Проводился ретроспективный анализ историй болезни 62 пациенток с миомой матки, наблюдавшихся на стационарном лечении в УЗ «Витебский городской клинический родильный дом № 2» с 2019 по 2021 гг. Средний возраст пациенток составил 32 (28; 34) лет. Для сравнительного анализа была отобрана, в виде случайной выборки, контрольная группа из 32 женщин, проходивших с 2019 по 2021 гг. профилактический осмотр в УЗ «ВГКР № 2», которые не имели миому матки. Учитывались клинико-амнестические показатели пациенток и данные о гинекологических заболеваниях.

Данные представлены в виде Me (25; 75). Сравнение групп по качественным признакам проводилось методом χ^2 , количественным признакам с применением критерия Манна — Уитни. Различия считаются значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Из историй болезни было выявлено, что у 9 (14,5 %) пациенток размер миомы составлял 80–150 см³ (соответствует 5–7 недели беременности), у 24 (38,7 %) пациенток — 151–300 см³ (8–11 неделя беременности), у 18 (29 %) пациенток — 301–600 см³ (12–16 неделя беременности), у 11 (17,7 %) пациенток — более 600 см³ (> 17 недель беременности) (таблица 1).

Таблица 1 — Локализация миоматозных узлов у обследованных пациенток по классификации FIGO

Локализация миоматозных узлов	Код в классификации	Количество пациенток (n = 62)
Субмукозная	0–2	34 (54,8 %)
Интерстициальная	3–5	12 (19,4 %)
Субсерозная	6–7	12 (19,4 %)
Другая (цервикальная, паразитирующая)	8	4 (6,4 %)

Субмукозная локализация миоматозных узлов наблюдается у 54,8 % обследованных пациенток, интерстициальная локализация — у 19,4 % пациенток, субсерозная локализация — у 19,4 % пациентов, другая (цервикальная, паразитирующая) локализация — у 6,4 % пациенток.

Сравнительный анализ клинико-амнестических данных обследованных пациенток с миомой матки с пациентками, не имеющими миоматозных узлов, представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Сравнительный анализ клинико-амнестических показателей обследованных пациенток

Клинические показатели	Основная группа, n = 62	Контрольная группа, n = 32	P, уровень значимости
Средний возраст (лет)	32 (28; 34)	34 (32; 45)	Z = 1,49 P = 0,137
Бесплодие	21 (33,9 %)	2 (6,3 %)	$\chi^2 = 8,62$ p = 0,003
Аномальные маточные кровотечения	48 (77,4 %)	2 (6,3 %)	$\chi^2 = 42,48$ p < 0,0001
Кисты и поликист яичников	52 (83,9 %)	4 (12,5 %)	$\chi^2 = 44,17$ p < 0,0001
Генитальный эндометриоз	38 (61,3 %)	3 (9,4 %)	$\chi^2 = 22,89$ p < 0,0001
Хронические воспалительные заболевания органов репродуктивной системы	31 (50 %)	4 (12,5 %)	$\chi^2 = 12,57$ p = 0,0004
Эрозия шейки матки	15 (24,2 %)	5 (15,6 %)	$\chi^2 = 0,92$ p = 0,337
Анемия	52 (83,9 %)	6 (18,8 %)	$\chi^2 = 37,47$ p < 0,0001

Из амнестических данных стало известно, что у пациенток основной группы наблюдалось бесплодие чаще, чем у пациенток контрольной группы. Из гинекологических заболеваний пациентки с миомой матки имеют высокую, в отличие от контрольной группы, частоту возникновения аномальных маточных кровотечений (77,4 %; $p < 0,0001$), генитальный эндометриоз (61,3 %; $p < 0,0001$), наличие кист и поликист яичников (83,9 %; $p < 0,0001$) и хронические воспалительные заболевания, такие как сальпингоофорит и вагинит (50 %; $p = 0,0004$). Анемия часто наблюдалась у пациенток с миомой матки из-за наличия у них аномальных маточных кровотечений и обильных менструальных кровотечений.

На рисунке 1 отражена зависимость количества ежемесячной менструальной кровопотери от размера миомы матки.

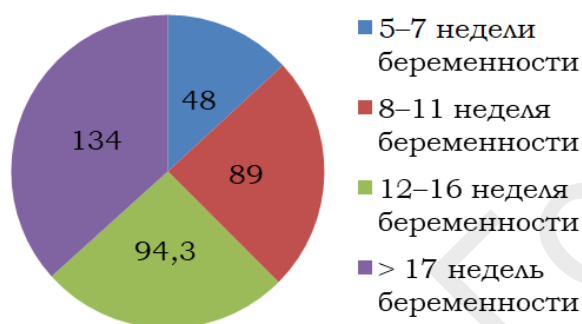


Рисунок 1 — Зависимость количества ежемесячной менструальной кровопотери от размера миомы матки

У пациентов, размер миомы которых составлял 80–150 см³ (5–7 недели беременности), наблюдалась более позднее менархе в анамнезе, менструальный цикл длился более 7 дней, ежемесячная менструальная кровопотеря составляла 48 (42,5; 49,6) мл ($r_s = 0,67$ (0,01; 0,92); $p = 0,05$). У пациентов, имеющие миому матки 151–300 см³ (8–11 неделя беременности), выявлялась также более позднее менархе в анамнезе, менструальный цикл длился более 7 дней, боли внизу живота наблюдались у 54,2 % пациенток, ежемесячная менструальная кровопотеря составляла 89 (67; 90) мл ($r_s = 0,45$ (0,05; 0,72); $p = 0,03$). У обследованных пациентов, у которых размер миомы матки составлял 301–600 см³ (12–16 неделя беременности), имели место симптомы, такие как более позднее менархе в анамнезе, менструальный цикл длился более 7 дней, боли внизу живота у 72,2 % пациенток и ежемесячная менструальная кровопотеря составляла 94,3 (58; 120) мл ($r_s = 0,71$ (0,36; 0,88); $p = 0,0001$). Пациенты, имеющие миому матки более 600 см³ (>17 недель беременности), имели в анамнезе более позднее менархе, менструальный цикл длился более 7 дней, боли внизу живота наблюдались у 63,6 % пациенток, ежемесячная менструальная кровопотеря составляла в среднем 134 (128; 140) мл ($r_s = 0,92$ (0,72; 0,98); $p = 0,0001$).

Выводы

1. Несмотря на возможности и доступность ультразвуковой диагностики более 45 % женщин имеют миому больших размеров, соответствующую 12 и более неделям беременности.

2. Наиболее частым клиническим проявлением является аномальное маточное кровотечение (77,4 %; $p < 0,0001$), с развитием анемии ($p < 0,0001$). При миоме матки малых размеров до 8 недель беременности (до 150 см³) не наблюдается зависимости объема кровопотери от размера миомы матки. Выявляется прямая корреляция объема кровопотери с размером миомы матки более 8 недель беременности, причем сила этой связи увеличивается с увеличением объема миомы ($r_s = 0,77$ (0,64; 0,86); $p < 0,0001$).

3. У пациенток с миомой матки отмечено более частое сочетание ее с другими гормонозависимыми гинекологическими заболеваниями, такими как функциональные кисты и поликисты яичников ($p < 0,0001$), генитальный эндометриоз ($p < 0,0001$), бесплодие ($p = 0,003$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Жилина, И. П. Особенности лечения миомы матки в современной хирургии / И. П. Жилина, С. Ю. Ошепкова // Международный студенческий научный вестник. 2021. № 6. С. 14–15.
2. Шаповалова, А. И. Лейомиома матки и репродукция / А. И. Шаповалова // Журнал акушерства и женских болезней. 2019. Т. 68, № 1. С. 93–101.
3. Uterine fibroids: an update on current and emerging medical treatment options / M. Farris [et al.] // Ther Clin Risk Manag. 2019. № 15. P. 157–178.

УДК 618.1:616.379-008.64

СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гончарова Я. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Громыко

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Остается актуальной проблема сахарного диабета (СД) в современной эндокринологии. По данным ВОЗ, на сегодняшний день СД выявлен у 422 млн человек по всему миру. В развитии СД участвуют несколько патогенетических процессов: от аутоиммунного повреждения β -клеток поджелудочной железы с развитием в последующем абсолютного дефицита инсулина до нарушений, вызывающих развитие резистентности рецепторов периферических органов-мишеней к действию инсулина [1].

СД является самостоятельным фактором риска развития патологии матки и молочной железы (МЖ). Гормональные нарушения при СД усиливают процесс диффузных изменений в МЖ и матке, в результате чего возрастает риск развития новообразований, в том числе злокачественных [2, 3].

Цель

Проанализировать структуру гинекологической патологии у женщин с СД, проживающих в Столинском районе.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование данных 469 медицинских карт женской консультации учреждения здравоохранения «Столинская центральная районная больница». В результате исследования было сформировано 2 группы. В основную группу вошли 162 (34 %) женщины, страдающие СД. Контрольную группу составили 307 (66 %) женщин, не имеющих данную эндокринную патологию. Средний возраст женщин 1-й группы — $40 \pm 0,8$ года, 2-й группы — $41 \pm 1,3$ года.

В процессе исследования изучен гинекологический анамнез, репродуктивная функция, а также сопутствующая экстрагенитальная патология.

В работе использованы непараметрические методы статистики. Описание качественных признаков проведено с помощью вычисления доли и 95 % доверительного интервала. Сравнение частоты встречаемости признака проведено с использованием критерия χ^2 . Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.