

3. Обыденнов С.А. Основы реконструктивной пластической микрохирургии / С.А. Обыденнов, И.В. Фраучи. – СПб.: Человек, 2000. – 214 с.
  4. Рубанов Л. Н. Сравнительная оценка эффективности использования консервативных и аппаратных методов лечения в процессе подготовки хронических ран к пластическому закрытию / Л. Н. Рубанов, Ю. И. Ярец, З. А. Дундаров // Хирургия. Восточная Европа. – 2016. – Т. 5, № 4. – С. 604–615.
  5. Fu-Chan W. Flaps and reconstructive surgery / W. Fu-Chan, S. Mardini. – Saunders: Elsevier. – 2010. – 624 p.
  6. Гулов, М. К. Хирургическое лечение последствий гангрены Фурунь / М. К. Гулов [и др.] // Научно-медицинский журнал «Пами сино» («Вестник Авиценны») Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. – 2010. – № 1. – С. 13–18.
- 

УДК 618.14-006.05

Смирнова М.В., Лызикова Ю.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

## СТРУКТУРА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

**Введение.** Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), включающие полипы эндометрия и гиперплазию эндометрия, в течение последнего десятилетия сохраняют стабильную распространенность на уровне 5–6%, не демонстрируя тенденции к снижению [1, 2]. Согласно современным представлениям, гиперплазия эндометрия представляет собой спектр морфологических изменений слизистой оболочки матки, проявляющихся избыточной пролиферацией железистых структур с вариабельной клеточной дифференцировкой и увеличением железисто-стромального соотношения свыше 1:1 [1]. Развитие гиперплазии эндометрия носит полиэтиологический характер, обусловленный сложным взаимодействием системных и локальных факторов. В патогенезе данного заболевания ключевую роль играют нарушения регуляции биологически активных веществ, факторов роста, а также дисбаланс маркеров воспаления и апоптоза [3]. ГПЭ выступают одной из ведущих причин аномальных маточных кровотечений, оказывая негативное влияние на качество жизни пациенток и снижая их репродуктивный потенциал. Данная патология ассоциирована с повышенным риском малигнизации, что подчеркивает ее клиническую значимость и необходимость разработки эффективных стратегий онкопрофилактики [1].

**Цель.** Определить распространенность и структуру гиперпластических процессов эндометрия у пациенток репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** В исследование включено 117 пациенток репродуктивного возраста. Настоящее исследование является проспективным, наблюдательным «случай-контроль» исследованием. Пациентки исследуемых групп были направлены для проведения раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала или для гистероскопии. У всех пациенток осуществлялось общеклиническое исследование, сонография органов малого таза, морфологическое и морфометрическое исследование эндометрия. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета Statistica 10.0.

**Результаты и обсуждение.** Основную группу составили 67 (57,30%) пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия и 50 (42,70%) женщин с нормальным эндометрием вошли группу сравнения. Средний возраст пациенток составил 43 (36,5; 46) года, в группе сравнения – 39 (32; 45,5) лет ( $z = -1,351$ ;  $p = 0,176$ ).

В основной группе 15 (22,35%) пациенток отметили наличие ГПЭ в анамнезе, что указывает на рецидивирующий характер заболевания. При анализе частоты внутриматочных манипуляций установлено, что у пациенток основной группы кюретаж полости матки в анамнезе проводился у 19 (28,36%) пациенток, в группе сравнения у 11 (22,00%),  $\chi^2 = 0,32$ ;  $p = 0,57$ .

При анализе гистологической характеристики патологии эндометрия в основной группе были получены следующие данные: гиперплазия эндометрия была выявлена у 9 (13,43%) пациенток, полипы эндометрия – у 41 (61,19%), сочетание гиперплазии эндометрия с полипами эндометрия – у 17 (25,37%) женщин. В 13 (19,40%) случаев полипы эндометрия сочетались с простой неатипической гиперплазией, и в 3 (4,48%) случаев – со сложной неатипической гиперплазией эндометрия и в 1 (1,49%) случае с атипической гиперплазией эндометрия. При проведении гистологического исследования у 2 (2,98%) пациенток основной группы диагностирована изолированная атипическая гиперплазия эндометрия и у 7 (10,45%) простая неатипическая гиперплазия эндометрия.

Гистологически в основной группе полипы эндометрия подразделялись: 21 (51,22%) гиперпластический, 19 (46,34%) – функциональный; 1 (2,44%) – аденомиоматозный.

Гистологических признаков воспалительной инфильтрации в соскобе из полости матки ни в основной группе, ни в группе сравнения не было выявлено.

При анализе воспалительного фактора в репродуктивном возрасте отмечается тенденция к статистической значимости наличия воспалительных процессов в шейке матки: в основной группе гистологические признаки эндоцервицита выявлены в 13 (19,40%) случаях, в группе сравнения – 4 (5,97%),  $\phi = 0,025$ ;  $p = 0,068$ . При анализе акушерского и гинекологического анамнеза установлено, что у 51 (76,12%) пациенток основной группы и у 29 (48,00%) группы сравнения в анамнезе были хотя бы одни роды через естественные родовые пути. Относительный риск развития гиперпластических процессов эндометрия составляет 1,474 при наличии в анамнезе хотя бы одних родов через естественные родовые пути (нижняя граница 95% ДИ 0,984, верхняя граница 95% ДИ 2,209). Полученные результаты могут быть обоснованы большим количеством пациенток в основной группе и возможным влиянием травматизации шейки матки в родах на развитие хронического воспаления эндометрия, являющегося одним из факторов риска развития заболевания в данной возрастной категории.

#### **Выводы:**

1. Гиперпластические процессы эндометрия являются распространенной внутриматочной патологией с частотой рецидивирования 22,35% в репродуктивном возрасте.
2. Наиболее распространенным вариантом ГПЭ являются полипы эндометрия 61,19%, из которых 51,22% составляют гиперпластические полипы.

3. Тенденцию к статистической значимости наличия воспалительных процессов в шейке матки при ГПЭ ( $p=0,068$ ) в сочетании с повышением относительного риска развития ГПЭ 1,474 при наличии в анамнезе хотя бы одних родов через естественные родовые пути можно связать с травматизацией шейки матки в родах с дальнейшим развитием изменений в полости матки, механизм которых требует детального исследования.

### Литература

1. Думановская М.Р. Гиперплазия эндометрия: поиск оптимальных решений и стратегий / М.Р. Думановская [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 4. – С. 23–31.
  2. Саркисян Р.М. Экспрессия компонентов SMAD-зависимого сигнального пути в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия при доброкачественных заболеваниях тела матки / Р.М.Саркисян [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2025. – № 3. – С. 102.
  3. Свиридова Н.И. Гиперпластические процессы эндометрия: современные подходы к диагностике и лечению / Свиридова Н.И. [и др.] // Акушерство, Гинекология и Репродукция. – 2024. – № 18 (1). – С. 83–95.
- 

УДК 616.65-002-007.61

Сороко А.Л.

Брестская центральная городская больница, Брест, Беларусь

## 1250 ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОПЫТ ОДНОГО УРОЛОГА

**Введение.** Трансуретральная электрорезекция (ТУР) простаты является самым частым и давно применяемым методом эндоскопической оперативной урологии и, несмотря на появление большого количества новых способов лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), до сих пор во всем мире остается «золотым стандартом» [1–4]. В Западной Европе ТУР стала применяться с 1926 года, когда Stern сконструировал первый резектоскоп, в Беларуси – с 1980-х годов. Метод не уступает по эффективности открытой операции и, вместе с тем, обладает рядом преимуществ, среди которых меньшая травматичность, отсутствие операционной раны на передней брюшной стенке, возможность повторения без повышения риска для пациента, меньшее количество осложнений, короткий реабилитационный период [1, 2]. Однако изучение ближайших и отдаленных результатов ТУР показало, что данный метод у 1–18% пациентов имеет неудачи и осложнения. Среди осложнений: кровотечения, ТУР-синдром, недержание мочи, ретроградная эякуляция, стриктуры уретры, вторичный склероз простаты и шейки мочевого пузыря и другие. Примером могут служить данные Королевского общества хирургов Англии, основанные на опыте 5 тысяч ТУР: у 30% больных клинического улучшения не отмечено, а еще у 10% больных констатировано ухудшение по сравнению с показателями до этой операции. Обобщенные данные ряда публикаций по осложнениям ТУР свидетельствуют: количество осложнений может достигать 70% и более [2-4]. В декабре