

УДК 618.14-002-007.61-071.1

В. Е. Баканович., В. И. Василенко

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры О. А. Будюхина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, СОМАТИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Введение

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) – это патология матки, представляющая собой спектр морфологических изменений эндометрия. Он преимущественно характеризуется увеличением отношения эндометриальной железы к строме по сравнению с нормальным пролиферирующим эндометрием. Клиническое значение гиперплазии эндометрия заключается в связанном с ним риске прогрессирования рака эндометрия, а «атипичные» формы гиперплазии эндометрия рассматриваются как предраковые поражения [1].

В настоящее время в клинической практике используется бинарная классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2014 г. (оставленная без изменений в редакции 2020 г.). Данная классификация включена и в клинические рекомендации Министерства здравоохранения РБ. Согласно классификации ВОЗ, выделяют только две формы: гиперплазия эндометрия без атипии и гиперплазия эндометрия с атипией. Ранее в международной клинической практике использовалась классификация ВОЗ 2003 г., включающая четыре категории гиперплазии эндометрия: простая и сложная гиперплазия эндометрия без атипии, простая и сложная атипичная гиперплазия эндометрия, но в связи с низкой воспроизводимостью диагнозов она была упрощена до бинарной классификации [1].

Распространенность ГЭ по результатам популяционного исследования составляет 133 пациентки на 100 000 женщин, при этом максимальная заболеваемость приходится на возраст 50–54 года. Особую тревогу вызывает увеличение частоты рака эндометрия (РЭ). Согласно исследованиям Американского онкологического общества, 70% случаев рака тела матки связано с избыточной массой тела недостаточной физической активностью на фоне нелеченной/неверифицированной ГЭ [2].

Было установлено, что частота случаев ГЭ в 3 раза превышает количество случаев РЭ. Основные факторы риска развития гиперплазии такие же, как для РЭ [2]:

- возраст (35 лет и старше);
- синдром отсутствия родов в анамнезе;
- ожирение, метаболический синдром;
- наследственность;
- сахарный диабет;
- ановуляторные менструальные циклы – синдром поликистозных яичников;
- перименопауза и постменопауза;
- опухоли яичников, в том числе из гранулезных клеток.

Цель

Изучить особенности анамнеза, соматической и гинекологической патологии у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни гинекологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2024 год. Объектом исследования явились 56 женщин с гиперплазией эндометрия (основная группа) и 19 женщин без гиперплазии эндометрия (контрольная группа). О наличии ГЭ в основной группе или, соответственно, ее отсутствии в контрольной группе свидетельствовали данные гистологического исследования эндометрия в результате выполненного раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки. В основной группе были выделены 2 подгруппы: пациентки до менопаузы (21 женщина) и после менопаузы (35 женщин). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст женщин с ГЭ составил 56,5 (48,8; 65) лет, возраст женщин контрольной группы составил 48 (41; 62,5), по возрасту группы статистически не различались. И в основной, и в контрольной группе были женщины в менопаузе: 35 (62,5±6,5) и 6 (31,6±10,7) соответственно ($\chi^2=4,3$ $p=0,038$). В подгруппе женщин с менопаузой медиана продолжительности менопаузы составила 14 лет, в контрольной группе 26 лет. В обеих группах (основной и контрольной) были женщины, не имевшие беременностей и родов, в контрольной группе 1 (5,3±5,1) женщина, в основной группе – 3 (8,6±4,7) женщины в подгруппе менопаузы. Рецидивирующая ГЭ установлена у 19 (33,9±6,3) женщин основной группы ($p=0,13$), из них у 4 до менопаузы и 15 после менопаузы.

Таблица 1 – Соматическая и гинекологическая патология пациенток

	Основная группа		Контрольная	Р
	До менопаузы	Менопауза		
Кол-во пациентов	21	35	19	
СД 2 типа	1(4,8±4,6)	10(28,6±7,6)	1(5,3±5,1)	$p=0,27$
Миома матки	10(47,6±10,9)	11(31,4±7,8)	6(31,6±10,7)	$p=0,85$
Артериальная гипертензия	4(19,0±8,6)	32(91,4±4,7)	6(31,6±10,7)	* $p=0,027$
Норма массы тела	3(14,3±7,6)	1(2,9±2,8)	12(63,2±11,0)	* $p<0,0001$
Избыток массы тела	7(33,3±10,3)	5(14,3±5,9)	1(5,3±5,1)	$p=0,21$
Ожирение	11(52,4±10,9)	29(82,9±6,4)	6(31,6±10,7)	* $p=0,005$

*статистически значимые различия

Из соматической патологии значимо чаще у пациенток с ГЭ была установлена артериальная гипертензия ($\chi^2=4,9$ $p=0,027$). По болезням органов дыхания, мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, печени, сахарному диабету у пациенток обеих групп значимые различия не получены.

Нормальная масса тела установлена у 4 (7,1±3,4) женщин основной группы и 12 (63,2±11) женщин контрольной группы. Значимо чаще у пациенток с ГЭ наблюдались избыток массы тела или ожирение ($\chi^2=23,3$ $p<0,0001$).

Миома матки как самое частое сопутствующее гинекологическое заболевание была установлена у 21 (37,5±6,5) пациентки основной группы и 6 (31,6±10,7) в контрольной ($p=0,85$).

Данные о соматической и гинекологической патологии пациенток отражены в таблице 1.

Толщина эндометрия по УЗИ у женщин с диффузной ГЭ составила 15 мм (11; 18), при этом в подгруппе до менопаузы – 16 мм (15; 20,5), после менопаузы 11 мм (10,3; 14,4), у всех женщин соответствовала УЗ-критериям гиперплазии эндометрия и значимо различалась ($U=3,02$ $p=0,0025$) от данного показателя в контрольной группе – 6 мм (5,25; 6). Среди пациенток гинекологического отделения чаще встречались пациентки с диффузной ГЭ, доля которых составила $68,0 \pm 9,3$ ($\chi^2=5,12$ $p=0,024$).

Атипичическая гиперплазия эндометрия как предрак эндометрия и аденокарцинома установлены только в подгруппе женщин в постменопаузе в 4 ($13,8 \pm 6,4$) случаях ($p=0,23$), по 2 случая соответственно.

Выводы

1. У женщин с гиперплазией эндометрия чаще наблюдается избыточная масса тела и ожирение ($p<0,0001$) и артериальная гипертензия ($p=0,027$).

2. Среди пациенток гинекологического отделения с гиперплазией эндометрия чаще выявлена ее диффузная форма ($p=0,024$), при этом толщина эндометрия по УЗИ была выше ($p=0,0025$) и соответствовала ультразвуковым критериям гиперплазии эндометрия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРА

1. Современное представление о проблеме гиперплазии эндометрия / Л. Г. Ерофеева, А. Г. Сидоркина, Г. Н. Новопашина [и др.] // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2022. – № 6. – С. 82–88.
2. Оразов, М. Р. Гиперплазия эндометрия: современный взгляд на проблему / М. Р. Оразов, Л. М. Михалева, И. А. Муллина // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 10, № 3. – С. 62–67.

УДК 618.3:618.146-008

А. В. Бенеш

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры О. А. Будюхина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – укорочение шейки матки ≤ 25 мм и/или дилатация цервикального канала ≥ 10 мм (на всем протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша или преждевременных родов [1].

Данная патология развивается на фоне функциональных или структурных изменений шейки матки, вызванных многообразием этиологических факторов [2]. По современным представлениям, в основе развития ИЦН лежат 4 фактора:

1. Травма шейки матки в анамнезе (посттравматическая ИЦН);
2. Нарушения пропорциональных соотношений между мышечной и соединительными тканями;
3. Функциональные нарушения;
4. Повышенная нагрузка на шейку матки (многоводие, многоплодие, крупный плод) [3].

Тем не менее, проблема ИЦН по-прежнему недостаточно исследована. Поэтому крайне важно тщательно анализировать акушерско-гинекологический анамнез и внимательно следить за ходом беременности, чтобы обеспечить ее благоприятное завершение, как для матери, так и для ребенка [4, 5].