

Таблица 2 — Особенности течения беременности у женщин с ЭКО и у женщин с бесплодием,  $n$  ( $p \pm s^p$  %)

Признак	Группа ЭКО (N = 22)	Группа бесплодие (N = 29)	Уровень статистической значимости
Гестоз	8(36,3 ± 10,3 %)	6(20,7 ± 7,5 %)	$\chi^2 = 0,9$ ; $p = 0,4$
Анемия	19(86,3 ± 7,3 %)	23(79,3 ± 7,5 %)	$\chi^2 = 0,08$ ; $p = 0,7$
Инфекции мочевыводящих путей	4(18 ± 8,2 %)	7(24,1 ± 7,9 %)	$\chi^2 = 0,03$ ; $p = 0,9$
Вагинит	7(31,8 ± 9,9 %)	22(75,8 ± 7,9 %)	$\chi^2 = 8,2$ ; $p = 0,004$
Угроза прерывания беременности	17(77,2 ± 8,9 %)	15(51,7 ± 9,3 %)	$\chi^2 = 2,5$ ; $p = 0,1$
Хроническая плацентарная недостаточность	3(13,6 ± 7,3 %)	4(13,7 ± 6,4 %)	$\chi^2 = 0,2$ ; $p = 0,7$
Маловодие	2(9,0 ± 6,1 %)	6(20,6 ± 7,5 %)	$\chi^2 = 0,5$ ; $p = 0,5$
Многоводие	2(9,0 ± 6,1 %)	0	$p = 0,2$

У 36 (70,6 ± 6,4 %) женщин в двух группах данные роды были первыми ( $\chi^2 = 15,6$ ;  $p = 0,0001$ ). Преждевременные роды наблюдали у 5 (22,7 ± 8,9 %) женщин с ЭКО и у 1 (3,4 ± 3,3 %) пациентки 2-й группы. Наибольшая доля женщин (95,5 %), родоразрешенных путем операции кесарево сечение, выявлена в 1-й группе против 16 (55,2 ± 9,2 %) женщин 2-й группы, т. к. ЭКО-индуцированная беременность является относительным показанием к абдоминальному родоразрешению ( $\chi^2 = 8,2$ ;  $p = 0,004$ ).

У 13 (59,0 ± 10,4 %) женщин 1-й группы и у 4 (13,7 ± 6,4 %) женщин 2-й группы диагностированы послеродовые осложнения ( $\chi^2 = 9,6$ ;  $p = 0,002$ ). Течение раннего неонатального периода в группах не различалось.

#### **Выводы**

Не получено значимых различий в менструальной и половой функции, длительности бесплодия, ИМТ и течения настоящей беременности у женщин 1 и 2 группы. Дисфункцию яичников наблюдали у женщин с бесплодием (24,1 %;  $p = 0,03$ ), внематочная беременность в анамнезе отмечена у женщин с ЭКО (22,7 %;  $p = 0,02$ ). У пациенток с самостоятельно наступившей беременностью причины бесплодия чаще были невыясненными (34,5 %;  $p = 0,03$ ).

В течение беременности у 75,8 % женщин с бесплодием диагностированы вагиниты ( $p = 0,0004$ ). Абдоминальный способ родоразрешения наблюдали 95,5 % пациенток после ЭКО ( $p = 0,0004$ ), у них также отмечен наибольший процент послеродовых осложнений (59 %;  $p = 0,002$ ).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Герасимович, Г. И. Акушерство: учебное пособие / Г. И. Герасимович. — Минск: Беларусь, 2004. — 815 с.
2. Занько, С. Н. Гинекология: учеб. пособие / С. Н. Занько. — Минск: Вышэйшая школа, 2010. — 640 с.
3. Колгушикина, Т. Н. Практическая гинекология: учебное пособие / Т. Н. Колгушикина. — Минск: Вышэйшая школа, 2004. — 336 с.

УДК 618.145-006.6:616.43

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАЗВИТИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ**

*Будков М. С., Касьянов Э. И., Коледа Е. М.*

**Научный руководитель: ассистент С. Ю. Турченко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рак эндометрия относится к наиболее частым опухолевым заболеваниям женского населения. Он является четвертым по частоте раком у женщин в большинстве стран мира (после рака молочной железы, толстой кишки и легких) и занимает третье место среди причин смертности от гинекологического рака (после рака яичников и шейки матки). Этим заболеванием чаще всего болеют женщины после наступления менопаузы, в возрасте

60–70 лет. Тем не менее, иногда раком эндометрия болеют и молодые женщины в возрасте до 40 лет. Среди факторов риска развития рака тела матки обращают на себя внимание малое число родов или бесплодие, ожирение, поздняя менопауза, сахарный диабет, преимущественно 2-го типа. Эстрогены являются ведущим фактором, вызывающим пролиферацию эндометрия, которая при отсутствии достаточного влияния прогестерона прогрессирует в железистую гиперплазию. В большинстве случаев риск развития рака эндометрия ассоциируется с различными формами гиперплазий эндометрия, дисфункцией на фоне поликистоза яичников, полипозом эндометрия, миомой матки [1, 2, 3, 4].

#### ***Цель***

Выявить особенности влияния эндокринных нарушений на возникновение предопухолевых заболеваний и рака эндометрия.

#### ***Материалы и методы исследования***

Данные литературы по морфологической характеристике предопухолевых заболеваний эндометрия и рака эндометрия.

#### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Был проведен обзор литературы по данным отечественных авторов, занимающихся проблемами предопухолевых заболеваний и рака эндометрия.

Морфологическая характеристика гиперпластических процессов эндометрия.

Полипы эндометрия развиваются путем пролиферации эпителия желез базального слоя эндометрия. Полипы могут быть единичные или множественные и чаще всего располагаются в области дна или трубных углов тела матки. По гистологическому строению можно выделить два типа полипов эндометрия: полипы, содержащие элементы функционирующего эндометрия, и полипы, состоящие из желез базального типа. Первые реагируют на действие эстрогенов и прогестерона, как и окружающая их ткань эндометрия, в то время как вторые слабее отвечают на действие прогестерона. Диагностика полипов может вызвать определенные трудности, поскольку при выскабливании полости матки полип обычно разделяется на отдельные фрагменты. Поэтому важно обнаружить ножку полипа, которая состоит из фиброзной и гладкомышечной тканей. Вопрос о возможности малигнизации полипов вплоть до настоящего времени остается неясным [1, 4].

Железистая гиперплазия эндометрия характеризуется утолщением эндометрия. При исследовании удаленной матки можно видеть, что эндометрий утолщен до 1–2 см. Поверхность его обычно гладкая, реже мелкобугристая. На разрезе можно различить видимые невооруженным глазом кисты и четкую линию разграничения между эндометрием и миометрием [1, 4].

Атипичная гиперплазия эндометрия (преинвазивная карцинома). Атипичная гиперплазия характеризуется атипией клеточных элементов, гиперхроматозом ядер и признаками усиленного деления эпителиальных клеток. Атипичная гиперплазия эндометрия может быть обнаружена не только в гиперплазированном, но и в атрофическом эндометрии, а также в полипах. Многие авторы выделяют легкую, умеренную и тяжелую степени атипичной гиперплазии, обозначая их термином дисплазия [3].

Диагностика гиперпластических процессов эндометрия. Основным клиническим симптомом железистой гиперплазии эндометрия — аномальные маточные кровотечения (мено- и (или) метроррагии). Кровотечения ановуляторные, ациклические, длительные, обильные, анемизирующие. В ювенильном и менопаузальном периодах в результате атрезии фолликулов, не достигших овуляции, развивается относительная гиперэстрогения (монотонная, длительная), абсолютная гипопрогестеронемия и отсутствие секреторной трансформации эндометрия. Все это приводит к гиперплазии эндометрия. В репродуктивном периоде наблюдаются ановуляторные кровотечения по типу персистенции фолликула с развитием абсолютной гиперэстрогении. В анамнезе у этих женщин отмечается бесплодие, невынашивание, ювенильные кровотечения. В постменопаузе гиперпластические процессы эндометрия (как доброкачественные, так и злокачественные) могут протекать бессимптомно, поэтому женщины в

этот период жизни должны два раза в год проходить ультразвуковое исследование матки и придатков, а при необходимости (в группах риска рака эндометрия) — и аспирационной биопсии или пайпель-биопсии эндометрия. При нормальном менструальном цикле толщина эндометрия зависит от фазы цикла, возрастая от 3–4 мм в первой фазе, до 12–15 мм во второй фазе цикла. Гиперплазия эндометрия обуславливает значительное увеличение этих показателей. В постменопаузе толщина эндометрия колеблется от 1 до 8 мм. Ультразвуковое исследование (УЗИ) матки целесообразно проводить на 5–7 день менструального цикла. Окончательная диагностика гиперпластических процессов эндометрия базируется на данных гистологического исследования соскобов слизистой оболочки матки. Проводится тщательное раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. При сохраненном ритме менструаций наиболее целесообразно проводить выскабливание за 3–4 дня до ожидаемой менструации, у больных с кровотечениями — в первые дни появления кровянистых выделений. В последнее время особое место в диагностике гиперпластических процессов эндометрия занимает гистероскопия, которая позволяет более детально изучить состояние эндометрия, провести четкую топическую диагностику и проконтролировать результаты терапии, полноту удаления патологического очага. Гистероскопия, кроме диагностической и контрольной, может быть также и лечебной, позволяющей выполнять ряд внутриматочных операций. Аспирационная биопсия эндометрия и цитологическое исследование аспирата из полости матки позволяет определить выраженность пролиферативных изменений эндометрия, но не дает четкого представления о его патоморфологической структуре [1, 2, 4].

#### **Выводы**

1. Среди предопухолевых новообразований, вызванных эндокринными нарушениями, наибольший риск прогрессии в рак (29 % случаев при отсутствии лечения) имеет атипичная сложная гиперплазия эндометрия.

2. За последнее десятилетие наблюдается увеличение диагностированных случаев возникновения предопухолевых и опухолевых новообразований эндометрия. Так же отмечается рост численности среди пациенток более молодого возраста, что свидетельствует об омоложении данных заболеваний.

3. Диагностирование на ранних стадиях позволяет прибегнуть к своевременному лечению и, в большинстве случаев, гарантировать благоприятный исход заболевания.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки / Л. В. Адамьян [и др.] // Практическая гинекология; под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. — М., 2001. — С. 89–114.
2. Баскаков, В. П. Эндометриодная болезнь / В. П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е. Ф. Кира. — СПб., 2002. — 452 с.
3. Бохман, Я. В. Лекции по онкогинекологии / Я. В. Бохман. — МИА, 2007. — 304 с.
4. Гинекология. Новейший справочник / под общ. ред. Л. А. Сулопарова. — М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2003. — 688 с.

**УДК 618.4-089.5**

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН О МЕТОДАХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ**

**Булавко Е. О.**

**Научный руководитель: М. С. Недосейкина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Роды для большинства женщин болезненное событие в их жизни. Поэтому не стоит удивляться, что страх перед родовой болью беспокоит большую часть беременных наряду с заботой о здоровье ребенка [1].

Повышение тревожности во время беременности и перед родами отмечена у большинства беременных. Польза тревожности, стрессов и страхов в том, что они помогают