

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

О.В. Сафронов¹, Э.А. Казачкова², Е.Л. Казачков³, Л.Е. Сафронова⁴, И.В. Сафронова⁵

^{1-3, 5} ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

⁴ ООО Многопрофильный медицинский центр «Дельфин», Челябинск, Россия

¹ docsafronov@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6843-0937>

² doctorkel@narod.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1672-7058>

³ doctorkel@narod.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4512-3421>

⁴ lmel@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7643-4310>

⁵ safronova94@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3604-9319>

Аннотация

Введение. В настоящее время большое внимание уделяется влиянию различных внешних факторов и состояния здоровья на формирование особенностей течения различных заболеваний, то есть патоморфозу в клиническом (узком) смысле. **Цель исследования** — сравнительный анализ медико-социального портрета и клинических особенностей пациенток с гиперплазией эндометрия без атипии в когортах 2016–2018 и 2006–2008 гг. в свете учения о патоморфозе. **Материалы и методы.** Для исследования проблемы ГЭ без атипии с точки зрения учения о патоморфозе проведено ретроспективное изучение медико-социального портрета и клинических особенностей ГЭ без атипии у 52 пациенток, наблюдавшихся в 2016–2018 гг. (1 группа), и 52 женщин, проходивших лечение в связи с этим заболеванием в 2006–2008 году (2 группа). **Результаты.** Для современных пациенток с ГЭ без атипии характерен более ранний возраст формирования заболевания, особенности становления менструальной функции (более позднее менархе), особенности соматического статуса (преобладание болезней мочевыделительной системы и пищеварительного тракта), преобладание невоспалительных болезней половых органов над инфекциями, передаваемыми половым путем, невысокий паритет, осложненное течение родов (увеличение доли преждевременных родов). Основным клиническим проявлением ГЭ без атипии стали обильные менструальные кровотечения (ОМК). **Обсуждение.** Полученные нами данные о клинической картине ГЭ без атипии и высокой частоте сочетания ГЭ с хроническим эндометритом совпадают с результатами других современных исследований. Однако в настоящее время в клинической картине ГЭ наряду с ОМК мы наблюдаем тенденцию к увеличению частоты бессимптомного течения ГЭ, а выявленная высокая частота сочетания ГЭ с хроническим эндометритом подтверждает выводы ряда исследователей о важной роли хронического эндометрита в формировании ГЭ. **Заключение.** Вышеизложенные особенности медико-социального портрета и клинического течения ГЭ без атипии можно трактовать как патоморфоз в клиническом (узком) смысле.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, патоморфоз, аномальные маточные кровотечения, патология эндометрия, хронический эндометрит.

Для цитирования: Медико-социальный портрет и клинические особенности пациенток с гиперплазией эндометрия / О. В. Сафронов, Э. А. Казачкова, Е. Л. Казачков [и др] // Уральский медицинский журнал. – 2021. – Т. 20, № 6. – С. 43-50. – <http://doi.org/10.52420/2071-5943-2021-20-6-43-50>.

@ Сафронов О.В., Казачкова Э.А., Казачков Е.Л., Сафронова Л.Е., Сафронова И.В.

MEDICAL AND SOCIAL PORTRAIT AND CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIAO.V. Safronov ¹, E.A. Kazachkova ², E.L. Kazachkov ³, L.E. Safronova ⁴, I.V. Safronova ⁵^{1-3, 5} South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia⁴ Multidisciplinary medical center Dolphin, Chelyabinsk, Russia¹ docsafronov@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6843-0937>² doctorkel@narod.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1672-7058>³ doctorkel@narod.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4512-3421>⁴ lmel@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7643-4310>⁵ safronova94@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3604-9319>**Abstract**

Introduction. Today more and more attention is paid to the influence of various external factors and health status on the development of specific features of the course of different diseases, that is to the pathomorphosis in its clinical (narrow) sense. **The aim of the study** was comparative analysis of the medical and social profile and clinical features of the patients with endometrial hyperplasia (EH) without atypia in the cohorts of 2016-2018 and 2006-2008 in the light of the pathomorphosis study. **Materials and methods.** A retrospective study of medical and social profile and clinical features of EH without atypia has been performed in 52 patients who were under observation in 2016 — 2018 (1st group) and in 52 women who underwent medical treatment of this disease in 2006-2008 (2nd group) to investigate the problem of EH without atypia from the point of view of the pathomorphosis study. **Results.** The following are the characteristic features of today's patients with EH without atypia: younger age of disease development, specific formation of menstrual function (a later menarche), specific somatic status (predominance of the diseases of the urinary system and gastrointestinal tract), predominance of non-inflammatory diseases of the reproductive organs over sexually transmitted infections, low parity, complicated course of labor (increase in the proportion of premature delivery). Heavy menstrual bleeding (HMB) was the main clinical manifestation of the EH without atypia. **Discussion.** Our data on the clinical picture of EH without atypia and the high frequency of the combination of EH with chronic endometritis coincide with the results of other modern studies. However, at present, in the clinical picture of EH, along with HMB, we observe a tendency to an increase in the frequency of asymptomatic EH, and the revealed high frequency of the combination of EH with chronic endometritis confirms the conclusions of a number of researchers about the important role of chronic endometritis in the formation of EH. **Conclusions.** The above stated specific features of the medical and social profile and clinical course of the EH without atypia could be interpreted as pathomorphosis in the clinical (narrow) sense.

Keywords: endometrial hyperplasia, pathomorphosis, abnormal uterine bleeding, chronic endometritis.

For citation:

Medical and social portrait and clinical features of patients with endometrial hyperplasia / O. V. Safronov, E. A. Kazachkova, E. L. Kazachkov, [et al.] // Ural medical journal. – 2021. – Vol. 20 (6). – P. 43-50. – <http://doi.org/10.52420/2071-5943-2021-20-6-43-50>.

ВВЕДЕНИЕ

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) — морфологические изменения слизистой оболочки матки, характеризующиеся нефизиологической пролиферацией желез с различными вариациями фенотипических свойств клеток и увеличением железисто-стромального соотношения более 1 [1, 2].

ГЭ является важным фактором риска злокачественной трансформации эндометрия, приводит к формированию бесплодия, аномальных маточных кровотечений (АМК), которые существенно снижают качество жизни женщин [3-11]. Частота выявления ГЭ в течение последних лет не снижается и составляет от 3 до 14,7%. Среди всех типов ГЭ преобладает ГЭ без атипии. Ее доля в структуре ГЭ составляет до 70% [1, 3, 11, 12, 13, 14, 15].

Социальные, медицинские, экологические, поведенческие и другие факторы меняют состояние соматического и репродуктивного здоровья женщин [16], приводят к изменению клинико-морфологических проявлений болезней, то есть к патоморфозу в клиническом (узком) смысле [17]. В научной литературе освещены вопросы пато-

морфоза воспалительных заболеваний матки и придатков [18], самопроизвольного аборта [19, 20], пороков сердца у беременных женщин, в тоже время анализ ГЭ без атипии с точки зрения учения о патоморфозе не проводился [21, 22].

Цель исследования — сравнительный анализ медико-социального портрета и клинических особенностей пациенток с гиперплазией эндометрия без атипии в когортах 2016–2018 гг. и 2006–2008 гг. в свете учения о патоморфозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения проблемы ГЭ без атипии с точки зрения учения о патоморфозе проведено ретроспективное исследование медико-социального портрета и клинических особенностей ГЭ без атипии у 52 пациенток, наблюдавшихся в 2016–2018 годах (1 группа), и 52 женщин, проходивших лечение в связи с этим заболеванием в 2006-2008 годах (2 группа). Исследование проводили на кафедре акушерства и гинекологии, кафедре патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский

университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Критерии включения: пациентки с ГЭ без атипии, диагностированной при гистологическом исследовании биоптатов эндометрия.

Критерии исключения: пациентки с аденомиозом, миомой матки, полипами эндометрия, ГЭ с атипией, цервикальной интраэпителиальной неоплазией, злокачественными новообразованиями, послеродовыми и послеабортными осложнениями.

Изучены данные медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (N 025/у), и протоколы прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала (форма № 014-1/у).

Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (протокол № 4 от 18.05.19).

Статистическая обработка данных выполнена с использованием электронных таблиц Microsoft Excel версия 16.49. Проверка нормальности распределения произведена с использованием критерия Пирсона. Для описания данных были использованы средняя арифметическая величина (M) и стандартное отклонение (SD). Для оценки статистически значимых различий использован t-критерий Стьюдента. При величине $p \leq 0,05$ отличия рассматривали как статистически значимые. В тех случаях, когда рассчитанный критерий значимости был меньше 0,0001, в таблицах указывали $p < 0,001$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ полученных данных показал, что средний возраст женщин с ГЭ в 2016–2018 г. был статистически значимо меньше и составил — $37,88 \pm 2,48$ лет, в 2006–2008 г. — $46,71 \pm 2,04$ лет ($p < 0,001$). В 1 группе статистически значимо чаще — 25 (48,08%) наблюдений, чем во 2 группе — 4 (7,69%), встречались пациентки в возрасте 26–35 лет ($p < 0,001$). В то же время количество женщин, в возрасте 46–55 лет в 1 группе было в 2 раза меньше, чем во 2 группе — 14 (26,92%) и 30 (57,69%) соответственно ($p = 0,001$). Число пациенток в возрасте до 25 лет, 36–45 лет и старше 56 лет в исследуемых группах статистически значимо не различалось и составило в 1 группе — 0 (0,00%), 12 (23,08%), 6 (11,54%), во 2 группе — 3 (5,77%), 9 (17,31%), 1 (1,92%) соответственно.

Пациентки сравниваемых групп были сопоставимы по уровню образования. Большинство женщин имели высшее образование, а число женщин, занятых физическим трудом, служащих и неработающих в 1 и 2 группах было практически одинаковым ($p = 0,365$, $p = 0,183$, $p = 1,000$). Социальный статус пациенток характеризовался преобладанием и в 1, и во 2 группах служащих — 41 (78,85%) и 37 (71,15%) наблюдений соответственно.

Анализ структуры и частоты встречаемости соматической патологии у пациенток с ГЭ показал (табл. 1), что у женщин 1 группы в меньшем количестве случаев наблюдались сердечно-сосудистые заболевания. Так, гипертоническая болезнь выявлялась статистически значимо реже в 1 группе, чем во 2 ($p < 0,001$). Ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни, встречались только у пациенток 2 группы — 3 (5,77%) и 1 (1,92%) случаев соответственно ($p = 0,079$, $p = 0,315$). В 1 группе было статистически значимо меньше женщин с

пневмонией и хроническим тонзиллитом в анамнезе ($p < 0,001$), чаще наблюдались такие заболевания мочевыделительной системы, как цистит ($p = 0,041$), а также болезни органов пищеварения ($p = 0,05$).

За 10 лет средний возраст менархе у пациенток с ГЭ статистически значимо увеличился и составил $13,56 \pm 0,35$ в 1 группе и $12,88 \pm 0,33$ лет во 2 группе ($p = 0,006$). Достоверно уменьшился возраст начала половой жизни. Так, в 2006–2008 году он составлял $20,67 \pm 0,58$, в 2016–2018 году — $18,73 \pm 0,84$ лет ($p < 0,001$). Сексуальный дебют вне брака в возрасте до 18 лет отмечался у большего количества пациенток 1 группы — 15 (28,85%) ($p < 0,001$).

Пациентки 1 группы имели в анамнезе статистически значимо меньшее количество беременностей — 0–5 (в среднем $1,52 \pm 0,68$), чем пациентки 2 группы — 0–10 (в среднем $3,98 \pm 0,684$) ($p < 0,001$) (табл. 2). За 10 лет статистически значимо увеличилось число женщин с ГЭ, не имевших в анамнезе беременностей и родов — с 2 (3,85%) до 19 (36,54%) и с 5 (9,62%) до 27 (51,92%) случаев ($p < 0,001$, $p < 0,001$), уменьшилось количество пациенток с более чем двумя беременностями и родами — с 45 (86,54%) до 21 (40,38%) и с 28 (53,85%) до 10 (19,23%) наблюдений соответственно ($p < 0,001$, $p < 0,001$). В анамнезе женщин 1 группы наблюдались преждевременные роды — 4 (7,69%) случая и несостоявшийся выкидыш — 5 (9,62%) наблюдений, в то время как у пациенток 2 группы этих осложнений беременности отмечено не было ($p = 0,041$, $p = 0,022$). Женщины 1 группы имели в анамнезе 0–3 медицинских аборта (в среднем $0,54 \pm 0,23$). Это было статистически значимо меньше, чем у пациенток 2 группы, имевших 0–8 (в среднем $2,13 \pm 0,56$) медицинских абортов ($p < 0,001$). В течение 10 лет более чем в два раза с 13 (25,00%) до 34 (65,38%) увеличилось количество женщин, не имевших медицинских абортов ($p < 0,001$), в 3 раза с 28 (53,85%) до 9 (17,31%) уменьшилось число женщин с двумя абортами в анамнезе ($p < 0,001$). Также у современных пациенток с ГЭ была отмечена тенденция к снижению частоты самопроизвольных выкидышей. Внематочная беременность наблюдалась у практически одинакового количества женщин 1 и 2 групп ($p = 0,695$).

Данные о методах контрацепции пациенток с ГЭ представлены в табл. 3. Проведенный анализ показал, что за 10 лет статистически значимо уменьшилось число женщин, использовавших календарный метод и внутриматочные контрацептивные средства — с 9 (17,31%) до 1 (1,92%) и с 15 (28,85%) до 5 (9,62%) случаев соответственно ($p = 0,008$, $p = 0,013$), увеличилось количество пациенток, применяющих барьерный метод контрацепции и гормональные контрацептивы — с 13 (25,00%) до 28 (53,85%) и с 4 (7,69%) до 12 (23,08%) соответственно ($p = 0,003$, $p = 0,03$).

Данные о структуре и частоте встречаемости гинекологических заболеваний в анамнезе у пациенток с ГЭ свидетельствуют о том, что с 2006–2008 по 2016–2018 годы статистически значимо уменьшилось число женщин, имевших инфекции, передаваемые половым путем — с 21 (40,38%) до 4 (7,69%) ($p < 0,001$), увеличилось количество женщин с невоспалительными болезнями половых органов с 7 (13,46%) до 24 (46,15%) ($p < 0,001$), синдромом поликистозных яичников до 4 (7,69%) ($p = 0,041$), бесплодием с 3 (5,77%) до 19 (36,54%)

($p < 0,001$) (табл. 4). При этом в структуре женского бесплодия у женщин в когорте 2016-2018 годов преобладала маточная форма бесплодия, обусловленная хроническим эндометритом (42,10%), у 31,55% имело место эндокринное бесплодие, у 26,32% — трубно-перитонеальное. У женщин с ГЭ в когорте 2006-2008 годов бесплодие было обусловлено овуляторной дисфункцией яичников. Следует отметить тенденцию к увеличению частоты регистрации воспалительных заболеваний половых органов у пациенток с ГЭ на современном этапе.

Анализ анамнестических данных не выявил существенной разницы в структуре и частоте оперативных вмешательств, проведенных ранее у женщин 1 и 2 групп (табл. 5). Обращает на себя внимание тот факт, что 9 (17,31%) пациенток 1 группы и 10 (19,23%) — 2 группы уже имели в анамнезе внутриматочные вмешательства в связи с гинекологической патологией (ГЭ, полип эндометрия).

Таблица 1

Структура и частота встречаемости соматической патологии у пациенток с ГЭ

Вид соматической патологии (код МКБ-10)	2016–2018 гг. 1 группа, n=52		2006–2008 гг. 2 группа, n=52		P
	абс.	%	абс.	%	
Гипертоническая болезнь (I10-I15)	2	3,85	16	30,77	<0,001
Ишемическая болезнь сердца (I20-I25)	0	0,00	3	5,77	0,079
Цереброваскулярные болезни (I60-I69)	0	0,00	1	1,92	0,315
Варикозное расширение вен нижних конечностей (I83)	4	7,69	1	1,92	0,169
Грипп и пневмония (J18), хронический тонзиллит (J35.0)	6	11,54	23	44,23	0,0002
Хронические болезни нижних дыхательных путей (J41, J44, J45, A15)	0	0,00	3	5,77	0,079
Болезни органов пищеварения (K25, K26, K29, K52.2)	11	21,1	4	7,69	0,05
Болезни печени (D18.0, V18)	2	3,85	3	5,77	0,647
Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (K81.1, K80.0, K85)	4	7,69	5	9,62	0,727
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3)	6	11,54	2	3,85	0,141
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (N11)	8	15,38	4	7,69	0,219
Мочекаменная болезнь (N20.0)	1	1,92	1	1,92	1,000
Другие болезни мочевыделительной системы (N30.0)	4	7,69	0	0,00	0,041
Ожирение (E66.0)	3	5,77	1	1,92	0,308
Сахарный диабет II типа (E11)	2	3,85	2	3,85	1,000
Болезни щитовидной железы (E04.0, E06.3, E04.2, E02, E06)	4	7,69	7	13,46	0,339
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D53)	3	5,77	1	1,92	0,308

Таблица 2

Данные репродуктивного анамнеза пациенток с ГЭ

Репродуктивные показатели	2016–2018 гг. 1 группа, n=52		2006–2008 гг. 2 группа, n=52		P
	абс.	%	абс.	%	
Не имели беременности	19	36,54	2	3,85	<0,001
1 беременность	12	23,08	5	9,62	0,063
2 и больше беременностей	21	40,38	45	86,54	<0,001
Не имели родов	27	51,92	5	9,62	<0,001
1 родоразрешение (O80-O84)	15	28,85	19	36,54	0,403
2 и более родоразрешений (O80-O84)	10	19,23	28	53,85	<0,001
Преждевременные роды (O60)	4	7,69	0	0,00	0,041
Не имели медицинских аборт (O04)	34	65,38	13	25,00	<0,001
1 медицинский аборт (O04)	9	17,31	11	21,15	0,619
2 и более медицинских абортов (O04)	9	17,31	28	53,85	<0,001
1 самопроизвольный аборт (O03)	3	5,77	8	15,38	0,111
2 и более самопроизвольных аборта (O03)	0	0,00	2	3,85	0,153
Несостоявшийся выкидыш (O02.1)	5	9,62	0	0,00	0,022
Внематочная беременность (O00)	3	5,77	4	7,69	0,695

Методы контрацепции пациенток с ГЭ

Метод контрацепции	2016–2018 гг. 1 группа, n=52		2006–2008 гг. 2 группа, n=52		P
	абс.	%	абс.	%	
Не использовала	12	23,08	13	25,00	0,818
Календарный метод	1	1,92	9	17,31	0,008
Прерванный половой акт	3	5,77	0	0,00	0,079
Презервативы	28	53,85	13	25,00	0,003
Спермициды	3	5,77	3	5,77	1,000
Внутриматочные средства контрацепции	5	9,62	15	28,85	0,013
Комбинированные гормональные контрацептивы	12	23,08	4	7,69	0,03

Таблица 4

Структура и частота встречаемости гинекологических заболеваний у пациенток с ГЭ

Вид гинекологической патологии (код МКБ-10)	2016–2018 гг. 1 группа, n=52		2006–2008 гг. 2 группа, n=52		P
	абс.	%	абс.	%	
Воспалительная болезнь шейки матки (N72)	15	28,85	10	19,23	0,251
Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70, N71, N70.1, N75.1)	39	75,00	33	63,46	0,061
Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (A56, A63.8)	4	7,69	21	40,38	<0,001
Женское бесплодие (N97)	19	36,54	3	5,77	<0,001
Невоспалительные болезни половых органов (N84.0, N84.1, N85.0)	24	46,15	7	13,46	<0,001
Невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки (N83.0, N83.1)	4	7,69	5	9,62	0,727
Синдром поликистоза яичников (E28.2)	4	7,69	0	0,00	0,041
Доброкачественная дисплазия молочной железы (N60.1)	6	11,54	2	3,85	0,141

Таблица 5

Структура и частота оперативных вмешательств в анамнезе у пациенток с ГЭ

Вид оперативного вмешательства	2016–2018 гг. 1 группа, n=52		2006–2008 гг. 2 группа, n=52		P
	абс.	%	абс.	%	
Операции на маточных трубах (O00, N75.1)	3	5,77	4	7,69	0,695
Операции на яичниках (N83.0, N83.1)	1	1,92	1	1,92	1,000
Операции при спаечном процессе брюшной полости (N73.6, N99.4, N97)	0	0,00	1	1,92	0,315
Внутриматочные вмешательства в связи с гинекологической патологией (N84.0, N84.1, N85.0, N97)	9	17,31	10	19,23	0,799
Операции на молочной железе (D24, C50)	0	0,00	2	3,85	0,153
Кесарево сечение (O82)	5	9,62	5	9,62	1,000

Таблица 6

Клинические проявления ГЭ

Клинические проявления	2016–2018 гг. 1 группа, n=52		2006–2008 гг. 2 группа, n=52		P
	абс.	%	абс.	%	
АМК	36	69,23	36	69,23	1,000
Постменопаузальные кровотечения	1	1,92	6	11,54	0,05
Женское бесплодие (N97)	3	5,77	1	1,92	0,295
Бессимптомное течение	12	23,08	9	17,31	0,251

Типы АМК у пациенток с ГЭ

Тип АМК (код МКБ 10)	Общее количество пациенток с АМК в группах				P
	2016–2018 гг. 1 группа, n=52		2006–2008 гг. 2 группа, n=52		
	абс.	%	абс.	%	
АМК по типу ОМК (N92.0)	7	19,44	1	2,78	0,024
АМК по типу ММК (92.3)	5	13,89	5	13,89	1,000
АМК по типу нерегулярных обильных маточных кровотечений (N92.1)	24	66,67	30	83,33	0,102

Таблица 8

Оперативное лечение, проведенное у пациенток с ГЭ

Вид оперативного вмешательства	2016–2018 гг. 1 группа, n=52		2006–2008 гг. 2 группа, n=52		P
	абс.	%	абс.	%	
Диагностическое выскабливание стенок полости матки	0	0,00	37	71,15	p<0,001
Гистероскопия с вакуумной аспирацией эндометрия	51	98,08	0	0,00	p<0,001
Радикальное оперативное лечение (субтотальная и тотальная гистерэктомия с/без придатков)	1	1,92	15	28,85	p<0,001

Наиболее частым симптомом ГЭ в обеих группах были АМК, они наблюдались у одинакового количества пациенток 1 и 2 групп — по 36 (69,23%) случаев. Постменопаузальные кровотечения чаще встречались во 2 группе — 6 (11,54%), чем в 1 группе — 1 (1,92%) (p=0,05). ГЭ являлась причиной бесплодия у 3 (5,77%) пациенток 1 группы и у 1 (1,92%) — во 2 группе (p=0,295). В течение 10 лет отмечается тенденция к увеличению количества женщин с ГЭ без клинических проявлений. Их число возросло почти в 1,5 раза — с 9 (17,31%) во 2 группе до 12 (23,08%) — в 1 группе (p=0,251). ГЭ у этих пациенток была выявлена при ультразвуковом исследовании органов малого таза (табл. 6).

У женщин с ГЭ выявлены 3 типа АМК: обильные менструальные кровотечения (ОМК), межменструальные кровотечения (ММК) и нерегулярные обильные маточные кровотечения (табл. 7). Наиболее часто у пациенток с ГЭ наблюдалось АМК по типу нерегулярных обильных маточных кровотечений — у 24 (66,67%) женщин 1 группы и у 30 (88,33%) — 2 группы. Количество пациенток с этим типом АМК за 10 лет уменьшилось в 1,2 раза, однако разница была статистически не значимой (p=0,1025). Количество женщин с ММК в 1 и 2 группах было одинаковым — по 5 (13,89%) наблюдений. В течение 10 лет статистически значимо увеличилось число пациенток с АМК по типу ОМК — с 1 (2,78%) во 2 группе до 7 (19,44%) в 1 группе (p=0,024).

Наиболее часто используемым методом хирургического лечения ГЭ в настоящее время является внутриматочное оперативное вмешательство с применением современных гистероскопических технологий, которое применяли у 51 (98,08%) пациентки 1 группы (табл. 8). Гистероскопия позволила более точно определиться с видом внутриматочной патологии и провести прицельное удаление эндометрия. Методом удаления эндометрия во всех случаях служила вакуумная аспирация. Во 2 группе у 37 (71,15%) женщин эндометрий удалялся без визуального контроля путем диагностического выскабливания стенок полости матки. Число радикальных оперативных вмешательств (субтотальная, тотальная гистерэктомия)

у женщин с ГЭ за 10 лет статистически значимо снизилось — с 15 (28,85%) до 1 (1,92%) (p<0,001).

Проведенный анализ результатов патоморфологических исследований эндометрия показал, что изолированная форма ГЭ у пациенток 1 и 2 групп была зарегистрирована в 13 (25,00%) и 19 (36,54%) случаях, а сочетание ГЭ с хроническим эндометритом — у 39 (75,00%) и 33 (63,46%) женщин (p=0,061).

Частота рецидивирования ГЭ в 1 и 2 группах статистически значимо не различалась и наблюдалась у 6 (11,54%) пациенток 1 группы и у 4 (7,69%) — во 2 группе (p=0,506).

ОБСУЖДЕНИЕ

В современных источниках литературы есть сведения о патоморфозе некоторых гинекологических заболеваний. Изменения соматического и репродуктивного здоровья женщин, происходящее в настоящее время под влиянием социальных, экологических, медицинских и ряда других факторов, могут определять особенности клиники ГЭ без атипии, современные подходы к лечению этого заболевания.

Проведенное нами исследование показало, что современные пациентки с ГЭ без атипии имеют статистически значимые отличия медико-социальных характеристик и клинического течения заболевания по сравнению с когортой женщин 2006–2007 годов. Так, для них характерен более молодой возраст манифестации ГЭ: у 48,08% женщин он составляет 26–35 лет, в то время как десятилетие назад в раннем репродуктивном возрасте находились только 7,6% пациенток. При этом согласно литературным данным, наиболее часто ГЭ встречается в возрасте 50–54,1 лет [23].

Существенно изменилось соматическое здоровье женщин. Гипертоническая болезнь и ожирение традиционно рассматриваются как факторы риска формирования ГЭ [24]. Однако у современных пациенток с ГЭ без атипии гипертоническая болезнь наблюдается статистически значимо реже, чем 10 лет назад, а частота встречаемости ожирения и сахарного диабета 2 типа в исследуемых когортах не изменилась. Кроме того, для со-

временных женщин с ГЭ характерна статистически значимо более низкая частота встречаемости хронического тонзиллита и пневмонии, более высокая — болезней мочевыделительной системы и органов пищеварения.

Современные пациентки с ГЭ имеют статистически значимо больший возраст менархе и меньший — коитархе (28,85% вне брака), меньшее количество беременностей, медицинских аборт и родов, при этом каждая вторая женщина не имеет родов вообще, а у 7,7% наблюдаются преждевременные роды. Изменились и контрацептивные предпочтения современных женщин с ГЭ: статистически значимо чаще они используют комбинированные гормональные контрацептивы и презервативы. Изменилась частота встречаемости сопутствующих гинекологических заболеваний: в когорте пациенток 2016–2018 годов статистически значимо реже выявляются инфекции, передаваемые половым путем, чаще — невоспалительные болезни половых органов, синдром поликистозных яичников и бесплодие, имеется тенденция к увеличению частоты встречаемости воспалительных заболеваний органов малого таза.

Полученные нами данные о клинической картине ГЭ без атипичии совпадают с результатами исследований М.Р. Думановской и Г.Е. Чернуха и соавт., которые установили, что ГЭ клинически проявляется нерегулярными обильными маточ-

ными кровотечениями в 60,7%-77,3% случаев [24], однако на современном этапе мы наблюдаем некоторые изменения клинических проявлений ГЭ без атипичии: статистически значимо чаще регистрируются ОМК, имеется тенденция к увеличению частоты бессимптомного течения ГЭ.

Выявленная высокая частота сочетания ГЭ с хроническим эндометритом согласуется с результатами исследований Э.А. Казачковой и соавт., по данным которых сочетанная патология выявляется в 55,6-68,3% случаев [25], и подтверждает выводы Г.Х. Толибовой и соавт. о важной роли хронического эндометрита в формировании ГЭ [15].

Научно-технический прогресс и развитие медицины привели к радикальному изменению лечебно-диагностических технологий при ГЭ: у 98% современных пациенток с ГЭ используются гистероскопические хирургические методы лечения.

ВЫВОДЫ

Наблюдаемые изменения возраста манифестации ГЭ без атипичии, клинических проявлений заболевания, состояния соматического и репродуктивного здоровья современных женщин с ГЭ без атипичии можно трактовать как патоморфоз в клиническом (узком) смысле. Эти изменения необходимо учитывать при диагностике данной патологии и планировании персонализированного подхода к тактике лечения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Гиперплазия эндометрия: поиск оптимальных решений и стратегий / Думановская М. Р., Чернуха Г. Е., Табеева Г. И., Асатурова А. В. // Акушерство и гинекология. 2021. № 4. С. 23-31.
2. Acta Immunohistochemical predictive markers of response to conservative treatment of endometrial hyperplasia and early endometrial cancer: A systematic review / Travaglini A., Raffone A., Saccone G. [et al.] // *Obstet Gynecol Scand*. 2019. Vol.98, № 9. P. 1086-1099. doi: 10.1111/aogs.13587.
3. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды / Чернуха Г. Е., Асатурова А. В., Иванов И. А., Думановская М. Р. // Акушерство и гинекология. 2018. № 8. С. 129-135.
4. Endometrial hyperplasia in infertile women undergoing IVF/ICSI: A retrospective cross-sectional study / Tian Y., Liu Y., Wang G. [et al.] // *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020. Vol.49, № 9. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784720301239?via%3Dihub> <https://dx.doi.org/110.1016/j.jogoh.2020.101780>.
5. Rate of signi cantendometrial pathology in women at low risk forendometrial hyperplasia or cancer presenting withabnormal uterine bleeding / Sattanakho P., Kleebkaow P., Sangkomkumhang U. [et al.] // *Pragmat Obs Res*. 2020. Vol.11. P. 13-18. <https://dx.doi.org/110.2147/POR.S240930>.
6. Prediction of endometrial hyperplasia and cancer amongpremenopausal women with abnormal uterine bleeding / Giannella L., Cerami L.B., Setti T. [et al.] // *Biomed Res Int*. 2019. Vol. 2019. URL: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/8598152/> <https://dx.doi.org/10.1155/2019/8598152>.
7. Клинышкова Т. В., Турчанинов Д. В., Фролова Н. Б. Клинико-эпидемиологические аспекты рака тела матки с позиций профилактики рецидивирования гиперплазии эндометрия // Акушерство и гинекология. 2020. № 1. С. 135-140.
8. Goldstein S. R., Lumsden M. A. Abnormal uterine bleeding in perimenopause // *Climacteric*. 2017. Vol.20, № 5. P. 414-420. doi: 10.1080/13697137.2017.1358921
9. Капитанова О. В., Чечнева М. А. Гиперплазия эндометрия в пери— и постменопаузе // Российский вестник акушера-гинеколога. 2020. № 3. С. 35-40. <https://doi.org/10.17116/rosakush20202003135>
10. Оценка цитокинового статуса у пациенток с хроническим эндометритом в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия в репродуктивном периоде / Ткаченко Л. В., Свиридова Н. И., Жаркин Н. А. [и др.] // *Инфекция и иммунитет*. 2020. № 4. С. 762-768.
11. Concurrent and future risk of endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A systematic review and meta-analysis / Doherty M. T., Sanni O. B., Coleman H. G. [et al.] // *PLoS One*. 2020. Vol.15, № 4. P. e0232231. doi: 10.1371/journal.pone.0232231
12. Office hysteroscopy: A report of 2402 cases / Capmas P., Pourcelot A.-G., Giral E. [et al.] // *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016. Vol.45, № 5. P. 445-450. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.02.007.
13. Давыдов А. И., Новрузова Н. Х., Стрижаков А. Н. Гиперплазии эндометрия: анализ классификации ВОЗ 2014 и протокола RCOG & BSGE с позиций собственных результатов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2018. № 4. С. 11-24. doi: 10.20953/1726-1678-2018-4-11-24
14. New concepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia / Sanderson P. A., Critchley H. O., Williams A. R. [et al.] // *Hum Reprod Update*. 2017. Vol.23, № 2. P. 232-254. doi: 10.1093/humupd/dmw042
15. Гиперплазия эндометрия у женщин с наружным генитальным эндометриозом и миомой матки / Толибова Г. Х., Траль Т. Г., Кахиани М. И., Коган И. Ю. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2020. № 6. С. 90-95. <https://doi.org/10.17116/rosakush20202006190>
16. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. – в. 2.0. М. : StatusPraesens, 2017. 872 с.
17. Лушников Е. Ф., Абрисиомов А. Д., Учение Я. Л. Раппорта о патоморфозе: прошлое и настоящее // *Архив патологии*. 2013. № 4. С. 62-66.
18. Медведев Б. И., Казачкова Э. А., Казачков Е. Л. Воспалительные заболевания матки и придатков в свете учения о

патоморфозе // Акушерство и гинекология. 2001. № 5. С. 39-42.

19. Воропаева, Е. Е. Самопроизвольный аборт в аспекте учения о патоморфозе // Уральский медицинский журнал. 2011. № 1. С. 95-100.

20. Экстрагенитальные заболевания и социальный статус женщин при самопроизвольном аборте / Медведев Б. И., Воропаева Е. Е., Казачков Е. Л., Казачкова Э. А. // Акушерство и гинекология. 2012. № 4/2. С. 97-102.

21. Казачкова Э. А., Казачков Е. Л., Воробьев И. В. Проявления патоморфоза у беременных женщин с пороками сердца // Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. № 2. С. 233-239.

22. Беременность и пороки сердца: патоморфоз, клинические аспекты, морфология плаценты: монография / Казачкова Э. А., Казачков Е. Л., Воробьев И. В., Воропаева Е. Е. – Челябинск : Титул, 2018. 144 с.

23. Guideline No.392-Classification and Management of endometrial Hyperplasia / Auclair M. H., Yong P. J., Salvador S. [et al.] // J Obstet Gynaecol Can. 2019. Vol.41, № 12. P. 1789-1800. doi: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.

24. Этиологическая структура и возможности диагностики аномального маточного кровотечения / Чернуха Г. Е., Иванов И. А., Эфендиева З. Н., [и др.] // Гинекология. 2018. Т.20, № 2. С. 14–17.

25. Гиперплазия эндометрия, сочетающаяся с хроническим эндометритом: клинико-морфологические особенности / Казачкова Э. А., Затворницкая А. В., Воропаева Е. Е., Казачков Е. Л. // Уральский медицинский журнал. 2020. № 3 (186). С. 36–41.

Сведения об авторах:

О.В. Сафронов — кандидат медицинских наук, доцент

Э.А. Казачкова — доктор медицинских наук, профессор

Е.Л. Казачков — доктор медицинских наук, профессор

Л.Е. Сафронова — кандидат медицинских наук

И.В. Сафронова — кандидат технических наук, доцент

Information about the authors

Oleg V. Safronov — MD, associate professor

Ella A. Kazachkova — Doctor of Medicine, Professor

Evgeny L. Kazachkov — Doctor of Medicine, Professor

Larisa E. Safronova — MD

Irina V. Safronova — Candidate of Technical Sciences, Associate Professor

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 03.11.2021; одобрена после рецензирования 14.12.2021; принята к публикации 27.12.2021.

The article was submitted 03.11.2021; approved after reviewing 14.12.2021; accepted for publication 27.12.2021.