

Клиническое значение анамнестических особенностей при гиперпластических процессах эндометрия

Ю.П. Вдовиченко, Д.Н. Гаврюшов

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с указанием в анамнезе на высокую частоту внутриматочных манипуляций и наличие хронического эндометрита относительный риск развития гиперплазии эндометрия в 11 и 10 раз выше, чем в популяции, что свидетельствует о наличии выраженной причинно-следственной связи между данными патологическими процессами и развитием заболевания эндометрия. Любое длительное нарушение менструальной функции (>2 лет) повышает риск развития гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) в 6 раз, а при наличии ГПЭ в анамнезе риск рецидива увеличивается в 2 раза. Сочетание ГПЭ и хронического эндометрита имеет место в 22,9% случаев, а в 15,2% наблюдений диагностируется хронический эндометрит с реактивной гиперплазией. У пациенток с сочетанием гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита и с реактивной гиперплазией, по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией, отмечается более раннее начало и выраженность клинических симптомов заболевания, длительность которых превышает 2 года. У женщин с простой и сложной типической и атипической гиперплазией связь между морфологическим вариантом патологического процесса и патогномоничной клинической симптоматикой отсутствует. В структуре сопутствующих заболеваний у пациенток с наличием хронического эндометрита преобладают (по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией) воспалительные процессы органов малого таза, доброкачественные заболевания шейки матки, ГПЭ, что свидетельствует о выраженном системном характере патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, клиника, анамнез.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) относятся к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний, встречающихся с частотой от 30% до 55% [1, 2].

Важное клиническое значение данной патологии заключается в том, что ГПЭ являются одной из наиболее частых причин маточных кровотечений и госпитализации женщин в стационар. Многие авторы отмечают высокую частоту сочетания ГПЭ с миомой матки, аденомиозом, которым нередко предшествуют хронические воспалительные процессы эндометрия [3, 4].

Вопросы, связанные с лечением ГПЭ, по-прежнему весьма актуальны, что обусловлено высокой частотой рецидивов данного заболевания. На сегодняшний день в арсенале современной медицины имеются разнообразные подходы к лечению ГПЭ. Одним из наиболее распространенных методов лечения ГПЭ без атипии остается проведение гормональной терапии (комбинированные оральные контрацептивы, гестагены, антипрогестины, агонисты гонадолиберина). Однако эффективность гормональных методов лечения ГПЭ без атипии, по данным ряда исследований, невысока – 42% [5–7]. Кроме того, консервативное лечение не является диф-

ференцированным и не учитывает наличие сочетанной патологии эндометрия.

Изучение морфологических особенностей сочетания ГПЭ и хронического эндометрита, выраженности пролиферативной активности, особенностей характера их васкуляризации и рецептивности позволяет раскрыть некоторые новые патогенетические механизмы при сочетанной патологии матки. Это особенно важно для проведения профилактики и эффективной терапии.

Таким образом, высокая частота встречаемости ГПЭ, отсутствие должной эффективности от гормональной терапии, а также вероятность их озлокачествления ставит проблему развития и патогенетического лечения ГПЭ в ряд наиболее важных в современной медицине.

Целью исследования: изучение причинно-следственной связи между гинекологическими заболеваниями и развитием ГПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели и решения задач проведено проспективное исследование, в которое были включены 149 пациенток, показаниями к госпитализации в стационар у которых явились маточные кровотечения различного характера и/или наличие эхографических признаков патологии эндометрия.

Критерии включения пациенток в исследование:

- Возраст перименопаузального периода.
- Отсутствие онкологических заболеваний.
- Отсутствие эндокринной патологии (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, ожирение II–III степени).
- Отсутствие острого воспалительного процесса органов малого таза.
- Информированное добровольное согласие пациенток на проведение всех необходимых лечебно-диагностических процедур.

В исследование не были включены пациентки с полипами эндометрия, миомой матки с диаметром узлов > 5 см и с субмукозной локализацией миоматозных узлов, аденомиозом II–III стадии.

После обследования, включавшего клинико-лабораторные и эхографические методы, всем пациенткам проводили раздельное диагностическое выскабливание матки под контролем гистероскопии. В зависимости от результатов гистологического исследования соскобов из канала шейки и полости матки на первом этапе исследования женщины были разделены на две группы.

Группа сравнения – 87 пациенток, у которых по данным морфологического исследования не было выявлено патологических изменений в эндометрии, и основная группа, которую составили 62 женщины с подтвержденным гистологически ГПЭ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все обследованные больные были в возрасте от 45 до 55 лет. Средний возраст пациенток составил $48,2 \pm 2,9$ года.

Показанием к экстренной госпитализации явилось наличие маточного кровотечения различной интенсивности и

длительности. Основным показанием к плановой госпитализации послужило наличие эхографических признаков патологии эндометрия.

В преобладающем большинстве пациентки основной (85,6%) и контрольной (79,3%) группы были госпитализированы в экстренном порядке. Изменения эндометрия были заподозрены на основании данных УЗИ у каждой пятой женщины группы сравнения (20,6%) и в 14,4% случаев – в основной группе.

Обращает на себя внимание, что у каждой 1/3 и каждой 1/5 пациентки с простой и сложной гиперплазией эндометрия без атипии изменения эндометрия были диагностированы на основании данных УЗИ и клинически себя не проявляли. Это послужило показанием к плановой госпитализации. Все пациентки с сочетанием простой гиперплазии и хронического эндометрита (100%) и подавляющее большинство женщин с атипической гиперплазией эндометрия (90,5%) и хроническим эндометритом с реактивной гиперплазией (95,7%) поступили в экстренном порядке с диагнозом: «маточное кровотечение перименопаузального периода».

Согласно полученным данным, больные основной клинической группы чаще, чем в группе сравнения, жаловались на длительные (50,6%), обильные (45,9%) менструации, которые при этом чаще были нерегулярными (46,1%). У каждой второй женщины отмечено сочетание 2 и более жалоб. Длительность существования клинических симптомов заболевания в основной группе была от 1 до 6 лет.

В группе сравнения нарушение менструального цикла по типу меноррагии отмечено в 22,9% случаев, метроррагии – в 51,0%, при этом у 77,3% пациенток менструации оставались регулярными. Длительность заболевания составила от 2 мес до 1 года. 94 женщины (24,7%) предъявляли две и более жалоб.

Итак, необходимо отметить, что у больных основной клинической группы имели место более ранние и выраженные клинические симптомы заболевания в зависимости от особенностей морфологического исследования эндометрия.

Почти у каждой второй женщины с ГПЭ без и с атипией отмечались обильные менструации: при простой гиперплазии без атипии – 41,1%, сложной гиперплазии без атипии – 46,8%, атипической – 45,2%. В 35,5%, 38,3% и 40,5% случаев соответственно менструации были длительными – более 7 дней. Ациклические кровотечения были характерны для атипической гиперплазии эндометрия и достоверно чаще встречались по сравнению с другими подгруппами пациенток – в 57,1%.

Нарушения менструального цикла по типу нерегулярных менструаций отмечено у каждой второй пациентки с простой и сложной гиперплазией эндометрия без атипии – 41,1% и 54,2% и достоверно чаще у женщин с атипической гиперплазией и сочетанием простой гиперплазии с хроническим эндометритом – 69% и 64,7% соответственно. При этом длительность нарушения менструального цикла при наличии простой и сложной гиперплазии эндометрия без атипии в среднем составила 0,5 года до 1,5 года, а у пациенток III, IV и V групп – от 1 до 6 лет.

Следовательно, частота встречаемости и характер жалоб у пациенток с простой гиперплазией эндометрия без атипии достоверно не отличались от группы со сложной гиперплазией без атипии. Основными жалобами у женщин с атипической гиперплазией эндометрия были нерегулярные менструации (69,0%), слабость (61,9%), ациклические кровотечения (57,1%), обильные менструации (45,2%) и длительные менструации (40,5%).

Женщины с простой гиперплазией эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом и пациентки с хроническим эндометритом и реактивной гиперплазией эндометрия достоверно чаще предъявляли жалобы на меноррагии (91,5% и 95,7%) и длительные менструации (70,1% и 76,6%) по сравнению с простой, сложной гиперплазией эндометрия без атипии и атипиче-

ской гиперплазией – 41,1%, 46,8%, 45,2% ($p < 0,05$). При этом при наличии атипической гиперплазии эндометрия имел место высокий процент встречаемости нарушения менструального цикла по типу нерегулярных менструаций (64,7%).

С целью уточнения роли некоторых анамнестических факторов в развитии ГПЭ мы проанализировали наличие наследственной предрасположенности у пациенток, характер и особенности менструальной и репродуктивной функций. Кроме того, нами изучены наличие у пациенток в прошлом различных соматических и гинекологических заболеваний, особенности и характер их течения в настоящее время.

При изучении семейного анамнеза обследованных женщин было установлено, что близкие родственницы пациенток основной группы в 47,1% случаев страдали доброкачественными опухолевыми и опухолевидными заболеваниями органов репродуктивной системы, в том числе их сочетанием. В группе сравнения эти патологические состояния встречались реже – в 22,8% наблюдений ($p < 0,0001$).

Таким образом, наследственный фактор имеет определенное прогностическое значение в развитии патологии эндометрия и прослеживается при гормонзависимых как доброкачественных, так и злокачественных опухолях. У пациенток с ГПЭ частота наследственной предрасположенности к опухолевым заболеваниям в два раза выше по сравнению с группой сравнения. Однако по показателям перенесенных родственниками злокачественных новообразований, эти группы не отличались.

Важную роль в возникновении и прогрессировании пролиферативных процессов матки играет состояние преморбидного фона.

Анализ частоты перенесенных детских инфекций, воспалительных заболеваний ЛОР-органов, а также ОРВИ и гриппа у пациенток во всех группах позволил выявить довольно высокую частоту (88,4–90,8%) перенесенных заболеваний в детском и юношеском возрасте (корь, краснуха, ветряная оспа, скарлатина и др.)

Частота перенесенных в детском возрасте заболеваний у пациенток группы сравнения достоверно не отличается от частоты этих заболеваний в основной группе ($p > 0,05$) и не влияет на развитие ГПЭ.

Нами также проанализированы перенесенные ранее и имеющиеся в настоящее время у женщин экстрагенитальные заболевания.

У 80,9% женщин основной группы и у 77,4% пациенток группы сравнения отмечено сочетание двух и более перенесенных экстрагенитальных заболеваний.

Наиболее часто встречающимися экстрагенитальными заболеваниями, которые имели место у 66,5% женщин основной группы, были заболевания органов пищеварительного тракта и гепатобилиарного комплекса. Хронические гастриты имели место у 26,6% больных, холециститы – у 18,9%, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки – у 7,4%, спастические энтероколиты – у 15,8%.

Патология пищеварительного тракта и гепатобилиарной системы встречалась у 33,7% женщин группы сравнения. Наиболее часто имели место хронический гастрит (19,7%), спастический колит (4,7%), холецистит (14,2%).

У пациенток основной группы частота и выраженность заболеваний пищеварительного тракта превышала таковую у женщин группы сравнения ($p < 0,001$).

Следующее место по частоте сопутствующей экстрагенитальной патологии занимали заболевания сердечно-сосудистой системы (ВСД, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца – ИБС, стенокардия напряжения, варикозное расширение вен нижних конечностей). Эти заболевания в 1,5 раза чаще ($p < 0,001$) отмечены у пациенток основной группы (54,5%) по сравнению с женщинами группы сравнения, у которых они были диагностированы в 35,7% случаев.

Обращает на себя внимание высокая частота функциональных заболеваний нервной системы (неврозы, депрессивные состояния), особенно у пациенток основной группы, однако достоверных различий по всем группам выявлено не было ($p > 0,05$). У женщин основной группы чаще (50,3%), чем в группе сравнения (29,4%), имела место избыточная масса тела ($p < 0,0001$).

Таким образом, в структуре экстрагенитальной патологии, имевшей место у пациенток основной группы, преобладали болезни пищеварительного тракта, заболевания сердечно-сосудистой системы и нарушение жирового обмена. Особенности соматического статуса у женщин основной группы в зависимости от морфологического варианта гиперплазии эндометрия выявлено не было.

Особо следует отметить высокую частоту встречаемости дисгормональной патологии грудных желез у обследуемых женщин. 23,4% женщин основной группы и 29,4% пациенток группы сравнения имели в анамнезе указания на наличие фиброзно-кистозной болезни, мастодиния отмечена в 54,5% и 57,4% случаев соответственно.

Своевременное менархе имело место у 81,3% женщин основной группы. Позднее менархе отмечено у 16,6% женщин и у 2,1% – раннее менархе. Средний возраст менархе в основной группе составил $12,8 \pm 0,9$ года.

У 78,5% женщин основной группы ритм менструаций установился сразу, еще у 15,8% пациенток установление регулярного ритма происходило в течение 1 года, а у 5,6% – нерегулярные менструации сохранились до перименопаузального периода.

В группе сравнения своевременное менархе имело место у 90,1% женщин: у 64,7% пациенток возраст менархе был 11–12 лет, у 26,1% – 13–14 лет. Позднее менархе встречалось у 8,7%. У всех пациенток группы сравнения менструальный цикл установился сразу или в течение 1 года.

Итак, обращает на себя внимание, что в основной группе позднее менархе отмечено в два раза чаще, чем в группе сравнения. Кроме того, в 5,6% случаев основной группы менструальный цикл так и не стал регулярным.

Несмотря на наличие у пациенток всех обследованных групп в анамнезе большого числа перенесенных детских инфекций и воспалительных заболеваний ЛОР-органов, последние не вызвали стойких изменений ритма и характера менструаций в большинстве случаев.

Изучение репродуктивной функции показало, что у подавляющего большинства женщин основной группы имело место большое количество беременностей. Бесплодие было диагностировано у 1,1% пациенток.

Родами завершились беременности у 96,1% пациенток основной группы и группы сравнения. В группе сравнения достоверно чаще, чем в основной, пациентки в анамнезе имели 2 родов (52,1% и 30,4% соответственно).

Особое внимание следует обратить на большое число искусственных абортов, самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности у пациенток основной группы. Среднее число абортов составляло 2,2 на одну женщину, самопроизвольный выкидыш (СПВ) – 1,7 и неразвивающаяся беременность – 0,8.

В группе сравнения количество выполненных абортов было в 2 раза меньше. Среднее число СПВ составило 0,3 на одну пациентку, неразвивающейся беременности – 0,1.

Следует отметить, что перенесенные многочисленные внутриматочные вмешательства предшествовали и, возможно, способствовали развитию у пациенток основной группы патологии эндометрия. Наличие СПВ и неразвивающейся беременности у этих пациенток могут косвенно свидетельствовать о гормональных нарушениях, что тоже могло привести или быть отражением патологии эндометрия.

Нами изучены особенности репродуктивной функции у пациенток основной группы. Так, наиболее часто первичное и

вторичное бесплодие встречалось у пациенток с атипической гиперплазией эндометрия – 4,7% и 4,7%. У женщин со сложной гиперплазией эндометрия без атипии и атипической гиперплазией в 2 раза чаще по сравнению с пациентками с простой гиперплазией без атипии, имели место роды один или два раза. По остальным показателям репродуктивного статуса эти группы не имели статистически значимых отличий.

У пациенток с хроническим эндометритом и реактивной гиперплазией эндометрия чаще имел место искусственный аборт в анамнезе, произведенный более двух раз. Обращает на себя внимание высокая частота осложнений родов и послеродового периода у женщин основной группы по сравнению с пациентками группы сравнения. Слабость родовой деятельности отмечалась у 9,4% женщин основной группы и у 7,7% группы сравнения, преждевременный разрыв плодных оболочек – у 5,0% и 5,9% соответственно; отслойка плаценты – у 1,0% и плотное прикрепление плаценты – у 2,8% женщин основной группы; гипотонические кровотечения в ранний послеродовой период – у 7,0% и 1,3% в основной группе и группе сравнения; послеродовые эндометриты – у 10,7% и 5,9% соответственно.

Оперативные вмешательства в родах были у 27,8% женщин основной группы и у 13,4% пациенток группы сравнения.

Подавляющее большинство обследуемых женщин не использовали каких-либо средств контрацепции. Анализ полученных показателей свидетельствует о том, что гормональные методы контрацепции в 5 раз чаще использовали пациентки группы сравнения, в основной группе наиболее часто встречающимся методом контрацепции была внутриматочная контрацепция (ВМК) – 11,9%.

При анализе данных о методах контрацепции среди женщин основной группы установлено, что пациентки с сочетанием простой гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита чаще других использовали барьерный метод контрацепции. Обращает внимание, что каждая десятая из всех обследуемых женщин основной группы имела указания в анамнезе на использование ВМК. При этом в группах, где в дальнейшем были диагностированы атипическая гиперплазия эндометрия и хронический эндометрит, частота применения ВМК несколько выше.

Пациентки с простой гиперплазией эндометрия без атипии в пять раз чаще (5,3%) по сравнению с группой простой гиперплазии и хронического эндометрита с целью контрацепции использовали эстроген-гестагенные контрацептивы.

У всех пациенток основной группы и группы сравнения в анамнезе имелись различные гинекологические заболевания. Наиболее часто отмечены следующие заболевания: доброкачественные процессы шейки матки, воспалительные заболевания нижних отделов половой системы женщины (урогенитальная инфекция, вагинальный кандидоз, бактериальный вагиноз), хронический сальпингоофорит. У 25% женщин основной группы и у 28% пациенток группы сравнения отмечено сочетание 2 и более гинекологических заболеваний.

В основной группе, по сравнению с группой сравнения, в 2 раза чаще встречались урогенитальная инфекция (66,5% и 30,3% соответственно) и гиперпластический процесс эндометрия (11,6% и 6,1%), в 7 раз чаще – хронический эндометрит (7,7% и 0,8%).

Нарушение менструального цикла различного характера в основной группе имело место более чем в половине наблюдений – 62,3%, что в 3 раза чаще по сравнению с группой сравнения – 20,5%. Следует отметить, что нарушение менструального цикла в основной группе были длительными от 1 до 6 лет. В контрольной группе средняя длительность нарушений цикла составила 6 мес (2–12 мес).

Особенности гинекологической заболеваемости у пациенток основной группы в зависимости от характера патологического процесса в эндометрии свидетельствуют о том, что наиболее

лее часто гинекологические заболевания встречались у пациенток с простой гиперплазией эндометрия без атипии в сочетании с хроническим эндометритом и женщин с хроническим эндометритом и реактивной гиперплазией – доброкачественная патология шейки матки (78,8% и 73,4% соответственно), нарушения менструального цикла (90,1% и 73,4%), урогенитальная инфекция (85,9% и 94,7%). Кроме того, в этих группах наблюдаений отмечено наибольшее количество случаев верифицированного ранее хронического эндометрита – 12,7% и 19,1%.

У всех пациенток основной группы ранее имели место различные оперативные вмешательства на матке и придатках. Наиболее распространенными оперативными вмешательствами были раздельное диагностическое выскабливание матки (РДВ) или выскабливание матки по поводу прерывания беременности. Обращает на себя внимание достоверно более высокое число случаев выскабливания полости матки по поводу искусственного и/или самопроизвольного прерывания беременности в основной группе по сравнению с группой сравнения – 72,4% и 43,2% соответственно. Почти в три раза чаще отмечено количество произведенных раздельных диагностических выскабливаний матки в основной группе – 16,9%.

Некоторым пациенткам до поступления в стационар проводили консервативное лечение ГПЭ и аденомиоза. В условиях женской консультации пациентки чаще получали симптоматическую терапию мено- и метроррагии, дисменореи, постгеморрагической анемии (этамзилат натрия, транексамовая кислота, сорбифер-дурулес, мальтофер). Из гормональных препаратов назначали прогестагены (гестринон, дидрогестерон), комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы (силест, ярина, жанин, ригевидон). У большинства женщин проводившаяся терапия была бессистемной и кратковременной, в связи с чем – малоэффективной. Обращает на себя внимание, что у части пациенток (66,3%) есть указания в анамнезе на назначение гормональных препаратов без предварительного раздельного выскабливания матки и гистероскопии.

Таким образом, 40,6% женщин основной группы и несколько меньше 29,5% в группе сравнения имели указания в

анамнезе на применение гормональных препаратов, при этом обращает на себя внимание высокий процент назначения эстроген-гестагенных контрацептивов в перименопаузальный период при отсутствии информации о состоянии эндометрия (14,9% и 12,6% соответственно).

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у пациенток с указанием в анамнезе на высокую частоту внутриматочных манипуляций и наличие хронического эндометрита относительный риск развития гиперплазии эндометрия в 11 и 10 раз выше, чем в популяции, что свидетельствует о наличии выраженной причинно-следственной связи между данными патологическими процессами и развитием заболевания эндометрия. Любое длительное нарушение менструальной функции (>2 лет) повышает риск развития гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) в 6 раз, а при наличии ГПЭ в анамнезе риск рецидива увеличивается в 2 раза. Сочетание ГПЭ и хронического эндометрита имеет место в 22,9% случаев, а в 15,2% наблюдений диагностируют хронический эндометрит с реактивной гиперплазией. У пациенток с сочетанием гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита с реактивной гиперплазией по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией отмечается более раннее начало и выраженность клинических симптомов заболевания, длительность которых превышает 2 года. У женщин с простой и сложной типичной и атипичной гиперплазией связь между морфологическим вариантом патологического процесса и патогномичной клинической симптоматикой отсутствует. В структуре сопутствующих заболеваний у пациенток с наличием хронического эндометрита преобладают (по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией) воспалительные процессы органов малого таза, доброкачественные заболевания шейки матки, ГПЭ, что свидетельствует о выраженном системном характере патологии. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Клінічне значення анамнестичних особливостей при гіперпластичних процесах ендометрія Ю.П. Вдовиченко, Д.М. Гавришов

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнок із зазначенням в анамнезі посилають про високу частоту внутриматочних маніпуляцій і наявність хронічного ендометриту відносний ризик розвитку гіперплазії ендометрія в 11 і 10 разів вище, ніж в популяції, що свідчить про наявність вираженого причинно-наслідкового зв'язку між даними патологічними процесами і розвитком захворювання ендометрія. Будь-яке тривале порушення менструальної функції (> 2 років) підвищує ризик розвитку гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) в 6 разів, а за наявності ГПЕ в анамнезі ризик рецидиву збільшується в 2 рази. Поєднання ГПЕ і хронічного ендометриту має місце в 22,9% випадків, а в 15,2% спостережень діагностується хронічний ендометрит з реактивною гіперплазією. У пацієнок з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту і з реактивною гіперплазією, в порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипією, наголошується більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок із простою і складною типомовою і атипичною гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномичною клінічною симптоматикою відсутній. У структурі супутніх захворювань у пацієнок з наявністю хронічного ендометриту переважають (в порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, ГПЕ, що свідчить про виражений системний характер патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, клініка, анамнез.

Clinical value anamnestical features at hyperplastic processes of endometrium J.P. Vdovichenko, D.N. Gavryshov

Results of the spent researches testify that at patients with instructions in the anamnesis on high frequency intrauterine manipulations and presence chronic endometrite relative risk of development hyperplasia of endometrium in 11 and 10 times above, than in population that testifies to presence of the expressed relationship of cause and effect between the given pathological processes and disease development of endometrium. Any long infringement menstrual functions (> 2лет) raises risk of development of hyperplastic processes of endometrium in 6 times, and in the presence of hyperplastic processes of endometrium in the anamnesis the risk of relapse increases in 2 times. The combination of hyperplastic processes of endometrium and chronic endometrite takes place in 22,9% of cases, and in 15,2% of supervision is diagnosed chronic endometrite with jet гиперплазией. At patients with a combination of hyperplasia endometrium and chronic endometrite and with jet гиперплазия, in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia, earlier beginning and expressiveness of clinical symptoms of the disease which duration exceeds 2 years. At women with simple and difficult typical and atypical hyperplasia communication between a morphological variant of pathological process is marked and pathognomical clinical semiology is absent. In structure of accompanying diseases at patients with presence chronic endometrite prevail (in comparison with hyperplasia without atypia and with atypia) inflammatory processes of bodies of a small basin, good-quality diseases of cervix uterus, hyperplastic processes of endometrium that testifies to the expressed system character of a pathology. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: hyperplastic processes of endometrium, clinic, the anamnesis.

Сведения об авторах

Вдовиченко Юрий Петрович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmaro.edu.ua

Гаврюшов Дмитрий Николаевич – Луганский государственный медицинский университет МЗ Украины, 91045, г. Луганск, кв. 50-летия Обороны Луганска, 1; тел.: (067) 501-92-74. E-mail: dgavrushov@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы. – М.: Медпресс-информ, 2011. – С. 316–321.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб., 2012. – 540 с.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2010. – 768 с.
4. Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В., Литвинова Н.А. Современные подходы к терапии гиперпластических процессов эндометрия // Эффективная фармакотерапия. – 2011. – № 3. – С. 24–30.
5. Клиническая гинекология: Избранные лекции // Под. ред. проф. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – С. 315–324.
6. Michels T.C. Chronic endometritis // Am Fam Physician. – 2012. – Vol. 52, № 1. – P. 217–222.
7. Montgomery B.E., Daum G.S., Dunton C.J. Endometrial hyperplasia: a review // Obstet Gynecol Surv, 2012; 59: 368–378.

Статья поступила в редакцию 25.03.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ПЕРЕЛОМНЫЙ МОМЕНТ? ПОЛОВИНА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ ТЕПЕРЬ ВЫЖИВАЕТ

"Открытия были получены в результате анализа тенденций выживаемости, на основе данных о 7 млн пациентов с онкологическими заболеваниями, которым был поставлен диагноз между 1971 и 2011 годами в Англии и Уэльсе. Фонд Cancer Research UK заявил, что к 2030-м годам вполне реалистично надеяться на то, что не менее трех из каждых четырех онкологических больных будут жить еще 10 лет после постановки диагноза", - говорится в статье.

Благотворительная организация собирается увеличить свои затраты на исследования онкологических заболеваний, которые составляют 350 млн фунтов в год, на 50% в ближайшие 5-10 лет, заявил глава организации доктор Харпал Кумар. "Исследование будет главным образом направлено на поиск новых способов диагностики и лечения тех видов рака, ко-

торые имеют неизменно низкий процент выживаемости", - пишет издание.

Выживаемость больных раком поджелудочной железы за десять лет составляет всего 1%, и это единственное онкологическое заболевание, уровень смертности от которого все еще растет в Европе, отмечает автор.

"И, несмотря на резкое сокращение числа курильщиков с 1970-х годов, уровень смертности от рака легких все еще растет среди женщин и среди всех пациентов число выживающих в течение 10 лет составляет лишь 5%", - говорится в статье.

Профессор Майкл Коулмэн, руководитель группы, проводившей исследование для Cancer Research UK, отмечает, что выживание в течение 10 лет в большинстве случаев означает, что болезнь была побеждена.

"Представление о раке как смертном приговоре постепенно исчезает в нашей стране, слава Богу! - говорит он. - Его все еще считают смертным приговором во многих странах всего мира, до такой степени, что люди, которым поставили этот диагноз, не пытаются лечиться, потому что они с фатализмом воспринимают то, что они умрут... Именно с такими представлениями... помогут бороться эти данные".

"Поздний диагноз был одной из главных причин низкого процента выживаемости при некоторых видах рака, заявил он, в особенности тех, симптомы которых неспецифичны, например, постоянный кашель в случае рака легких, боль в горле при раке пищевода или головная боль при опухолях мозга", - говорится в статье. / Independent

<http://www.inopressa.ru>