

УНМ в условиях оказания экстренной специализированной медицинской помощи. Клинически обоснована целесообразность включения пункционной методики биопсии миометрия в программу обследования женщин с УНМ. С целью повышения эффективности дифференциальной диагностики данной патологии на этапе оказания экстренной специализированной медицинской помощи разработан и апробирован алгоритм принятия решений при поступлении пациенток этой категории в стационар. Разработанный алгоритм

позволяет достоверно установить причину развития УНМ у 98,5 % пациенток, диагностировать аденомиоз на ранних стадиях развития процесса у 27,9 % больных, сократить время от начала заболевания до постановки заключительного диагноза до 7–10 суток, что даёт возможность своевременно определить лечебную тактику в каждом конкретном случае, снизить частоту назначения гормональной терапии *ex juvantibus* на 55,3 %, уменьшить число гистерэктомий с 68,2 % до 38,4 % ( $p < 0,001$ ).

<sup>1</sup>Станоевич И.В., <sup>1</sup>Ищенко А.И., <sup>1</sup>Кудрина Е.А.,  
<sup>2</sup>Коган Е.А.

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии №1,

<sup>2</sup>кафедра патологической анатомии,

Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова,  
Россия

## ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫБОРА АБЛЯЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИПЕРПАЗИЯХ ЭНДОМЕТРИЯ

**Актуальность проблемы.** Гиперплазии эндометрия (ГЭ) являются значимой медико-социальной проблемой, разрешение которой приведет к снижению заболеваемости аденокарциномой эндометрия.

**Материал и методы.** 76 пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста (средний возраст  $43,4 \pm 6,7$  лет) с морфологически верифицированной гиперплазией эндометрия или аденокарциномой эндометрия составили основную группу, из них у 49 диагностирована простая гиперплазия эндометрия без атипии, у 16 — комплексная гиперплазия без атипии, у 8 — комплексная гиперплазия с атипией, у 3 высоко- и умереннодифференцированная аденокарцинома эндометрия. 22 пациентки без патологии эндометрия (средний возраст  $45,6 \pm 6,1$  лет) составили контрольную группу. Всем женщинам проведено клинко-лабораторное исследование, трансвагинальная эхография, гистероскопия с выскабливанием эндоцервикса и эндометрия, морфологическое исследование, которое в 41 случае (8 — контроль, 19 — простая гиперплазия, 6 комплексная гиперплазия без атипии, 5 — комплексная гиперплазия с атипией, 3 — аденокарцинома эндометрия) было дополнено иммуногистохимическим определением биомолекулярных маркеров (Ki-67, EGF, EGFR, VEGF, белка апоптоза, TGF- $\beta$ , P53, рецепторов эстрогенов и прогестерона).

**Результаты исследования.** Статистически достоверной разницы в характере жалоб, данных, полученных при физикальном исследовании, пациенток с ГЭ (основной группы) и без ГЭ (пациенток контрольной группы) не получено. У 76,1 % больных основной группы ГЭ сочеталась

с миомой матки и/или аденомиозом. У 56,1 % женщин процесс носил рецидивирующий характер. В основной группе у всех пациенток наблюдались отклонения от нормативных показателей в величине и/или структуре М-эхо. При гистероскопии у 71 пациентки основной группы были обнаружены признаки ГЭ, однако, у 5 пациенток, находящихся в ранней постменопаузе и предъявлявших жалобы на метроррагию, с величиной М-эхо менее 4 мм, достоверных признаков ГЭ не обнаружено. Гистероскопический диагноз ГЭ во всех случаях был подтвержден морфологически, однако, заключения об очаговости/диффузности процесса не совпадали в 27,6 % случаев. Статистически достоверная разница в экспрессии биомолекулярных маркеров обнаружена в ряду контроль (нормальный эндометрий фазы пролиферации) — простая гиперплазия — комплексная гиперплазия без атипии — комплексная гиперплазия с атипией — аденокарцинома эндометрия.

Так, простая гиперплазия характеризуется низким уровнем пролиферации (по экспрессии Ki — 67) и еще более низким уровнем апоптоза (по экспрессии белка апоптоза) по сравнению с контролем, что ведет к относительному преобладанию первой; утолщением эндометрия преимущественно за счет гипертрофии эпителия и стромообразования; усилением неоангиогенеза за счет механизмов, присущих нормальному эндометрию (EGF, EGFR), отсутствием экспрессии VEGF и P53. Комплексные гиперплазии характеризуются высоким очаговым уровнем пролиферации и апоптоза в условиях абсолютного преобладания первой; прогрессирующим нарастанием эпителиально-стромального соотношения, которое происходит как за счет гиперплазии

эпителия, так и за счет снижения стромообразования на фоне преобладания рецепторов эстрогенов над рецепторами прогестерона в клетках желез и обратной тенденции в клетках стромы; уменьшением доли стромы в условиях интенсивной пролиферации, которая приводит к развитию гипоксии (ишемии) эндометрия, стимулирующей подключение качественно новых механизмов неоангиогенеза в слизистой оболочке матки (появление и нарастание экспрессии VEGF от комплексной гиперплазии без атипии к раку эндометрия); экспрессией иммуногистохимически определяемого (мутантного) P53, которая происходит параллельно с появлением и прогрессированием морфологических признаков клеточной атипии.

**Выводы.** Выявленные иммуногистохимические особенности каждого морфологического ва-

рианта ГЭ позволяют говорить о необратимости облигатных предраковых изменений на молекулярном уровне при комплексных гиперплазиях эндометрия и, следовательно, о нецелесообразности выполнения абляции эндометрия при данном виде патологии. Иммуногистохимические характеристики простой гиперплазии говорят о меньших отклонениях от нормальной клеточной физиологии, что в случае рецидивирующего течения или неприемлемости побочных эффектов гормональной терапии (наличие противопоказаний, нежелание пациентки мириться с побочными эффектами) позволяет рекомендовать абляцию эндометрия. Таким образом, мы рассматриваем абляцию эндометрия как альтернативу гормональной терапии простой ГЭ у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста.

**Шалина М. А., Тарасова М. А., Рулев В. В.,  
Беженарь В. Ф.**

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени Д. О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

## ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Гистероскопия является ведущим методом диагностики внутриматочной патологии. Преимуществами офисной гистероскопии являются минимальная инвазивность процедуры и возможность ее проведения без обезболивания.

**Цель.** Оценить переносимость офисной гистероскопии пациентками при проведении ее без обезболивания.

**Материал и методы исследования.** Офисная гистероскопия проведена 13 больным в возрасте от 26 до 59 лет (в среднем  $38,0 \pm 10,5$  года). Показаниями для выполнения гистероскопии явились: подозрение на гиперплазию эндометрия по данным ультразвукового исследования; дисфункциональные маточные кровотечения; длительное бесплодие; подозрение на остатки плодного яйца после операции искусственного аборта. Госпитализация для проведения гистероскопии осуществлялась на один день. Гистероскопию проводили с помощью эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия), с использованием жесткого гистероскопа диаметром 2 мм. В качестве среды для расширения полости матки использовали 0,9 % физиологический раствор. Проведение гистероскопии 7 больным осуществлялось под внутривенной анестезией по причине запланированного последующего проведения раздельного диагностического выскабливания и 6 больным — без анестезиологического пособия. Учитывая небольшой диаметр гистероскопа рас-

ширения цервикального канала не выполнялось.

**Результаты.** У обследованных женщин гистероскопически диагностированы гиперпластические процессы эндометрия (у 7 больных) и цервикального канала (у одной женщины). Самочувствие женщин во время проведения гистероскопий без анестезии оставалось удовлетворительным, болевых ощущений не было. При диагностике гиперплазии эндометрий просматривался неравномерной толщины, различной окраски, от бледно-розового до ярко-красного цвета. Из-за выраженной складчатости устья маточных труб иногда не визуализировались. При гистологическом исследовании удаленной слизистой во всех случаях подтверждено наличие гиперпластического процесса (у одной пациентки — полип цервикального канала, у 3 — железистая гиперплазия, у 3 наблюдалось сочетание полипоза и гиперплазии эндометрия, у одной женщины — атипическая железистая гиперплазия эндометрия). Полипы эндометрия представляли собой выросты с четкими контурами, различной формы и величины. У двух женщин диагностирована субмукозная миома матки, причем у одной из них, гистероскопия выполнялась по подозрению на остатки плодного яйца. Субмукозные узлы в обоих случаях имели размеры до 1,5 см и представляли собой образования округлой формы белесоватого цвета с ровными, четкими контурами. Двум женщинам, обратившихся по поводу длительного бесплодия