

*Фалевич Е. В., Ковалёва Е. С.*

## **ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Кириллова Е. Н.*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** В настоящее время синдром гиперандрогении у женщин репродуктивного возраста является одной из наиболее частых причин бесплодия и нарушения менструальной функции. Изменение эндокринного статуса оказывает влияние на эндометрий как орган-мишень репродуктивной системы. Соответственно, оценка морфологии эндометрия и выявление специфических маркёров патологии эндометрия у женщин с синдромом гиперандрогении является актуальной задачей.

**Цель:** оценить морфофункциональное состояние эндометрия и выявить специфические маркёры патологии эндометрия у женщин с гиперандрогенией.

**Материалы и методы.** Был проведён ретроспективный анализ 84 медицинских карт пациенток, наблюдавшихся в клинике репродукции в 2018-2020 гг. и имевших диагноз «Бесплодие». Основным предметом исследования стали пациентки с гиперандрогенией. Данные эндокринные нарушения были выявлены у 18 (21,43%) из всех обследуемых женщин. Состояние эндометрия оценивалось с помощью ультразвукового, гистероскопического и иммуногистохимического исследований. Для обработки данных использовались программы Microsoft Excel 2016 и Statistica 10.0.

**Результаты и их обсуждение.** Возраст пациенток составил от 28 до 42 лет, в среднем –  $33 \pm 4,8$  года. Средняя длительность бесплодия составила  $5,5 \pm 1,2$  лет, что свидетельствует о длительных нарушениях репродуктивной функции. Частота первичного и вторичного бесплодия составили по 50%. Неудачные попытки ЭКО в анамнезе имели 88,89% женщин. Среди гинекологической патологии встречались: хронический эндометрит - 44%, миома матки - 22%, кисты яичников - 16,67%, кисты шейки матки - 11,11%, кисты молочных желез - 11,11%, цервицит - 11,11%, наружный генитальный эндометриоз - 5,56%. Среди эндокринных нарушений, помимо гиперандрогении, часто отмечалось наличие патологии щитовидной железы: аутоиммунный тиреоидит - 22,22%, гипотиреоз - 16,67%, узловой зоб (16,67%). Ановуляция была выявлена у 5,56% пациентов. В ходе ультразвукового исследования у женщин с гиперандрогенией были выявлены следующие нарушения структуры эндометрия: гипоплазия эндометрия - 21,74%, гиперплазия эндометрия - 4,35%. Неоднородная структура ткани была отмечена в 67,35% случаев.

В ходе морфологического исследования фрагментов эндометрия были выявлены: лимфоцитарная инфильтрация стромы - 100%, несоответствие ветвления желез фазе менструального цикла - 38,46%, псевдополиповидные выпячивания эндометрия - 12,5%, фолликулоподобные скопления лимфоцитов в строме - 6,25%.

В ходе иммуногистохимического исследования было выявлено, что количество CD138+ клеток в исследуемом материале, взятом в ходе гистероскопии или аспирационной биопсии эндометрия, составило более 5 клеток в 61% случаев, что свидетельствует о признаках хронического эндометрита.

**Выводы.** В структуре бесплодия гиперандрогения встречается в 21,43% случаев и приводит к развитию бесплодия не только за счёт нарушения эндокринной регуляции, но и за счёт морфофункциональных нарушений эндометрия. Наиболее частой патологией, сопутствующей гиперандрогении, является хронический эндометрит. Нарушение структуры и функции эндометрия могут являться ключевой причиной невозможности наступления беременности и неудач в циклах ЭКО. Исходя из вышеизложенного, имеется необходимость в исследованиях, направленных на раннее выявление патологии эндометрия у женщин с гиперандрогенией.