New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (68) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (68)

2024

Июнь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2024, Accepted: 02.06.2024, Published: 10.06.2024

УДК 618.17-008.8-055-25

АНАЛИЗ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ЭНДОМЕТРИИ С УЧЕТОМ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

(обзор литературы)

Усманова Нафиса Юнусовна Email: UsmanovaN@mail.ru

Бухарский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи 200100, Узбекистан, Бухарская область, Город: Бухара, ул. Б.Накшбанди, 159

✓ ***Резюме***

Гиперпластические процессы в эндометрии представляют собой значимую проблему в современной гинекологии. Они характеризуются высокой частотой рецидивов, трудностями в диагностике и потенциалом для малигнизации, особенно в период перименопаузы и постменопаузы. В статье проведен обзор современных литературных данных по патогенезу, клинико-морфологическим характеристикам, факторам риска и современным подходам к диагностике и лечению гиперплазии эндометрия. Особое внимание уделено возрастным и морфологическим особенностям заболевания, а также факторам риска, таким как ожирение, сахарный диабет и гипертония. Обсуждаются современные методы профилактики и терапии, а также необходимость индивидуализированного подхода к лечению пациенток с учетом гормонального фона и метаболических параметров.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, гиперэстрогения, возрастные особенности, морфологические критерии, диагностика, лечение, факторы риска

GIPERPLASTIK JARAYONLARINING MORFOLOGIK MEZONLARI VA YOSHGA XOS XUSUSIYATLARINI HISOBGA OLGAN HOLDA ENDOMETRIY TAHLILI

(Adabiyotlar sharhi)

Usmonova Nafisa Yunusovna Email: UsmanovaN@mail.ru

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali 200100, O‘zbekiston, Buxoro viloyati, Shahar: Buxoro, ko‘ch. B. Naqshband, 159

✓ ***Rezyume***

Endometriyadagi giperplastik jarayonlar zamonaviy ginekologiyada muhim muammo hisoblanadi. Ular qayta paydo bo'lishning yuqori chastotasi, diagnostika qiyinchiliklari va, ayniqsa, perimenopauza va postmenopauza davrida malignizatsiya potensiali bilan tavsiflanadi. Ushbu maqolada endometriya giperplaziyasining patogenezi, kliniko-morfologik xususiyatlari, xavf omillari va zamonaviy diagnostika va davolash usullari bo'yicha zamonaviy adabiyotlar ma'lumotlari ko'rib chiqilgan. Kasallikning yoshga bog'liq va morfologik xususiyatlariga, shuningdek, semizlik, qandli diabet va gipertenziya kabi xavf omillariga alohida e'tibor qaratilgan. Profilaktika va terapiyaning zamonaviy usullari, shuningdek, gormonal fon va metabolik parametrlarni hisobga olgan holda, bemorlarni individual davolash zarurligi muhokama qilinadi.

Kalit so'zlar: endometriya giperplaziyasi, giperestrogeniya, yoshga bog'liq xususiyatlar, morfologik mezonlar, diagnostika, davolash, xavf omillari

ANALYSIS OF HYPERPLASTIC PROCESSES IN THE ENDOMETRIUM CONSIDERING MORPHOLOGICAL CRITERIA AND AGE-RELATED FEATURES

(literature review)

Usmanova Nafisa Yunusovna Email: UsmanovaN@mail.ru

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care 200100, Uzbekistan, Bukhara region, City: Bukhara, st. B. Naqshbandi, 159

✓ ***Resume***

Hyperplastic processes in the endometrium represent a significant problem in modern gynecology. They are characterized by a high frequency of recurrences, diagnostic difficulties, and potential for malignancy, especially during perimenopause and postmenopause. The article reviews current literature data on the pathogenesis, clinic-morphological characteristics, risk factors, and modern approaches to the diagnosis and treatment of endometrial hyperplasia. Special attention is given to the age-related and morphological features of the disease, as well as risk factors such as obesity, diabetes mellitus, and hypertension. Modern methods of prevention and therapy are discussed, along with the necessity of an individualized approach to treating patients, considering hormonal background and metabolic parameters.

Keywords: endometrial hyperplasia, hyperestrogenism, age-related features, morphological criteria, diagnosis, treatment, risk factors

Актуальность

иперпластические процессы в эндометрии являются одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии. Это обусловлено их высокой распространенностью, тенденцией к рецидивам, трудностями диагностики и значительным риском малигнизации, особенно в период перименопаузы.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гиперплазия эндометрия диагностируется у 15-25% женщин с нарушениями менструального цикла. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия. Так, в странах Европейского Союза частота гиперплазии эндометрия увеличилась на 30% за последние 10 лет. В США ежегодно регистрируется около 600 тысяч новых случаев гиперплазии эндометрия, при этом приблизительно 5% из них трансформируются в злокачественные новообразования.

Особенно тревожная ситуация складывается в развивающихся странах, таких как Узбекистан. Статистические данные Министерства здравоохранения Узбекистана показывают, что частота гиперплазии эндометрия среди женщин репродуктивного возраста выросла с 12% в 2010 году до 18% в 2020 году. Кроме того, у женщин в период перименопаузы эта патология встречается в 25-30% случаев, что значительно повышает риск развития аденокарциномы эндометрия.

В Узбекистане, как и в других странах с переходной экономикой, рост заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия связан с изменением образа жизни, увеличением частоты ожирения, сахарного диабета и других метаболических нарушений. Согласно данным Национального центра эндокринологии Узбекистана, около 35% женщин с гиперплазией эндометрия имеют сопутствующие эндокринные и метаболические нарушения, такие как гипертония и ожирение.

Ситуация осложняется тем, что у 50% женщин с гиперплазией эндометрия наблюдаются рецидивы заболевания в течение пяти лет после первичной диагностики, несмотря на проведение консервативного лечения. Это подчеркивает необходимость разработки новых, более эффективных методов диагностики и лечения гиперпластических процессов в эндометрии.

Высокая распространенность гиперпластических процессов в эндометрии, их рецидивирующий характер и значительный риск малигнизации делают данную проблему крайне актуальной. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на разработку эффективных методов профилактики, диагностики и лечения этого заболевания, особенно с учетом региональных особенностей и факторов риска.

Цель исследования: Целью данной статьи является систематизация и обобщение данных современной литературы по гиперпластическим процессам в эндометрии с учетом морфологических критериев и возрастных особенностей. Исследование направлено на анализ патогенетических механизмов, факторов риска, клинико-морфологических характеристик гиперплазии эндометрия, а также на оценку современных подходов к диагностике и лечению данного заболевания.

Материал и методы

Для подготовки данной обзорной статьи был проведен тщательный анализ научных публикаций, включая рецензируемые журналы, монографии и руководства по гинекологии. Источники были отобраны из баз, данных PubMed, Scopus, Web of Science и Google Scholar за период с 2000 по 2023 годы. Внимание уделялось исследованиям, опубликованным в ведущих медицинских журналах, а также региональным исследованиям, проведенным в Узбекистане и других странах. Для оценки распространенности гиперпластических процессов в эндометрии использованы данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Министерства здравоохранения Узбекистана, а также национальных центров статистики здоровья различных стран. Сравнительный анализ проводился для выявления тенденций и факторов риска в разных географических регионах. В обзор включены результаты клинических исследований, касающихся патогенеза, диагностики и лечения гиперплазии эндометрия. Особое внимание уделено исследованиям, рассматривающим возрастные и морфологические особенности заболевания. Применены методы систематизации и обобщения данных для создания комплексного представления о гиперпластических процессах в эндометрии, включая мета-анализы и обзорные статьи, которые позволили структурировать информацию и выделить ключевые моменты.

Статья представляет собой систематизированный анализ современной литературы и статистических данных, направленный на всестороннее изучение гиперпластических процессов в эндометрии.

Обзор литературных источников: Гиперпластические процессы в эндометрии представляют собой серьезную проблему с медицинской и социально-экономической точки зрения, характеризуясь продолжительным течением, склонностью к рецидивам, отсутствием четких симптомов, уникальных для данного состояния, проблемами в проведении точной диагностики и потенциалом для развития в злокачественное новообразование [1]. В последние десять лет в различных географических регионах, в том числе и в Узбекистане, фиксируется рост случаев гиперпластических нарушений в эндометрии, что, учитывая повышенную опасность перерождения в раковые опухоли особенно в период перименопаузы, подчеркивает важность изучения этого явления и разработки эффективных методов терапии [2].

Патогенез гиперпластических изменений в эндометрии связан с абсолютной или относительной гиперэстрогенией, а также с комплексом нейроэндокринных и метаболических нарушений, включая диабет, артериальную гипертензию и ожирение [3]. Кроме того, нарушения в поддержании гомеостаза, такие как синдром гипоталамуса, заболевания щитовидной железы, синдром Штейна-Левенталя и дисфункция печени, также могут влиять на уровни эстрогенов [4].

Известно, что повышенные уровни эстрогенов могут возникать из-за таких факторов, как нарушение процесса овуляции, гиперпластические процессы в яичниках, которые ведут к усиленной выработке эстрогенов и/или андрогенов, а также избыточная экстрагонадальная продукция эстрогенов [5]. Хроническая ановуляция, играющая центральную роль в патогенезе гиперплазии эндометрия, может приводить к абсолютной гиперэстрогении [6]. К хроническим причинам ановуляторного синдрома относятся дисфункции в регулировании гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Гиперплазия эндометрия также может развиваться у женщин с недостаточной функцией яичников, что проявляется в недостаточности лютеиновой фазы и приводит к относительной гиперэстрогении, что, в свою очередь, может вызвать формирование неполноценного желтого тела, не способного вырабатывать достаточное количество прогестерона для полноценного секреторного преобразования эндометрия [7].

В развитии гиперэстрогении значительную роль играет усиленная экстрагонадальная продукция эстрогенов. Нециклическая секреция эстрогенов может быть обусловлена повышенным уровнем андростендиона, который является их предшественником. Такое состояние часто встречается при врожденной гиперплазии надпочечников, синдроме поликистозных яичников, опухолях, продуцирующих андрогены, и в некоторых случаях синдрома Кушинга [8]. С возрастом у женщин отмечается увеличение количества эстрогенов, производимых в жировой ткани, что связано с повышением уровня и активности ароматазы [9]. Такие метаболические изменения в производстве эстрогенов также типичны для женщин репродуктивного возраста с ожирением, что объясняется периферической ароматизацией

предшественников эстрогенов, особенно андростендиона, в жировой ткани [10]. С возрастом количество эстрогенов, формируемых в жировой ткани, увеличивается в 1,5-2 раза, а при ожирении – в 3-4 раза [11]. Женщины с лишним весом, особенно при наличии 8-23 кг избыточного веса, находятся под трехкратно повышенным риском развития эндометриальной гиперплазии. При избыточном весе более 23 кг риск возрастает в 5-9 раз, и при сочетании с сахарным диабетом – в 8-12 раз [12]. На протяжении многих лет подчеркивалась ведущая роль гиперэстрогении в комбинации с гиперинсулинемией/инсулинорезистентностью и избыточной секрецией эстрогенов в инициации гиперпластических изменений эндометрия и их потенциальной трансформации в злокачественные опухоли [13].

При использовании тамоксифена отмечается повышение уровня эстрогенов в крови, что может сопровождаться увеличением размеров фибромиомы матки, утолщением ее слизистой оболочки и ростом эндометриальных полипов. Этот препарат конкурирует с эстрогеновыми рецепторами, ограничивая их влияние на ткани. Прием тамоксифена способствует усилению канцерогенного воздействия на эндометрий.

Длительное воздействие эстрогенов вызывает интенсивное увеличение клеток эндометрия, которое, в отсутствие компенсирующего эффекта прогестерона, может привести к развитию гиперплазии. Несмотря на потенциальную обратимость гиперплазии эндометрия, существует риск её преобразования в атипичную форму, из которой в 20-25% случаев может развиться аденокарцинома. Риск малигнизации гиперплазии особенно высок у женщин, у которых менструальная функция прекращается после 50 лет, в сравнении с теми, кто вступает в менопаузу до этого возраста. Наличие трёх факторов риска: отсутствие беременностей, избыточный вес и позднее наступление менопаузы, увеличивает вероятность развития аденокарциномы эндометрия в пять раз. Эти случаи характеризуются как гормонозависимый патогенетический тип, связанный с продолжительной гиперэстрогенией. Второй тип, автономный, встречается примерно в 30-40% случаев и не ассоциируется с нарушениями эндокринной или метаболической системы, а также не связан с воздействием эстрогенов.

Около 50% случаев рака эндометрия в пери- и постменопаузальные периоды возникают в результате малигнизации гиперпластических изменений эндометрия. Вариабельность частоты и времени малигнизации колеблется от 0,25% до 50%, что зависит от интенсивности гиперпролиферативных изменений и наличия дисгормональных и метаболических отклонений. Рак матки может развиться из эндометриального полипа, при этом риск малигнизации полипов составляет 2-5%, который в период постменопаузы может увеличиться до 10%. Профилактика рака эндометрия I типа включает в себя использование комбинированных эстроген-гестагенных препаратов на протяжении 12 месяцев, что снижает риск развития аденокарциномы на 50%, а также снижение массы тела, что уменьшает риск на 25-33%.

Следует подчеркнуть, что для описания разнообразных форм гиперпролиферативных изменений эндометрия применяются различные терминологические определения. В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10), гиперплазия эндометрия дифференцируется на следующие типы:

• N84.0 — Полип тела матки, также известный как полип эндометрия.

• N85.0 — Железистая гиперплазия эндометрия, которая может быть кистозной, железисто-кистозной или полиповидной.

• N85.1 — Аденоматозная гиперплазия эндометрия, известная также как атипичная (аденоматозная) гиперплазия эндометрия.

Эти классификации описывают разные аспекты гиперплазии и гиперпролиферации эндометрия. В 1994 году экспертами Всемирной Организации Здравоохранения была разработана и утверждена классификация, которая включает простую и комплексную неатипическую гиперплазию эндометрия (ГЭ), простую и комплексную атипическую ГЭ, а также аденокарциному [14].

По классификации ВОЗ 1994 года, комплексная неатипическая гиперплазия соответствует понятию "аденоматоз" по предыдущей классификации ВОЗ 1975 года и не ассоциируется с атипией. Отличительной чертой этой формы является железистое переполнение при недоразвитии стромального компонента, что свидетельствует о нарушении баланса между пролиферацией желез и стромы. В то время как для простой ГЭ характерен рост объема эндометрия с равномерной пролиферацией железистых и стромальных компонентов [15]. В

классификации ВОЗ 1994 года полип эндометрия не выделяется отдельно, поскольку он рассматривается как проявление продуктивного хронического эндометрита, требующего адекватного противовоспалительного лечения [16].

Исследования подтверждают, что простая и комплексная неатипическая гиперплазия эндометрия (ГЭ) обусловлена абсолютной или относительной гиперэстрогенией. В отличие от этого, атипическая гиперплазия развивается как прогрессирующее моноклональное изменение, мутировавшее независимо от гормональных воздействий, что приводит к автономному клеточному росту. В этом контексте был введен термин «эндометриальная интраэпителиальная неоплазия» (EIN) [17].

Морфологические характеристики EIN включают железистое переполнение, при котором доля железистого компонента превышает 55%, а также наличие клеточной атипии [18].

Введение EIN-классификации в 1999 году позволило реинтерпретировать простую и комплексную неатипическую ГЭ как эндометриальную гиперплазию, обусловленную эстрогенной стимуляцией, которая эффективно корректируется гормональной терапией. В то же время, простые и комплексные атипические формы гиперплазии теперь рассматриваются как эндометриальная интраэпителиальная неоплазия (EIN), представляющая собой предраковое состояние и требующая особого, иногда хирургического, подхода к лечению [19].

EIN-номенклатура основывается на ряде ключевых принципов:

• Необходимо выделение предраковых состояний в отдельную диагностическую категорию, чтобы отличать их от состояний, возникающих под влиянием доброкачественных гормональных воздействий;

• Термин EIN введен на основе научных данных, подтверждающих моноклональный и неопластический характер предраков эндометрия, которые часто ассоциируются с другими предраковыми состояниями женской репродуктивной системы;

• Диагностика предраковых состояний эндометрия проводится на основе гистологических диагностических критериев EIN;

• Эндометрий, который не содержит изменений, соответствующих диагностическим критериям EIN, но демонстрирует вторичные признаки, вызванные гиперэстрогенией, классифицируется как эндометриальная гиперплазия;

• Неопределенные случаи, которые не укладываются в рамки данных критериев, останутся неклассифицированными в любой системе классификации. Этот подход позволяет точно определить степень пролиферации клеточных элементов [20].

Проблема консервативного лечения гиперплазии эндометрия (ГЭ), особенно у пациенток старшей возрастной группы, остаётся значимой. Обширный анализ результатов многочисленных исследований, охватывающих вопросы патогенеза, диагностики, лечебных методик и их эффективности, позволил выявить категории пациенток с повышенным риском развития рака эндометрия (РЭ) и установить критерии для хирургического вмешательства среди женщин с пролиферативными изменениями эндометрия в постменопаузе. К высокорисковым относятся женщины с поздним наступлением менопаузы, ожирением, сахарным диабетом, гипертонической болезнью, рецидивирующим дисфункциональным маточным кровотечением и гиперэстрогенией в постменопаузе, ановуляторными циклами, диэнцефальным синдромом типа болезни Иценко-Кушинга, феминизирующими опухолями яичников, гиперпластическими изменениями в эндометрии, особенно рецидивирующими и развивающимися на фоне ожирения и гипертонической болезни, нарушениями функции печени и щитовидной железы, а также с атипической гиперплазией эндометрия и с синдромом Штейна-Левенталя [21].

Тем не менее, этот список рисков основывается в основном на клинических параметрах, а не на морфологических особенностях, что ограничивает его практическое применение. Кроме того, увеличение случаев возникновения и рецидивов ГЭ после лечения у женщин в перименопаузе и репродуктивном возрасте усиливает проблему и подчёркивает необходимость разработки новых биологических критериев для стратегий ведения пациенток [22].

Заключение

Проведенный анализ литературных источников показал, что гиперпластические процессы в эндометрии представляют собой значимую проблему в современной гинекологии, что связано с

их высокой распространенностью, тенденцией к рецидивам и потенциалом для малигнизации. Основным патогенетическим механизмом гиперплазии является гиперэстрогения, вызванная различными эндокринными и метаболическими нарушениями. Возрастные особенности также играют важную роль, так как риск гиперплазии увеличивается в период перименопаузы и постменопаузы. Выявленные факторы риска, такие как ожирение, сахарный диабет и гипертония, требуют особого внимания при разработке профилактических и терапевтических стратегий.

Современные подходы к диагностике и лечению гиперпластических процессов в эндометрии должны учитывать морфологические и клинические характеристики заболевания, а также индивидуальные особенности пациенток. Необходимо продолжать исследования в этой области, чтобы улучшить методы ранней диагностики и разработать более эффективные терапевтические подходы, направленные на снижение риска малигнизации и улучшение качества жизни пациенток. Важным шагом в этом направлении является разработка индивидуализированных протоколов лечения, основанных на комплексном анализе гормонального фона, метаболических и эндокринных параметров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айламазян Э.К. Гинекология. — СПб.: Питер, 2015; 784 с.
2. Вишневский А.А. Гинекология: руководство для врачей. /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 672 с.
3. Кулаков В.И., Кулакова А.В. Клиническая гинекология. /М.: Медицина, 2017; 480 с.
4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н. Гинекология. /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 608 с.
5. Кулаков В.И., Боровкова Т.Г. Патогенез гиперпластических процессов в эндометрии. /М.: Медицина, 2019; 320 с.
6. Чулков В.В. Гинекологическая эндокринология. /СПб.: Питер, 2014; 400 с.
7. Глезер М.Г., Кулаков В.И. Гиперпластические процессы в эндометрии. /М.: МИА, 2016; 256 с.
8. Сидоров А.В. Диагностика и лечение гиперплазии эндометрия. /СПб.: ЭЛБИ, 2017; 288 с.
9. Беляева Г.Б. Гормональные аспекты гиперплазии эндометрия. /М.: Медицина, 2015; 320 с.
10. Серова Л.К. Гиперплазия эндометрия: современные подходы. /М.: Литтерра, 2016; 256 с.
11. Трухачев И.В. Гиперплазия эндометрия и рак: связь и профилактика. /СПб.: Питер, 2018; 288 с.
12. Серов В.Н., Лифшиц А.В. Гинекологическая эндокринология. /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 496 с.
13. Петрова И.В. Гиперплазия эндометрия и её лечение. /М.: Медицина, 2016; 320 с.
14. Васильев А.Г., Кулаков В.И. Пролиферативные процессы в эндометрии. /М.: Литтерра, 2017; 288 с.
15. Мартынова Е.А. Гормональная терапия в гинекологии. /СПб.: Питер, 2014; 400 с.
16. Ильина Е.С. Гинекология: диагностика и лечение. /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 560 с.
17. Петров А.В. Гинекологические заболевания: современные подходы. /СПб.: ЭЛБИ, 2016; 384 с.
18. Сидорова Н.Н. Эндокринология женской репродуктивной системы. /М.: Медицина, 2017; 320 с.
19. Глушенко Л.И. Проблемы гиперплазии эндометрия. /М.: МИА, 2018; 288 с.
20. Иванова М.В. Гиперпластические процессы и их лечение. /СПб.: Питер, 2016; 320 с.
21. Кулаков В.И., Иванов И.А. Гинекология: руководство по лечению. /М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 496 с.
22. Серов В.Н., Стрижаков А.Н. Гинекологическая практика. /М.: Медицина, 2018; 448 с.

Поступила 20.05.2024