



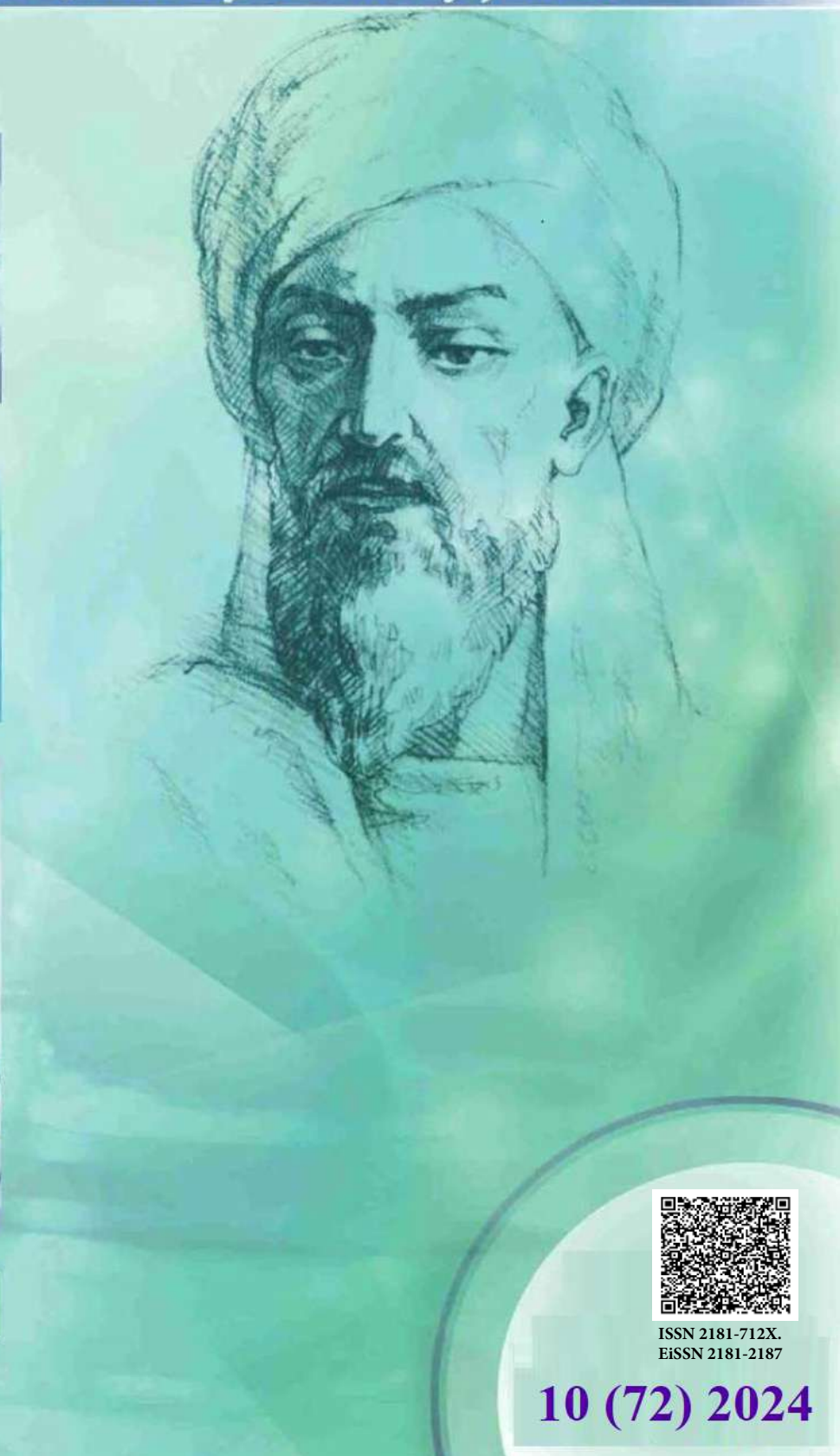
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (72) 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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

10 (72)

2024

октябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2024, Accepted: 02.10.2024, Published: 10.10.2024

УДК 618.14-006.6-007.61-008.9.

ГОРМОНАЛЬНО-МЕТОБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Акбарова М.А. Email: docmaftunahon@gmail.com
Мамарасулова Д.З. Email: dilya2580059@gmail.com

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

Данная статья посвящена гормонально-метаболическим особенностям течения рака эндометрия у женщин с метаболическим синдромом. На основании анализа клинко-лабораторных данных было проведено сравнительное изучение возрастных особенностей течения и прогноза рака эндометрия, определено риск неблагоприятных прогностических факторов и вариантов проведенного лечения с учетом клинко-морфологических данных. Был накоплен клинический материал, с заболеваниями рака эндометрия. В связи с этим, разработка оптимальных программ комбинированного и комплексного лечения рака эндометрия с учетом возраста, клинко-морфологических факторов и гормональной чувствительности является актуальной проблемой современной онкогинекологии.

Ключевые слова: Рак эндометрия (РЭ), Метаболический синдром (МС), гиперинсулемия, гиперпрогестеронемия, комбинированное лечение

HORMONAL-METABOLICAL FEATURES OF ENDOMETRIAL CANCER COURSE IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

Akbarova M.A. Email: docmaftunahon@gmail.com
Mamarasulova D.Z. Email: dilya2580059@gmail.com

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Tel:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Resume

This article is devoted to hormonal-metabolic features of the course of endometrial cancer in women with metabolic syndrome. Based on the analysis of clinical and laboratory data, a comparative study of age-related features of the course and prognosis of uterine cancer was conducted, the risk of unfavorable prognostic factors and treatment options were determined taking into account clinical and morphological data. Clinical material was accumulated with endometrial cancer diseases. In this regard, the development of optimal programs for combined and comprehensive treatment of endometrial cancer, taking into account age, clinical and morphological factors and hormonal sensitivity, is a pressing problem in modern oncogynecology.

Key words: Endometrial cancer (EC), Metabolic syndrome (MS), hyperinsulinemia, hyperprogesteronemia, combined treatment

МЕТАБОЛИК СИНДРОМЛИ АЁЛЛАРДА ЕНДОМЕТРИЯЛ САРАТОН КУРСИНИНГ ГОРМОНАЛ ВА МЕТОБОЛИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Акбарова М.А. Email: docmaftunahon@gmail.com
Мамарасулова Д. З. Email: dilya2580059@gmail.com

Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1
Тел: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ Резюме

Ушбу мақола аёлларда эндометрий саратони метаболик синдроми гормонал ва метаболик хусусиятларига бағишланган. Клиник ва лаборатория маълумотларини таҳлил қилиш асосида эндометрий саратони кечиши ва прогнозининг ёшига боғлиқ хусусиятларини қиёсий ўрганиш ўтказилди, клиник ва морфологик маълумотларни ҳисобга олган ҳолда салбий прогностик омиллар ва даволаш усуллари хавфи аниқланди. Клиник материал эндометрий саратон касалликлари билан тўпланган. Шу муносабат билан бачадон танаси саратонини ёши, клиник ва морфологик омиллар ва гормонал сезгирликни ҳисобга олган ҳолда комплекс даволаш учун мақбул дастурларни ишлаб чиқиш замонавий онкогинекологиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади.

Калит сўзлар: Эндометриал саратон (РЕ), метаболик синдром(МС), гиперинсуленемия, гиперпрогестеронемия, комбинацияланган даволаш

Актуальность

Рак тела матки, относится к группе гормонозависимых опухолей женской репродуктивной системы. В США рак тела матки является первой по распространенности локализации среди опухолей женских гениталий. За последние 20 лет заболеваемость раком молочной железы и раком эндометрия увеличилось в России в два раза[5] Подобная тенденция отмечается в Швеции, Италии, Великобритании и во Франции (Di Saia, Creasman, 1992).

Рак эндометрия (РЭ), по данным мировой статистики, занимает лидирующие позиции в структуре онкогинекологической заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. По данным М. И. Давыдова, Е. М. Аксель (2009), за период с 1996 по 2007 г. увеличилась доля больных с выявленными I—II стадиями процесса (61,6 %) и одногодичная летальность снизилась до 11,5 %. Больные с III и IV стадиями опухолевого процесса составляют 25,4 % и 11,9 % соответственно. РЭ в структуре злокачественных новообразований женского населения России занимает IV место при анализе всех возрастных рангов, при этом в возрастной группе от 40 до 54 лет — III место.

По данным FIGO (международная федерации гинекологов и акушеров), 5 – летняя выживаемость среди 19 402 наблюдений из 113 ведущих гинекологических и онкологических центров составила 69,7% (Pettersen, 1996), что диктует необходимость усовершенствования методов ранней диагностики и лечения рака эндометрия.

Рак эндометрия характеризуется гетерогенной природой, что проявляется на уровне как факторов риска, так и патогенеза. При этом эндокринные элементы составляют важную часть общей картины и взаимодействуют с комплексом молекулярно-генетических и иных факторов, чем должны определяться особенности формирования групп риска и путей профилактики данного заболевания [9, 10].

В настоящее время сформулирована концепция метаболического синдрома Х, согласно которой ожирение, преимущественно андроида типа, артериальная гипертензия, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе являются звеньями единой цепи обменных расстройств, ведущим звеном в которой является инсулинорезистентности 70 и компенсаторная гиперинсулинемия. Частота метаболического синдрома у взрослого населения составляет 15-20% [7, 8, 11]. Больные с метаболическим синдромом в большей степени, чем в популяции в целом, предрасположены к развитию ряда злокачественных новообразований [12].

Риск возникновения РЭ на фоне метаболического синдрома возрастает в 2—3 раза. Это обусловлено усугублением инсулинорезистентности, возрастанием продукции андрогенов яичниками, формированием стойкой ановуляции и, как следствие, прогрессированием патологических изменений в эндометрии [6]. Прогрессирование обменных нарушений может приводить к формированию или утяжелению сопутствующей экстрагенитальной патологии. При метаболическом синдроме отмечается накопление продуктов углеводного обмена, а также происходит изменение метаболизма стероидов и увеличивается соотношение эстрогены/андрогены [4].

В своих работах Чернышева А.Л. определила, что частота возникновения рака эндометрия на фоне метаболического синдрома возрастает в 2—3 раза, что обусловлено усугублением инсулинорезистентности, возрастанием продукции андрогенов яичниками, формированием стойкой ановуляции, вследствие чего происходит прогрессирование патологических изменений

в эндометрии и отмечается накопление продуктов углеводного обмена, обладающих антипролиферативным действием. Роль ожирения как фактора риска возникновения рака тела матки в репродуктивном возрасте более значима, чем в менопаузе. [11]. Ученые считают то, что основными причинами роста заболеваемости раком эндометрия принято считать не только увеличение продолжительности жизни женщин, увеличение длительности репродуктивного периода, но и значительное увеличение частоты нейроэндокринных расстройств и болезней цивилизации [12].

Цель исследования: изучить гормонально-метаболические особенности течения рака эндометрия у женщин с метаболическим синдромом

Материал и методы

Работа выполнялась на базе Андижанского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра Онкологии и Радиологии. В целях изучения течения рака эндометрия у женщин с метаболическим синдромом нами были исследовано 100 женщин в возрасте от 35 до 85 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении онкогинекологии на базе Андижанского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра Онкологии и радиологии с 2020 по 2023гг.

Материалом для изучения методов обследования явились амбулаторные карты, исследования, истории болезни, результаты гистологических и цитологических исследований, данные исследования крови на онкомаркеры.

Всем больным проводилось обследование по разработанной карте комплексного обследования, включающей оценку общесоматического, антропометрического и гинекологического статуса, анализ сопутствующей патологии и экстра генитальных заболеваний, а также наследственной патологии. Для верификации морфологического состояния эндометрия на первом этапе проводилась гистероскопия с биопсией эндометрия с последующим раздельным диагностическим выскабливанием с гистологическим исследованием биоптата и соскоба.

В общей сложности были обработаны данные обследований 100 больных с РЭ. Первую подгруппу составили 50 больные РЭ на фоне метаболического синдрома (МС), во вторую подгруппу вошли 50 пациентки с РЭ без метаболических расстройств. Объемы диагностики и лечения больных РЭ соответствовали рекомендуемым алгоритмам объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований, утвержденных Министерством здравоохранения РУ.

В таблице 1 приведена возрастная характеристика больных РЭ на фоне метаболического синдрома и раком эндометрия без метаболического синдрома .

Таблица 1.

Характеристика возрастных особенностей больных РЭ

Возраст	35-44	45-54	55-64	65-74	Старше 75
Количество	7	25	45	17	6
%, n-100	7%	25%	45%	17%	6%

Возраст больных этих подгрупп колебался от 35 до 85 лет и в среднем составил $53,24 \pm 0,64$ года.

Стадия заболевания уточнялась по данным клинического и морфологического исследования в соответствии с международными классификациями FIGO (1992) и TNM (1998).

Таблица 2.

Периоды	Количество больных	%, n-100	Средний возраст, лет
Репродуктивный период	3	3%	35-40
Пременопауза	77	77%	50-65
Постменопауза	20	20%	65-80

Анализ удельного веса возрастных периодов, обследованных больных показал, что в группы больных как РЭ преимущественно больные перименопаузального периода (77%), в постменопаузе находились соответственно 20%, тогда как в репродуктивном периоде было соответственно 3% больных.

Все больные раком эндометрия в зависимости от наличия МС были разделены на две группы и соответствовали критериям включения больных в исследования:

Критерии включения пациенток в обследование:

- наличие гиперпластического процесса эндометрия по данным гистероскопии и гистологического исследования соскоба эндометрия;
- наличие метаболического синдрома (МС) по критериям IDF;
- согласие пациентки на участие в исследовании.

Таблица 3.

Характеристика параметров гормонального статуса у больных РЭ на фоне метаболического синдрома (М±т).

Показатели	I группа (РЭ + МС)	II группа (РЭ)
ЛГ, ЕД/мл	16,3±3,6	15,11±3,3
ФСГ, ЕД/мл	40,86±10,59*	64,66±17,5
ЛГ/ФСГ	0,39±0,035	* 0,26±0,069
ПрЛ, нг/мл	7,32±2,19*	4,71±3,34
Эстрадиол, нмоль/л	174,9±40,35	171,86±32,7
Прогестерон, нг/мл	0,523±0,05	0,55±0,1
Тестостерон, нг/мл	1,79±0,57*	1,05±0,17

Примечание: * — достоверность различий по сравнению с пациентками РЭ без МС, $p < 0,05$; ЛГ — лютеинизирующий гормон; ФСГ — фолликулостимулирующий гормон; ПрЛ — пролактин; МС — метаболический синдром.

Таким образом, при анализе особенностей гормонального статуса выявлено, что у больных РЭ с метаболическим синдромом отмечались гипертестостеронемия в 66%, гипопрогестеронемия в 72%, гиперпролактинемия в 58%, снижение базального уровня ФСГ, с повышением индекса ЛГ/ФСГ по сравнению с больными без метаболических нарушений.

Таблица 4.

Характеристика уровня гормонов метаболического баланса у больных раком эндометрия с нарушенным МС (М±т).

Показатели	I группа (РЭ + МС)	II группа (РЭ)
Инсулин, мМЕ/мл	35,88±5,29*	14,28±3,56
Лептин, нг/мл	90,16±38,6*	16,41±2,10
Грелин, нг/мл	105,74±46,9	104,9±33,88

Примечание: * — достоверность различий по сравнению с пациентками РЭ без МС, $p < 0,05$

Как видно из представленных данных, уровень инсулина был в 2,5 раза больше в группе РЭ с метаболическим синдромом по сравнению с РЭ без метаболических нарушений. В группе больных РЭ на фоне метаболического синдрома уровень лептина был в 6 раз выше, чем в группах РЭ без метаболического синдрома. При этом отмечался большой диапазон колебания лептина у больных в группе РЭ с метаболическим синдромом от 21,65 до 120, 67 нг/мл. Содержание грелина натощак в исследуемых группах статистически значимо не различалось.

Таким образом, для больных РЭ на фоне метаболического синдрома характерна высокая частота гиперинсулинемии, гиперлептинемии, тогда как показатели грелина во всех группах были в среднем идентичны.

Больным обеих групп проводили комплексное лечение, включающее неоадьювантную химиотерапию с последующими радикальными операциями и/или химиолучевой терапией. В зависимости от способа проведения неоадьювантной химиотерапии были выделены классическая схема (доксорубицин + цисплатин; паклитаксел + цисплатин). Проведен анализ

методов лечения, которыми были пролечены больные РЭ с метаболическим синдромом и без него, результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Методы лечения больных РЭ с метаболическим синдромом

Методы лечения	I группа (РЭ + МС)		II группа (РЭ)	
	N	%	N	%
Хирургический	8	16%	3	6%
Комбинированный	38	72%	44	78%
СЛТ	4	8%	3	6%

Таким образом, подавляющее количество больных РЭ обеих подгрупп получали комбинированное лечение в полном объеме (72%). Больным РЭ in situ и Ia стадией было проведено только хирургическое лечение (16% и 6%, соответственно). Часть больных, у которых имелась выраженная сопутствующая патология (8% и 6%, соответственно) получали курс сочетанной лучевой терапии по радикальной программе.

Полученные результаты согласуются с данным литературы о частоте послеоперационных осложнений при комбинированном лечении РЭ. В подгруппе больных РЭ на фоне метаболического синдрома общее число послеоперационных осложнений составило 45 и возникло у 35 (46%) пациенток. В подгруппе больных РЭ без метаболических нарушений общее количество послеоперационных осложнений было 20 и возникли они у 16 (27%) больных. В обеих подгруппах наиболее частым послеоперационным осложнением было нагноение послеоперационной раны (26% и 8%, соответственно). Необходимо отметить, что у части пациенток было отмечено сочетание нескольких послеоперационных осложнений (13% и 1%).

Выводы

Статистически значимыми факторами трехлетней безрецидивной выживаемости у больных РЭ на фоне метаболического синдрома явились стадия заболевания, степень дифференцировки, уровень лептина, ИМТ.

1. У больных РЭ с нарушенным метаболическим синдромом выявлена в 72% гипопрогестеронемия, в 66% — гипертестостеронемия, в 82% — гиперинсулинемия, в 88% — гиперлептинемия. Отмечается снижение базального уровня ФСГ до $40,86 \pm 9,59$ ЕД/мл, с повышением индекса ЛГ/ФСГ до $0,39 \pm 0,035$, по сравнению с больными РЭ без метаболических нарушений.

2. У больных РЭ на фоне метаболического синдрома выявлено достоверное увеличение продолжительности периода предоперационной подготовки $18 \pm 5,1$ дней, частоты послеоперационных осложнений 36%, интервала между оперативным лечением и лучевой терапией $23 \pm 5,2$ дней, частоты ранних лучевых реакций 54%, и поздних лучевых повреждений 26%, по сравнению с больными РЭ без метаболических нарушений ($4 \pm 1,4$ дней; 14%; $12,4 \pm 3,1$ дней; 29%; 12%, соответственно).

3. Общая трехлетняя (96%) и безрецидивная (92%), а также общая пятилетняя выживаемость (78%) у больных РЭ на фоне метаболического синдрома достоверно не отличались от таковых у больных РЭ без метаболических нарушений (91%; 82% 89% соответственно). Безрецидивная пятилетняя выживаемость была достоверно хуже у больных РЭ на фоне метаболического синдрома (68%) по сравнению с больными РЭ без метаболических нарушений (78,5%), ($p < 0,05$).

При формировании групп повышенного риска по развитию РЭ у больных с нарушенным метаболическим синдромом необходимо учитывать анамнестические, антропометрические, иммуногистохимические параметры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Залесский, В.Н., Апоптоз адипоцитов и механизмы лептин зависимой регуляции ожирения и избыточной массы тела (состояние, проблемы и перспективы). [Текст]: В.Н.Залесский, Н.В.Великая - Проблемы питания 2004;3:26-33.
2. Васильев А.Д., Мерабишвили В.М. Тр. 10-го Росс. Онкол. Конгр. /М.: 2006; С.32-35.
3. Чернобровкина А.Е., Гамаюнова В.Б. и др. // Вопросы онкологии 2003;49(2):152-155.
4. Александровский Я.А. и др., 2002; Дедов И.И., 2004; Задионченко В.С. и др., 2005, Берштейн Л.М. и др., 2007; Коломиец Л.А. и др., Александровский, Я.А. Молекулярные механизмы взаимовлияния патологических процессов при совместном протекании сахарного диабета и рака. Научные и клинические аспекты [Текст] //Биохимия. 2002;67(12):1611-1631.
5. Анцифоров М.Б., 2000; Reusch J.E.B., 2002; Esposito K. et al., 2012 Анцифоров, М. Б. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа. [Текст]: М.Б. Анцифоров ; под ред. академика РАМН И. И. Дедова. - М. : 2000; С. 53-61.
6. Анцифоров М. Б. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа. Текст. : М.Б. Анцифоров ; под ред. академика РАМН И. И. Дедова. /М.: 2000; С. 53-61.
7. Ашрафян Л.А. Гинекологические аспекты в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы Текст. : Л.А.Ашрафян, Е.Г.Новикова //Журн. акуш. и женских бол. 2001;1:27-33.
8. Берек Д.Г. Гинекология по Эмилю Новаку.- Пер. с англ.. /М.: Практика, 2002; 896 с.
9. Берштейн Л.М., 2000; Киселев В.И., 2006; Бочкарева Н.В., 2007; Артымук Н.В., Гуляева Л.Ф., 2008; Henderson В.Е., 2000. Берштейн, Л.М. Онкоэндокринология: традиции, современность и перспективы. Текст. : Л.М.Берштейн; Санкт-Петербург «Наука», 2004, 340с.
10. А.Д. Васильев, В.М. Мерабишвили // Тр. 10-го Росс. Онкол. Конгр.-М.: 2006; С.32-35.
11. Бутрова, С.А. Лечение ожирения: рекомендации для врачей. Текст. : М.Медицина, 2002; 21с.
12. Киселев В. И. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов Текст. : В.И. Киселев, А. А. Ляшенко М.: "Димитрейд График Групп", 2005; 348с,
13. Горделадзе А.С. Серозная папиллярная аденокарцинома эндометрия Текст. /А.С. Горделадзе, В.В. Андреев //Архив патологии. 2002;3:53-55.

Поступила 20.09.2024