



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

12 (74) 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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (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)

12 (74)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 618.145+ 616-079.4+ 616-08-035

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНОМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Дустова Н.К. Email: DustovaN@mail.ru
Курбонова Г.Р. Email: KurbonovaG@mail.ru

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Цель исследования - определить факторы риска развития гиперпластических осложнений в раннем репродуктивном возрасте.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленных целей и задач было организовано проспективное исследование, в рамках которого анализировалась эффективность лечения у 120 женщин репродуктивного возраста от 30 до 45 лет. Группа 1 включала 64 пациентки от 30 до 45 лет с миомой матки и гиперплазией эндометрия. Группа 2 состояла из 56 пациенток от 30 до 45 лет с гиперплазией эндометрия без миомы матки.

Вывод. Несмотря на успехи, достигнутые в изучении этиопатогенеза, новых методов диагностики и терапии ГПЭ, проблема лечения больных с данной патологией до настоящего времени остается далекой от своего решения. Все это диктует необходимость оптимизации тактики ведения больных с ГПЭ в ПМП, которая должна быть направлена не только на создание адекватных комплексных подходов прогнозирования развития и рецидивирования ГЭ, но и разработки единых протоколов ведения больных с данной патологией

Ключевые слова: гиперэстрогения, пролиферация, апоптоз

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

Dustova N.K., Kurbonova G.R.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The aim of the study is to determine the risk factors for the development of hyperplastic complications in early reproductive age.

Materials and research methods. To achieve the set goals and objectives; a prospective study was organized, within the framework of which the effectiveness of treatment in 120 women of reproductive age from 30 to 45 years was analyzed. Group 1 included 64 patients from 30 to 45 years with uterine myoma and endometrial hyperplasia. Group 2 consisted of 56 patients from 30 to 45 years with endometrial hyperplasia without uterine myoma.

Conclusion. Despite the successes achieved in the study of the etiopathogenesis, new methods of diagnostics and therapy of GPE, the problem of treating patients with this pathology remains far from being solved. All this dictates the need to optimize the tactics of managing patients with GPE in primary care, which should be aimed not only at creating adequate comprehensive approaches to predicting the development and recurrence of GE, but also developing unified protocols for managing patients with this pathology

Keywords: hyperestrogenism, proliferation, apoptosis

Актуальность

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) – это доброкачественный патологический процесс слизистой оболочки матки, характеризующийся пролиферацией (разрастанием) желез и увеличением железисто-стромального соотношения (соотношения железистых и стромальных клеток). Основной характерной чертой заболевания является разрастание внутреннего слоя матки – эндометрия, приводящее к утолщению и увеличению его объема.

Гиперпластические процессы эндометрия по-прежнему представляют огромную научную, медицинскую и социальную значимость с позиции частоты встречаемости, нарушений функций репродуктивной системы и отсутствия адекватных методов лечения [1,2,3]. Аномальные маточные кровотечения, являющиеся наиболее частым клиническим проявлением гиперплазии эндометрия, являются самой частой причиной обращения к гинекологу и стоят на втором месте среди гинекологических проблем, связанных с направлением женщины на госпитализацию [4,5]. Вопросы лечения больных с гиперплазией эндометрия охватывают широкий спектр консервативных и хирургических методов. Однако, молодые женщины, желающие сохранить свою репродуктивную функцию (при отсутствии клеточной атипии), актуальна консервативная терапия, среди которой ведущее место занимает гормональная. В связи с этим, гормональное воздействие на гиперплазированный эндометрий не утратило своего клинического значения. Гиперплазия эндометрия, как известно, является следствием абсолютной или относительной гиперэстрогении и дефицита прогестерона, что приводит к избыточному (неконтролируемому) клеточному делению и снижению апоптоза [6,7].

Классической терапией при гиперплазии эндометрия (ГЭ), в качестве противодействия эстрогенному влиянию, является введение прогестинов. Прогестерон оказывает антипролиферативное действие на митотическую активность эндометриальных клеток. Прогестины снижают количество эстрогеновых рецепторов и ускоряют их катаболизм, стимулируя 17-бета-гидроксистероиддегидрогеназу и сульфотрансферазу, и таким образом снижают доминирование эстрогенов в гормональном фоне, приводящее к гиперплазии эндометрия [8].

В настоящее время, на основе анализа работы гинекологических стационаров, важно разработать основы определения врачебной стратегии при лечении ГЭ в отношении выбора консервативного метода лечения женщин репродуктивного возраста. В этом направлении перспективным видится учет психосоматических расстройств, частота которых составляет от 30% до 57% от общего количества женщин, обращающихся в женские консультации [10,11]. Гиперпластические процессы в эндометрии представляют собой большую группу гистологических изменений желез и стромы эндометрия, являющиеся основой формирования неопластических процессов в матке. Одним из наиболее значимых факторов, с которым напрямую связывают риск развития данной патологии, является перименопаузальный период, когда повышается частота гормонально-зависимой патологии. Гиперпластические процессы в эндометрии служат одной из наиболее частых причин маточных кровотечений и госпитализации в стационар. Вопрос о риске развития злокачественной трансформации ГЭ остается открытым [1,2]. По данным отечественных и зарубежных исследований, степень риска малигнизации различных вариантов ГПЭ определяется морфологическим состоянием эндометрия и зависит, в первую очередь, от выраженности клеточного атипизма и в меньшей степени от возраста, состояния яичников, сопутствующих эндокринных заболеваний и других факторов [4]. Доказано, что гистопатологические и молекулярные изменения отражают возможный риск перехода ГЭ в РЭ.

Сложность этиопатогенеза ГПЭ создает значительные трудности в выборе методов лечения. Этим можно объяснить отсутствие единых рекомендаций по выбору лекарственного средства, дозе и оптимальной длительности его применения, которая часто является неадекватной, в связи с чем, приходится сталкиваться с рецидивами ГЭ [5]. Рецидивирующие маточные кровотечения, онкологическая настороженность при длительно существующих пролиферативных процессах на фоне сопутствующей патологии, диктуют необходимость применения более активной тактики ведения данного контингента больных [6]. Таким образом, несмотря на успехи, достигнутые в изучении этиопатогенеза, новых методов диагностики и терапии ГПЭ, проблема лечения больных с данной патологией до настоящего времени остается далекой от своего решения. Все это диктует необходимость оптимизации тактики ведения больных с ГПЭ в ПМП, которая

должна быть направлена не только на создание адекватных комплексных подходов прогнозирования развития и рецидивирования ГЭ, но и разработки единых протоколов ведения больных с данной патологией.

Цель исследования: явилось определением факторов риска развития гиперпластических осложнений в раннем репродуктивном возрасте.

Материал и метод исследования

Для реализации поставленных целей и задач было организовано проспективное исследование, в рамках которого анализировалась эффективность лечения у 120 женщин репродуктивного возраста от 30 до 45 лет.

Группа 1 включала 64 пациентки от 30 до 45 лет с миомой матки и гиперплазией эндометрия. У пациенток этой группы, несмотря на наличие миомы матки, развитие гиперплазии эндометрия не связано напрямую с присутствием миомы.

Группа 2 состояла из 56 пациенток от 30 до 45 лет с гиперплазией эндометрия без миомы матки. У этих пациенток отсутствие миомы позволяло оценить гиперпластические процессы в эндометрии без влияния этого фактора.

Контрольная группа включала 20 здоровых женщин в возрасте от 30 до 45 лет, у которых по данным ультразвукового исследования не было выявлено гиперпластических процессов или органических изменений эндометрия, таких как миома матки, полипы или аденомиоз. Эти женщины служили контрольной группой для сравнения с пациентками первых двух групп с целью выявления характерных изменений, связанных с патологией эндометрия (табл. 1).

Исследование проводилось на базе Ташкентской городской больницы №4 в отделении гинекологии с 2021 по 2023 годы. Перед началом лечебного курса у всех участниц были тщательно оценены клинические проявления заболевания, а также проведен анализ гормонального статуса. В частности, измерялись уровни таких гормонов, как эстрадиол, прогестерон, лютропин (ЛГ), фоллитропин (ФСГ) и пролактин в сыворотке крови.

При госпитализации женщин для участия в исследовании учитывались следующие критерии включения:

- Отсутствие онкологических заболеваний по первичным результатам обследования.
- Отсутствие эндокринной патологии, включая сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, ожирение, что позволяет исключить влияние этих состояний на гормональный фон и результаты лечения.
- Возраст от 30 до 45 лет, соответствующий позднему репродуктивному периоду.
- Отсутствие острых воспалительных процессов органов малого таза, обеспечивающее отсутствие внешних воспалительных воздействий на результаты исследования.
- Информированное добровольное согласие на участие в исследовании и на проведение всех необходимых лечебно-диагностических процедур, гарантирующее юридическую и этическую корректность проведения исследования.

Данные критерии обеспечивают надежность и объективность получаемых данных, исключая возможные искажения результатов.

Таблица 1.

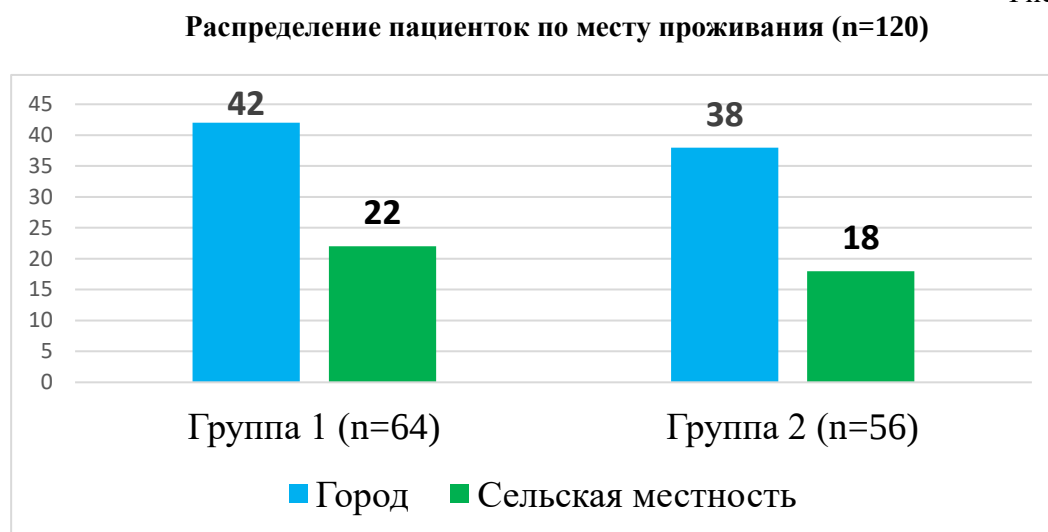
Распределение пациенток по возрасту (n=120)

Возраст	30-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	Всего
Группа 1	16 (25%)	22 (34,4%)	26 (40,6%)	64 (100%)
Группа 2	11 (19,6%)	20 (35,7%)	25 (44,7%)	56 (100%)
Группа контроля	6 (30%)	8 (40%)	6 (30%)	20 (100%)

В группе 1 в возрастном диапазоне 30-35 лет было 16 пациенток (25%), в возрасте 36-40 лет — 22 пациентки (34,4%), и в возрасте 41-45 лет — 26 пациенток (40,6%). В группе 2 в возрастной категории 30-35 лет насчитывалось 11 пациенток (19,6%), в возрасте 36-40 лет — 20 пациенток (35,7%), и в возрасте 41-45 лет — 25 пациенток (44,7%). В контрольной группе в возрастном диапазоне 30-35 лет было 6 пациенток (30%), в возрасте 36-40 лет — 8 пациенток (40%), и в возрасте 41-45 лет также было 6 пациенток (30%).

На рисунке 1 можно увидеть распределение пациенток по месту проживания.

Рисунок 1.



Большинство пациенток обеих групп проживали в городских условиях: 65,6% в группе 1 и 67,9% в группе 2. Проживание в сельской местности было менее распространено, составляя 34,4% в группе 1 и 32,1% в группе 2.

На рисунке 2 показано распределение пациенток по социальному статусу.

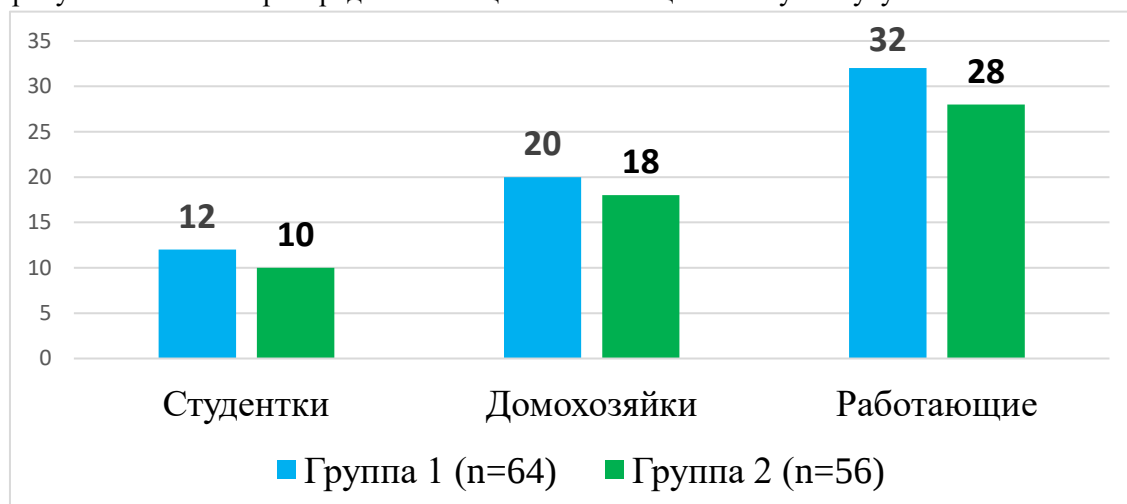


Рисунок 2.

Распределение пациенток по социальному статусу (n=120)

В обеих группах наибольший процент составляют работающие женщины: 50,0% в группе 1 и 50,0% в группе 2. Домохозяйки составляют 31,3% в группе 1 и 32,1% в группе 2. Студентки представлены в меньшинстве, составляя 18,8% в группе 1 и 17,9% в группе 2.

В таблице 2 показаны основные причины госпитализации пациенток, включенных в исследование.

В основной группе, состоящей из 64 пациенток, маточные кровотечения наблюдались у 50 женщин (78,1%), а изменения эндометрия по данным УЗИ у 14 пациенток (21,9%). В группе сравнения, включавшей 56 пациенток, маточные кровотечения зарегистрированы у 42 женщин (75,0%), а изменения эндометрия — у 14 пациенток (25,0%). Различия между группами не были статистически значимыми ($p > 0,05$).

Согласно данным исследования, пациентки в группе 1, в которой включены женщины с миомой матки, чаще жаловались на обильные (62,5%) и длительные (50,0%) менструации, которые также нередко были нерегулярными (46,9%). У значительного числа женщин в этой группе наблюдалось сочетание двух и более жалоб, что свидетельствует о более выраженных клинических проявлениях заболевания. Длительность существования клинических симптомов у

пациенток группы 1 варьировалась от 1 до 6 лет, что логично, учитывая наличие миомы матки, которая часто сопровождается такими симптомами.

Таблица 2.

Основные показания к госпитализации пациенток, включённых в исследование (n=120)

Показания к госпитализации	1 группа (n=64)	%	2 группа (n=56)	%	p
Маточные кровотечения	50	78,1	42	75,0	>0,05
Изменения эндометрия по данным УЗИ	14	21,9	14	25,0	>0,05

В группе 2, включающей женщин без миомы матки, нарушение менструального цикла по типу меноррагии было отмечено в 23,2% случаев, а метроррагии — в 51,8% случаев, при этом у 21,4% пациенток менструации оставались нерегулярными. Длительность заболевания у женщин из группы 2 составила от 2 месяцев до 1 года. У 25,0% женщин группы 2 наблюдалось сочетание двух и более жалоб, что указывает на менее выраженные, но всё же значимые клинические проявления (табл. 3.).

Таблица 3

Основные жалобы обследованных пациенток (n=120)

Жалобы	Основная группа (n=64)	%	Группа сравнения (n=56)	%	p
Обильные менструации	40	62,5	29	51,8	>0,05
Длительные менструации	32	50,0	13	23,2	<0,05
Нерегулярность менструаций	30	46,9	12	21,4	<0,05
Общая слабость, повышенная утомляемость	12	18,8	10	17,9	>0,05
Ациклические кровотечения	6	9,4	5	8,9	>0,05
Кровянистые выделения после и/или до менструации	3	4,7	4	7,1	>0,05
Жалобы не предъявляли	9	14,1	12	21,4	>0,05

Таким образом, необходимо отметить, что у пациенток группы 1 с миомой матки имелись более ранние и выраженные клинические симптомы заболевания по сравнению с группой 2.

В ходе анализа семейного анамнеза участниц исследования было выявлено, что у близких родственников женщин из второй группы, где миома матки не наблюдалась, 47,1% случаев приходилось на доброкачественные опухоли и опухолевидные заболевания репродуктивных органов, включая их сочетания. В первой группе, где участницы страдали от миомы матки, такие заболевания встречались значительно реже — лишь в 22,8% случаев ($p < 0,0001$).

Касательно злокачественных заболеваний репродуктивных органов, у родственниц женщин из второй группы они были зарегистрированы в 8,7% случаев, в то время как среди родственниц первой группы этот показатель составил 7,6%, и статистически значимых различий не наблюдалось ($p > 0,05$).

Эти результаты указывают на то, что у женщин из первой группы, где миома матки встречалась чаще, риск развития злокачественных новообразований был ниже, в отличие от второй группы, где миома отсутствовала, но семейный анамнез показывал повышенный риск как доброкачественных, так и злокачественных заболеваний (табл. 4).

Таблица 4 показывает распределение наследственной отягощенности среди обследованных женщин в группе 1 (с миомой матки) и группе 2 (без миомы матки). В группе 1 чаще встречались случаи доброкачественных заболеваний, таких как миома матки (46,9%) и гиперплазия эндометрия (18,8%), что логично для данной категории пациенток. В группе 2, где миома отсутствовала, также отмечались доброкачественные патологии, но с меньшей частотой. Злокачественные заболевания, такие как рак эндометрия и рак молочной железы, наблюдались в обеих группах с сопоставимой частотой.

Таблица 4.

Наследственная отягощенность обследованных женщин (n=120)

Наследственные факторы	Группа 1 (n=64)	%	Группа 2 (n=56)	%
Доброкачественные заболевания органов репродуктивной системы (изолированно или их сочетание):				
- Миома матки	30	46,9	13	23,2
- Гиперплазия эндометрия	12	18,8	10	17,9
- Аденомиоз	9	14,1	5	8,9
- Дисгормональная патология молочных желез	11	17,2	8	14,3
Злокачественные заболевания органов репродуктивной системы:				
- Рак эндометрия	4	6,3	4	7,1
- Рак шейки матки	2	3,1	1	1,8
- Рак яичников	1	1,6	1	1,8
- Рак молочной железы	2	3,1	2	3,6
- Прочие	2	3,1	2	3,6

Таблица 5.

Структура основных экстрагенитальных заболеваний у обследованных женщин (n=120)

Экстрагенитальные заболевания	Группа 1 (n=64)	%	Группа 2 (n=56)	%
Заболевания органов ЖКТ и гепатобилиарного комплекса	43	67,2	19	33,9
Заболевания сердечно-сосудистой системы	35	54,7	20	35,7
Ожирение I-II степени	32	50,0	17	30,4
Хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей	15	23,4	9	16,1
Инфекции мочевыводящих путей	13	20,3	10	17,9
Функциональные нарушения нервной системы	11	17,2	12	21,4
Дисгормональная патология молочных желез	15	23,4	12	21,4

Анализ показал, что детские инфекционные и воспалительные заболевания, такие как ветряная оспа, скарлатина, корь и краснуха, были распространены среди участниц обеих групп исследования. Результаты не показали значимого статистического влияния этих заболеваний в детстве на развитие гиперпластических процессов эндометрия у женщин группы 1 с миомой матки и группы 2 без миомы ($p > 0,05$).

Также было проведено изучение наличия экстрагенитальных заболеваний у женщин. В первой группе, 80.9% женщин имели два или более экстрагенитальных заболеваний, что было выше, чем 77.4% во второй группе. Среди наиболее частых заболеваний у женщин первой группы были выявлены недуги ЖКТ и гепатобилиарной системы: хронический гастрит у 26.6% пациенток, холецистит у 18.9%, язвенная болезнь у 7.4%, и спастический энтероколит у 15.8%. Во второй группе эти заболевания были менее распространены, встречаясь у 33.7% участниц, с хроническим гастритом у 19.7%, спастическим колитом у 4.7%, и холециститом у 14.2%.

Заболевания сердечно-сосудистой системы также наблюдались чаще у женщин с миомой матки в первой группе (54.5%) по сравнению с второй группой (35.7%), с такими состояниями как вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, стенокардия и варикозное расширение вен нижних конечностей, и различия были статистически значимы ($p < 0.001$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Громова А.Л. Взаимосвязь рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия с генетическими детерминантами Arg72Pro гена p53 и (ss) гена l-мус // Вестник НовГУ. 2016. №1 (92).
2. Демакова Н.А. Молекулярно-генетические характеристики пациенток с гиперплазией и полипами эндометрия // Научные результаты биомедицинских исследований. 2018. №2.
3. Лапина И.А., Доброхотова Ю.Э., Озолия Л.А., Чирвон Т.Г., Таранов В.В. Комплексный подход к ведению пациенток с гиперплазией эндометрия и метаболическим синдромом // Гинекология. 2021. №1.
4. Назирова З.М. Современные возможности диагностики пролиферативных процессов эндометрия // Экономика и социум. 2020. №4 (71).
5. Оразов М.Р., Михалёва Л.М., Муллина И.А. Прогнозирование рецидивирующей гиперплазии эндометрия // Трудный пациент. 2021. №7.
6. Оразов М.Р., Михалёва Л.М., Муллина И.А., Леффа Л.М. Патогенез рецидивирующей гиперплазии эндометрия без атипии // Трудный пациент. 2021. №6.
7. Пономаренко И.В., Демакова Н.А., Алтухова О.Б. Молекулярные механизмы развития гиперпластических процессов эндометрия // Актуальные проблемы медицины. 2016. №19 (240).
8. Садуакасова Ш. М., Аргынбаев Е. К., Шаденова Е. Е., Халдарбекова Э. Н. Клиническая эффективность применения гормональной терапии при гиперплазии эндометрия // Вестник КазНМУ. 2017. №1.
9. Согибян А.С., Идрисов Ш.Т., Самсонова И.П. Эффективность применения термоабляции эндометрия системой «термачойс» при лечении метроррагий и гиперпластических процессов эндометрия (рецидивирующих полипов эндометрия) в пере- и менопаузе // Research'n Practical Medicine Journal. 2016. №Спецвыпуск.
10. Тихомиров А.Л. Обоснование использования комбинированных оральных контрацептивов для профилактики рецидивов типичных гиперплазий эндометрия // Гинекология. 2018. №4.

Поступила 20.10.2024