



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

2 (88) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)

2 (88)

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

2026 февраль

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 612.663.52

МАТОЧНАЯ ФОРМА БЕСПЛОДИЯ: РОЛЬ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В СНИЖЕНИИ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ

Агабабян Л.Р., <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998> E-mail: larisa_mct@yahoo.com

Исраилова З.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998> E-mail: djamz1996@mail.ru

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Маточная форма бесплодия занимает одно из ведущих мест в структуре женского бесплодия, при этом ключевая роль в её формировании принадлежит нарушениям морфофункционального состояния эндометрия. Эндометриальная патология ассоциирована со снижением имплантационной способности, повышением частоты репродуктивных потерь и недостаточной эффективностью консервативного лечения и программ вспомогательных репродуктивных технологий. Частота патологии эндометрия при первичном и вторичном бесплодии превышает 85%. Комплексная оценка эндометрия с использованием гистероскопии, морфологического и иммуногистохимического исследований позволяет повысить диагностическую точность и улучшить репродуктивные исходы.

Ключевые слова: маточная форма бесплодия; эндометриальная патология; рецептивность эндометрия; гистероскопия; иммуногистохимия; ВРТ.

UTERINE FORM OF INFERTILITY: THE ROLE OF ENDOMETRIAL PATHOLOGY IN DECREASED ENDOMETRY RECEPTIVITY

Agababyan L.R. <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Israilova Z.Sh. <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

The uterine factor of infertility occupies a leading position in the structure of female infertility, with disorders of the morphofunctional state of the endometrium playing a key role in its development. Endometrial pathology is associated with reduced implantation capacity, increased reproductive losses, and low effectiveness of conservative treatment and assisted reproductive technologies. According to published data, the prevalence of endometrial pathology in infertility exceeds 85%. Comprehensive assessment of the endometrium using hysteroscopy, morphological and immunohistochemical examination improves diagnostic accuracy and reproductive outcomes.

Keywords: Uterine infertility; endometrial pathology; endometrial receptivity; hysteroscopy; immunohistochemistry; assisted reproductive technologies.

BEPUSHTLIKNI BACHADON SHAKLI: ENDOMETRIY RETSEPTIVLIGINING PASAYISHIDA ENDOMETRIAL PATOLOGIYANING ROLI

Agababyan L.R., <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Isroilova Z.Sh. <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Rezyume

Bepushtlikning bachadon shakli ayollar bepushtligi tuzilmasida yetakchi o‘rinlardan birini egallaydi. Endometriyning morfofunktsional holati buzilishlari implantatsiya qobiliyatining pasayishi va reproduktiv yo‘qotishlar bilan bog‘liq. Endometriyni gisteroskopiya, morfologik va immunogistokimyoviy usullar yordamida kompleks baholash diagnostik aniqlikni oshirib, reproduktiv natijalarni yaxshilash imkonini beradi. Adabiyot ma’lumotlariga ko‘ra, birlamchi va ikkilamchi bepushtlikda endometriy patologiyasining uchrash chastotasi 85% dan oshadi, endometriyning giperplastik jarayonlarida esa bepushtlik holatlari 41,7% gacha aniqlanadi. Shu munosabat bilan gisteroskopiya va nishonli biopsiya, endometriyning morfologik va immunogistokimyoviy tekshiruvi, shuningdek gormonal sezuvchanlik va hujayra proliferatsiyasi markerlari ekspressiyasini baholashni o‘z ichiga olgan kompleks diagnostik yondashuvni qo‘llash zarurati asoslanadi. Endometriyni kompleks baholash diagnostik axborotlilikni oshirish, bemorlarni yuritishning shaxsiylashtirilgan taktikasini asoslash va reproduktiv natijalarni, jumladan yordamchi reproduktiv texnologiyalar doirasida, yaxshilash imkonini beradi.

Kalit so‘zlar: Bachadon shaklidagi bepushtlik; endometrial patologiya; endometriy retseptivligi; gisteroskopiya; immunogistokimyo; YRT.

Актуальность

Несмотря на то, что Узбекистан традиционно относится к странам с высокой рождаемостью, проблема бесплодного брака является актуальной и у нас. Состояние здоровья супругов и степень нарушения репродуктивных функций зависят от множества факторов – возраст, образ жизни, психологический климат и материальное благополучие, своевременность обращения в медицинское учреждение, диагностические возможности, длительность и качество лечения.

Патология эндометрия - одна из ведущих причин нарушения репродуктивной функции и репродуктивных потерь у женщин детородного возраста, а также основная причина снижения эффективности консервативного лечения бесплодия и методов вспомогательных репродуктивных технологий [1;2]. Частота патологии эндометрия при первичном и вторичном бесплодии не имеет существенных отличий и находится на достаточно высоком уровне - 85,96% и 91,53% соответственно [3;4]. К патологии эндометрия и связанным с ним бесплодием приводят такие состояния, как гиперпластические процессы, хронический эндометрит, нарушение рецептивности эндометрия и др. Так, установлено, что у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия бесплодие обнаруживается в 41,7 % наблюдений [5]. Обнаружили гиперплазию эндометрия у 22,7 % пациенток с первичным и у 26,7 % пациенток с вторичным бесплодием, а железистые полипы – в 11,7 и 17,3% наблюдений соответственно [6]. При сочетании нескольких гинекологических заболеваний, сопровождающих гиперпластические процессы эндометрия, возрастает частота бесплодия: сочетание гиперплазии эндометрия с миомой матки в 11,7% наблюдений, сочетание гиперплазии эндометрия с аденомиозом в 9,1% [7]. По данным С.М.Корниенко (2015) бесплодием страдали 36,7% пациенток с различными клиническими формами патологии эндометрия (полип, гиперплазия, синехии, хронический эндометрит, аденомиоз): первичное бесплодие отмечалось у 12,4%, вторичное - у 24,3% женщин [8]. О.А.Ульшина (2017) обнаружила гиперпластические процессы эндометрия у 44,9% женщин с первичным и у 37,96% женщин с вторичным бесплодием [9]. Предлагается много разных методов лечения бесплодия у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия, однако, эффективность их остается пока еще очень дискуссионной [10].

Цель исследования: Оценить влияние эндометриальной патологии на рецептивность эндометрия у женщин с маточной формой бесплодия и репродуктивными потерями.

Материалы и методы исследования

Нами обследованы 100 женщин репродуктивного возраста, обратившиеся в частную клинику «МАМА И Я» г. Самарканда, Узбекистан с жалобами на вторичное бесплодие – основная группа. В исследование были включены только пациентки с «тонким» эндометрием (М-эхо 7 мм и менее на 9-21 день цикла).

Группу сравнения составили 50 пациенток с трубным фактором бесплодия.

Методы исследования. Для уточнения причин бесплодия были проведены общеклинические, специальные общепринятые гинекологические, а также УЗИ и доплерография матки, гистероскопия. Состояние эндометрия оценивалось после гистероскопии и пайпель биопсии с последующим морфологическим исследованием. Морфология материала, полученного при пайпель биопсии, изучалась методом прямой иммуногистохимии с определением рецепторов эстрогенов, прогестерона, а также клеточной пролиферации Ki-67. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 2016. Для анализа применялись методы вариационной статистики с вычислением средних величин (M), стандартного отклонения (σ), стандартной ошибки среднего (m). Достоверность различий оценивалась с использованием критерия Стьюдента. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Количественные признаки определяли за счет средних значений, для уточнения статгипотез использовали величины хи-квадрат.

Результат и обсуждения

Все пациентки, включенные в исследование, были в активном репродуктивном возрасте - $29,6 \pm 6,0$ лет с колебаниями от 20 до 45. Основной жалобой при обращении пациенток обеих групп было бесплодие, при этом одним из критериев включения в основную группу было вторичное бесплодие. При анализе менструальной функции выявлено, что средний возраст менархе пациенток обеих групп не отличался от общепопуляционных и составил $13,2 \pm 0,8$ лет, с колебаниями от 11 до 15 лет. Однако, при обращении за медицинской помощью 88 (88%) пациенток основной группы и 21 (42%) наблюдаемых женщин из группы сравнения имели отклонения в характеристике менструального цикла. В основном это проявлялось в виде скудных и редких менструаций – у 71 пациентки (71% от общего числа и 80,7% от числа женщин с нарушениями менструального цикла) основной группы и 9 (18%) женщин из группы сравнения. Менструации с задержками от 2 до 6 месяцев отмечены у 7% женщин основной группы и на обильные, длительные менструации жаловались 6% наблюдаемых основной группы и 20% женщин из группы сравнения. У 10% женщин основной группы и у 4% из группы сравнения регулярно отмечались межменструальные кровянистые выделения. Таким образом, у женщин с бесплодием имеют место нарушения менструального цикла, проявляющиеся по разным типам – от олиго-аменореи до гиперменструального синдрома и метрорагии.

(Таблица 1). Течение родов и осложнения родового акта в группах обследованных женщин

Осложнение	ОГ абс(%)	ГС абс(%)	p
Срочные роды	67 (67.0%)	23 (46.0%)	0.022
Преждевременные роды	1 (1.0%)	0 (0.0%)	1.000
ПОНРП- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	2 (2.0%)	1 (2.0%)	1.000
ПП- Предлежание плаценты	1 (1.0%)	1 (2.0%)	1.000
Затяжные роды/клиническое несоответствие	10 (10.0%)	8 (16.0%)	0.424
Кесарево сечение	22 (22.0%)	7 (14.0%)	0.342
Дородовой разрыв плодных оболочек/хориоамнионит	3 (3.0%)	2 (4.0%)	1.000
Атоническое кровотечение	3 (3.0%)	2 (4.0%)	1.000
Дефект последа	2 (2.0%)	1 (2.0%)	1.000
Ручное обследование матки	4 (4.0%)	3 (6.0%)	0.891
Кюретаж матки	2 (2.0%)	1 (2.0%)	1.000
Послеродовый эндометрит	5 (5.0%)	4 (8.0%)	0.715
Аntenатальная/постнатальная гибель плода	1 (1.0%)	1 (2.0%)	1.000
Самопроизвольные аборты	8 (8.0%)	6 (12.0%)	0.620
Неразвивающаяся беременность	63 (63.0%)	14 (28.0%)	0.000
Искусственные аборты	6 (6.0%)	3 (6.0%)	1.000
Искусственные медикаментозные аборты	4 (4.0%)	0 (0.0%)	0.370
Трофобластическая болезнь	1 (1.0%)	0 (0.0%)	1.000

Средний возраст начала половой жизни в обеих группах составил $20,0 \pm 2,3$ лет. Здесь обращает на себя внимание факт, что средний возраст начала сексуальных отношений в группе сравнения был достоверно ниже, чем в основной группе женщин – $15,1 \pm 1,3$ лет и $17,9 \pm 2,1$ лет соответственно ($p < 0,05$). Этим, по-видимому, объясняется высокая частота ИППП в группе сравнения, что наряду с другими факторами (инфантилизм, эндометриоз) привело к трубной форме бесплодия.

При анализе репродуктивной функции установлено, что в основной группе у всех 100 пациенток были беременности. При этом у 69 женщин в анамнезе были роды (69%): одни роды у 44 пациенток, двое – у 25. Имели дома детей только 30%. Течение родов и осложнения в течение родов и в послеродовом периоде в обеих группах обследованных представлены в (таблице 1).

Как указано в таблице, в основной группе обследованных женщин достоверно чаще встречались осложнения беременности и родового акта в виде преждевременных родов, ПОНРП, предлежания плаценты, а так же нарушения сократительной способности матки в послеродовом периоде и септические осложнения послеродового периода. Особо следует отметить частоту абдоминального родоразрешения в данной группе пациенток, что так же не могло не сказаться на дальнейшей репродуктивной функции, а так же большое количество самопроизвольных и искусственных аборт в обеих группах женщин. Сведения о гинекологических заболеваниях обеих групп наблюдаемых женщин представлены в (таблице 2).

(Таблица 2).

Гинекологическая патология у женщин с бесплодием

Гинекологические заболевания	ОГ абс(%)	ГС абс(%)	p
Воспалительные заболевания (инфекции, передающиеся половым путем)	11 (11.0%)	4 (8.0%)	0.773
Операции на придатках	4 (4.0%)	2 (4.0%)	1.000
Операции по поводу трубной беременности	7 (7.0%)	2 (4.0%)	0.715
Миома матки	5 (5.0%)	1 (2.0%)	0.659
Аденомиоз	12 (12.0%)	4 (8.0%)	0.640
Гиперпластический процесс эндометрия	3 (3.0%)	0 (0.0%)	0.536
Синдром Ашермана	12 (12.0%)	0 (0.0%)	0.025

Анализируя таблицу 2, приходим к выводу, что если в основной группе пациенток преобладали такие заболевания, как миома матки, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия, синдром Ашермана, то в группе сравнения преобладали воспалительные заболевания, а так же высокая частота оперативных вмешательств на придатках матки, что не могло не привести к соответствующим причинам бесплодия. И, наконец, речь пойдет о сопутствующей соматической патологии у женщин с бесплодием (таблица 3).

(Таблица 3). Сопутствующая соматическая патология у женщин с бесплодием

Заболевания	ОГ абс(%)	ГС абс(%)	p
Анемия	48 (48.0%)	16 (32.0%)	0.091
Инфекция мочевыводящих путей	7 (7.0%)	5 (10.0%)	0.750
Хронический гастрит	6 (6.0%)	4 (8.0%)	0.908
Бронхиальная астма	2 (2.0%)	1 (2.0%)	1.000
Варикозная болезнь	4 (4.0%)	3 (6.0%)	0.891
Аутоиммунный тиреоидит	3 (3.0%)	1 (2.0%)	1.000
Ожирение	9 (9.0%)	1 (2.0%)	0.203

Как видно из таблицы 3, по частоте и структуре соматической патологии обе группы наблюдаемых пациенток были вполне сопоставимы. Соматические заболевания встречались у 49 женщин обеих групп, что составило 32,7%, т.е. более, чем у каждой третьей пациентки детородного возраста, не выполнившей свою репродуктивную функцию, имели место

экстрагенитальные заболевания. Справедливости ради следует отметить, что эти заболевания ни у одной из пациенток, включенных в исследование, не были противопоказанием к беременности. Длительность вторичного бесплодия пациенток основной группы при обращении составила $2,8 \pm 1,5$ лет, в среднем от 2 до 5 лет.

Предварительный анализ функции эндометрия основывался на данных УЗИ и доплерометрии сосудов матки в секреторную фазу цикла (таб 4-5).

(Таблица 4). Результаты сонографического и доплерометрического обследования пациенток с маточной формой бесплодия

Показатели толщины эндометрия	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=50)	Значимость (P)
≤ 4 мм	22 (22%)	—	P<0,05
5 мм	47 (47%)	—	P<0,5
6 мм	31 (31%)	—	P<0,05
7–9 мм	—	12 (12%)	—
10–12 мм	—	23 (23%)	—
12–14 мм	—	15 (15%)	—

(Таблица 5).

Исследуемые артерии	<u>Допплерометрии</u> сосудов матки в секреторную фазу цикла	
	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=50)
Маточные	0,86±0,03	0,83±0,01
Аркуатные	0,67±0,02	0,64±0,01
Радialьные	0,69±0,01	0,59±0,01
Базальные	0.22±0,02	0.48±0,02
Спиральные	0.18±0,02	0.38±0,03

В период «окна имплантации» была проведена гистероскопия и пайпель-биопсия с последующим гистологическим исследованием полученного материала. По результатам гистологического исследования эндометрия были обнаружено: внутриматочные синехии-1 (n=21), хронический эндометрит-2 (n=27), гипоплазия эндометрия-3 (n=40) эндометрий фазы пролиферации-4 (n=15). (таблица 6).

У пациенток всех групп выявлена неравномерная низкая пролиферативная активность, отмечалось снижение уровня экспрессии Ki-67 как в эпителии желез, так и в клетках стромы (p<0,05), отмечалось отклонение от нормы в сторону понижения, что свидетельствует о нарушении синтеза рецепторов эстрогенов и прогестерона железистых и стромальных клеток. Таким образом, эндометрий становится невосприимчивым к эстрогенам и прогестерону. Низкий уровень экспрессии Ki-67 свидетельствует о низкой пролиферативной активности эндометрия, что может также являться препятствием для имплантации.

(Таблица 6).

№ подгруппы	Гистологический диагноз	n	Морфологическая картина
1	Внутриматочные синехии	21	Строма превращена в фиброзную ткань, выраженная кальцификация стромы и желез
2	Хронический эндометрит	27	Воспалительные инфильтраты (плазматические клетки, лимфоциты), очаговый фиброз, склероз сосудов
3	Гипоплазия эндометрия	40	Эндометрий в фазе пролиферации: мелкие железы, равномерно расположенные, рыхлая строма, тонкостенные сосуды
4	Эндометрий фазы пролиферации	15	Нормальная морфологическая картина пролиферативной фазы, сниженная пролиферативная активность, низкая экспрессия Ki-67

(Таблица 7).

Результаты ИГХ-исследования эндометрия у обследованных пациенток представлены в (таблице 7).

Показатель	ОГ	ГС	p
ER	27.45	25.1	0.000
PR	31.68	29.3	0.000
Ki-67	7.98	9.2	0.001

Обсуждение результатов:

У пациенток всех исследуемых групп выявлено достоверное снижение пролиферативной активности эндометрия, проявляющееся уменьшением экспрессии маркера Ki-67 в эпителии желез и строме ($p < 0,05$). Данные изменения свидетельствуют о нарушении гормональной чувствительности эндометрия вследствие недостаточной экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона, что приводит к формированию функционально неполноценного эндометрия. Низкий уровень Ki-67 ассоциирован со снижением имплантационной способности и может рассматриваться как один из ключевых факторов маточной формы вторичного бесплодия.

Заключение

Снижение экспрессии Ki-67 является информативным маркером нарушения пролиферативной активности и рецептивности эндометрия у пациенток с маточной формой вторичного бесплодия. Оценка данного показателя позволяет повысить точность диагностики эндометриальной патологии и обосновать персонализированный подход к ведению пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Espinós J.J., Fabregues F., Fontes J. et al. Impact of chronic endometritis in infertility: a SWOT analysis // Reproductive BioMedicine Online. 2021;42(5):939-951.
2. Darici E., Blockeel C., Mackens S. Should we stop screening for chronic endometritis? // Reproductive BioMedicine Online. 2023;46(1):3-5.
3. Карр Б. Руководство по репродуктивной медицине / Р. Карр, Р. Блэкуэлл, Р. Азиз; пер.с англ. под общ. ред. И.В. Кузнецовой. – М.: Практика, 2015; 403 стр.
4. Корниенко С. М. Морфофункциональное состояние эндометрия у пациенток позднего репродуктивного возраста с бесплодием // Здоровье женщины. 2015;5:141-144.
5. Лукичева Я.Ю., Ляккер С.В. Гистеросальпингография как метод диагностики туберкулеза женских половых органов // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: матер. 76-й междунар. науч.-практ. конф. Волгоград, 2018; 548-549 стр.
6. Новикова О.В., Кузнецова И.В., Тихоновская И.В. Персонализированный подход в диагностике, лечении и профилактике гиперплазии эндометрия: современные рекомендации и клиническая практика. // Женская клиника. 2021;1:67-75;
7. Полякова Е.Н., Луценко Н.С., Гайдай Н.В. Диагностика гиперплазии эндометрия в рутинной гинекологической практике // Запорожский медицинский журнал. 2019;1(112):95-99.
8. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. (ред.). Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 1008 с.
9. Силькина М.О., Соснова Е.А. Хронический эндометрит и его влияние на репродуктивную функцию женщины // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2020;7(3):120-123.
10. Ульшина О.А. Хронический эндометрит: место в структуре внутриматочной патологии у женщин с первичным и вторичным бесплодием // Наука, образование, общество: тенденции и перспективы развития. 2017; 87-90 стр.

Поступила 20.01.2026