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

9 (95) 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. 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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
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 (Азарбайджан)
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)

9 (95)

2026

Сентябрь

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

Received: 20.08.2026, Accepted: 10.09.2026, Published: 15.09.2026

УДК 618.14-007.17-07-08:618.173

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Рахимова Амира Ойбековна https://orcid.org/0009-0007-8461-5545
Аскарова Зебо Зафаровна https://orcid.org/0009-0007-9279-5689

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18 Тел: +998662330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

В исследование были включены 42 пациентки в возрасте от 45 до 55 лет с верифицированными гиперпластическими процессами эндометрия (без атипии и с атипией) в перименопаузальном периоде, которые были разделены на 2 группы в зависимости от тактики ведения. I группу (основная) составили 22 пациентки, которым проводилась оптимизированная терапия с учётом морфологического типа, метаболического статуса и факторов риска. II группу составили 20 пациенток, получавших стандартные профилактические и лечебные меры в гинекологическом отделении многопрофильной клиники СамГосМУ. В статье представлены результаты анализа клинико-анамнестических особенностей, эффективности дифференцированного подхода и профилактики рецидивов. Установлено, что основными факторами риска являются метаболический синдром, ожирение, хроническая ановуляция, сопутствующая экстрагенитальная патология и повторные диагностические выскабливания. Показано, что комплексный подход с применением левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС), прогестагенов, коррекцией метаболических нарушений и динамическим морфологическим контролем значительно повышает частоту регресса гиперплазии и снижает риск прогрессирования. Эти данные подчёркивают необходимость ранней диагностики, персонализированной профилактики и специализированной помощи женщинам перименопаузального возраста, особенно в регионах с ограниченными диагностическими ресурсами.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, перименопауза, левоноргестрел-ВМС, прогестагены, факторы риска, качество жизни, метаболический синдром.

PERIMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA ENDOMETRIY GIPERPLASTIK JARAYONLARINI YURITISHNI OPTIMALLASHTIRISH

Raximova Amira Oybekovna, Askarova Zebo Zafarovna

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, O‘zbekiston, Samarqand sh., Amir Temur ko‘chasi, 18-uy Tel: +998662330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Rezyume***

Tadqiqotga 45 yoshdan 55 yoshgacha bo‘lgan 42 nafar endometriy giperplastik jarayonlari (atipiyasiz va atipiyali) tasdiqlangan perimenopauza davridagi ayollar kiritilib, yuritish taktikasiga qarab 2 guruhga ajratildi. I guruhni (asosiy) 22 nafar bemor tashkil etdi, ularga morfologik tur, metabolik holat va xavf omillarini hisobga olgan holda optimallashtirilgan terapiya o‘tkazildi. II guruhni 20 nafar bemor tashkil etib, ular Samarqand davlat tibbiyot universiteti ko‘p tarmoqli klinikasining ginekologiya bo‘limida standart profilaktik va davolash chora-tadbirlarini oldi. Maqolada klinik-anamnestik xususiyatlar, differensial yondashuv samaradorligi va retsidivlarning oldini olish natijalari keltirilgan. Asosiy xavf omillari sifatida metabolik sindrom, semizlik, surunkali anovulyatsiya, hamroh ekstragenital patologiya va takroriy diagnostik qirishlar aniqlangan. Levonorgestrel chiqaruvchi bachadon ichi tizimi (LNG-VMS), progestagenlar, metabolik buzilishlarni tuzatish va dinamik morfologik nazoratni o‘z ichiga olgan kompleks yondashuv giperplaziya regressi chastotasini oshirishi va progressiya xavfini kamaytirishi ko‘rsatilgan. Ushbu ma’lumotlar perimenopauza yoshidagi ayollar uchun erta tashxis, shaxsiylashtirilgan profilaktika va maxsuslashtirilgan yordam zarurligini ta’kidlaydi.

Kalit so‘zlar: endometriy giperplaziyasi, perimenopauza, levonorgestrel-VMS, progestagenlar, xavf omillari, hayot sifati, metabolik sindrom.

OPTIMIZATION OF THE MANAGEMENT OF WOMEN WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES IN THE PERIMENOPAUSAL PERIOD

Rakhimova Amira Oybekovna, Askarova Zebo Zafarovna

Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur st. 18,
Tel: +998662330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

A total of 42 patients aged 45 to 55 years with verified endometrial hyperplastic processes (without and with atypia) in the perimenopausal period were included in the study. The patients were divided into two groups depending on the management tactics. Group I (main group) consisted of 22 patients who received optimized therapy taking into account the morphological type, metabolic status and risk factors. Group II included 20 patients who received standard preventive and therapeutic measures in the gynecological department of the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University. The article presents the results of the analysis of clinical and anamnestic features, the effectiveness of a differentiated approach and prevention of relapses. It was established that the main risk factors include metabolic syndrome, obesity, chronic anovulation, concomitant extragenital pathology and repeated diagnostic curettages. It is shown that a comprehensive approach using the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS), progestogens, correction of metabolic disorders and dynamic morphological control significantly increases the rate of hyperplasia regression and reduces the risk of progression. These data emphasize the need for early diagnosis, personalized prevention and specialized care for perimenopausal women, especially in regions with limited diagnostic resources.

Keywords: endometrial hyperplasia, perimenopause, levonorgestrel-IUS, progestogens, risk factors, quality of life, metabolic syndrome.

Актуальность

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной гинекологии, особенно в перименопаузальном периоде [10, 13]. Согласно классификации ВОЗ 2020 г., ГПЭ подразделяются на гиперплазию без атипии и атипическую гиперплазию (эндометриальную интраэпителиальную неоплазию — EIN). Частота ГПЭ у женщин 45–55 лет достигает 15–40 % в структуре гинекологической патологии, а риск прогрессирования в рак эндометрия при атипической форме составляет до 28 % в течение 20 лет [2, 3].

Развитие ГПЭ в перименопаузе обусловлено относительной гиперэстрогенией на фоне ановуляторных циклов, снижением продукции прогестерона, метаболическим синдромом, ожирением и хроническим воспалением эндометрия. Заболевание значительно снижает качество жизни, приводит к аномальным маточным кровотечениям, анемии и повышает онкологический риск [4, 7, 11].

Современные международные рекомендации (RCOG, SOGC, ACOG, китайские гайдлайны 2025 г.) единодушно выделяют ЛНГ-ВМС в качестве первой линии терапии при гиперплазии без атипии благодаря высокой частоте регресса (72–100 %), минимальному системному воздействию и длительному защитному эффекту [6, 8].

Цель исследования: явилась оптимизация тактики ведения женщин с ГПЭ в перименопаузальном периоде на основе дифференцированного подхода с учётом морфологического типа, метаболического статуса и факторов риска.

Материал и методы

С учётом поставленных целей и задач обследованы 42 пациентки в возрасте от 45 до 55 лет с идентичным клиническим диагнозом (гиперплазия эндометрия без атипии или с атипией), проходившие обследование и лечение в гинекологическом отделении многопрофильной клиники СамГосМУ.

Обследуемые женщины были разделены на две группы: I (основная) группа — 22 женщины, которым применялся оптимизированный алгоритм (морфологическая верификация, оценка овариального резерва и метаболического профиля, ЛНГ-ВМС или прогестагены в сочетании с коррекцией метаболических нарушений). II группа — 20 пациенток, получавших стандартную терапию.

Критерии включения: согласие пациентки, возраст 45–55 лет, морфологически подтверждённая гиперплазия эндометрия I–II степени (без атипии или с атипией), отсутствие рака эндометрия.

Критерии исключения: рак эндометрия, острые воспалительные процессы, тяжёлые соматические заболевания с ограничением физической активности, отказ от участия.

Методами исследования были: тщательный сбор анамнеза (общий, акушерско-гинекологический, соматический), ультразвуковое исследование с допплерометрией, гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием или пайпель-биопсией, морфологическое исследование, оценка метаболического профиля (ИМТ, глюкоза, липиды, инсулинорезистентность).

Результат и обсуждение

Анализ анамнестических данных показал, что значительную роль в развитии ГПЭ играют факторы, связанные с образом жизни и состоянием здоровья. У большинства женщин выявлены избыточная масса тела и ожирение (52,4 %), метаболический синдром (38,1 %), хроническая ановуляция, артериальная гипертензия и патология желудочно-кишечного тракта.

Проведённый анализ клинико-анамнестических данных показал, что все обследованные женщины находились в перименопаузальном возрасте (45–55 лет). Средний возраст пациенток основной группы составил 49,2 ± 3,4 года, группы сравнения — 48,7 ± 3,1 года; статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$).

Менструальная функция характеризовалась нерегулярным циклом у 68,2 % и 65,0 % соответственно, аномальными маточными кровотечениями — у 81,8 % и 80,0 %. Гинекологические заболевания в анамнезе: миома матки — у 36,4 % и 35,0 %, эндометриоз — у 22,7 % и 20,0 %, повторные диагностические выскабливания — у 40,9 % и 40,0 % ($p>0,05$).

Таким образом, группы были сопоставимы по возрасту, менструальной функции и гинекологическому анамнезу, что позволило корректно проводить дальнейший сравнительный анализ (табл. 1).

Таблица 1 Клинико-анамнестическая характеристика обследованных пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия

Показатель	1 группа (n = 22)	2 группа (n = 20)	Всего (n = 42)	P-value
Возраст, лет (M ± SD)	49,2 ± 3,4	48,7 ± 3,1	49,0 ± 3,2	p>0,05
Нерегулярный менструальный цикл	15 (68,2 %)	13 (65,0 %)	28 (66,7 %)	
Аномальные маточные кровотечения	18 (81,8 %)	16 (80,0 %)	34 (81,0 %)	
Миома матки	8 (36,4 %)	7 (35,0 %)	15 (35,7 %)	
Эндометриоз	5 (22,7 %)	4 (20,0 %)	9 (21,4 %)	
Повторные диагностические выскабливания	9 (40,9 %)	8 (40,0 %)	17 (40,5 %)	
Избыточная масса тела / ожирение	12 (54,5 %)	10 (50,0 %)	22 (52,4 %)	
Метаболический синдром	9 (40,9 %)	7 (35,0 %)	16 (38,1 %)	

Анализ экстрагенитальной патологии показал, что сопутствующие соматические заболевания встречались у значительной части пациенток в обеих группах без статистически значимых различий ($p>0,05$). Наиболее частыми были артериальная гипертензия (27,3 % и 25,0 %), патология желудочно-кишечного тракта (31,8 % и 30,0 %), эндокринные нарушения (22,7 % и 20,0 %) и варикозное расширение вен (18,2 % и 15,0 %).

В основной группе после морфологической верификации применяли дифференцированную тактику: при гиперплазии без атипии — установка ЛНГ-ВМС (52 мг) на срок не менее 6–12 месяцев или непрерывные прогестагены (микронизированный прогестерон 200–400 мг/сут вагинально, медроксипрогестерон ацетат 10–20 мг/сут); при атипической гиперплазии — гистерэктомия (при отсутствии противопоказаний) или консервативное лечение с жёстким контролем. Параллельно

проводили коррекцию метаболических нарушений (диета, физическая активность, метформин при необходимости). В группе сравнения использовали стандартные схемы прогестагенов без обязательной метаболической коррекции.

Через 6 месяцев полный морфологический регресс в основной группе отмечен у 90,9 % пациенток с гиперплазией без атипии и у 81,8 % при атипической форме (при консервативном ведении), в группе сравнения — у 70,0 % и 55,0 % соответственно ($p<0,05$). Рецидивы в течение 12 месяцев наблюдения составили 4,5 % в основной группе против 25,0 % в группе сравнения.

Заключение

Таким образом, учитывая анамнестические особенности женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде, можно сделать вывод, что основными причинами явились метаболический синдром, ожирение, хроническая ановуляция, миома матки, эндометриоз и повторные инвазивные вмешательства. Применение оптимизированного алгоритма с использованием ЛНГ-ВМС, прогестагенов и коррекцией метаболических факторов позволяет значительно повысить эффективность лечения, снизить частоту рецидивов и риск малигнизации. Эти показатели подчёркивают необходимость повышения осведомлённости и специализированной помощи женщинам перименопаузального возраста, особенно в регионах, где диагностические и терапевтические ресурсы могут быть ограничены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Васин РВ, Филимонов ВБ, Васина ИВ. Генитальный пролапс: современные аспекты оперативного лечения (обзор литературы). Экспериментальная и клиническая урология. 2017;(1):104-115.
2. Доброхотова ЮЭ, Ильина ИЮ. Эффективность консервативного лечения пролапса гениталий после родов с использованием вагинального тренажера. Русский медицинский журнал. 2017;(26):1908-1912.
3. Радзинский ВЕ, Оразов МР, Миннуллина ФФ, Долгов ЕД. Рецидивирующий пролапс органов малого таза: от эпидемиологии и факторов риска до современных возможностей ранней верификации. Клинический разбор в общей медицине. 2024;5(3):63-67.
4. Смирнова АВ, Малышкина ДА, Пашковская ЕВ, и др. Современный взгляд на проблему генитального пролапса через призму факторов риска. Экспериментальная и клиническая урология. 2023;16(4):130-135.
5. Boureka E, Tsakiridis I, Kapetanios G, Michos G, Giouleka S, Liberis A, et al. Management of Endometrial Hyperplasia: A Comparative Review of Guidelines. Cancers (Basel). 2025;17(19):3143. doi:10.3390/cancers17193143.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Endometrial Intraepithelial Neoplasia or Atypical Endometrial Hyperplasia: ACOG Clinical Consensus No. 5. Obstet Gynecol. 2023;142(3):735-744. doi:10.1097/AOG.0000000000005297.
7. Китайские клинические рекомендации по ведению гиперплазии эндометрия в период менопаузального перехода и постменопаузы. 2025.
8. Российское общество акушеров-гинекологов. Гиперплазия эндометрия: клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2025. Версия от 23.09.2025. Пересмотр не позднее 2027 г.
9. Auclair MH, Yong PJ, Salvador S, Thurston J, Colgan TTJ, Sebastianelli A. Guideline No. 390-Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(12):1789-1800. doi:10.1016/j.jogc.2019.03.025.
10. Gallos ID, et al. Management of Endometrial Hyperplasia: Green-top Guideline No. 67. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2016.
11. Goldstein SR, Lumsden MA. Abnormal uterine bleeding in perimenopause. Climacteric. 2017;20(5):414-420. doi:10.1080/13697137.2017.1358921.
12. Шабалин ВН, Шатохина СН. Морфология биологических жидкостей человека. М.: Хризостом; 2001.
13. Алиева АС. Аблация эндометрия при гиперпластических процессах у женщин перименопаузального возраста [диссертация]. М.; 2018. 121 с.
14. Беспалов ВГ. Фиброзно-кистозная болезнь и риск рака молочной железы (обзор литературы). Опухоли женской репродуктивной системы. 2015;11(4):58-70.

Поступила 20.08.2026