

Done Сборник 04.04.2025 полны...



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI
O'ZBEKISTON AKUSHER-GINEKOLOGLAR UYUSHMASI
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

III XALQARO ILMIY-AMALIY KONFRENSIYASI
"AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGI: MUAMMOLARI,
YECHIMLARI VA PROFILAKTIKASI"

ILMIY ISHLAR TO'PLAMI

III МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН:
ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ФЕРГАНА

**«РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН:
ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»**

**« AYOLLAR REPRODUKTIV
SALOMATLIGI: MUAMMOLARI, YESHIMLARI VA
PROFILAKTikasi»**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ФЕРГАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

Главный редактор	Сидиков А.А.	Профессор, д.м.н., ректор ФМИОЗ
Зам. главного редактора	Кадирова М.Р.	Проректор по научной работе и инновациям, Dsc, доцент
Редколлегия	Мурадимова А.Р.	Начальник отдела науки, инновации и научно-педагогической подготовки, PhD.
	Суяркулова М.Э.	Заведующая кафедрой «Акушерства и гинекологии», к.м.н.
	Тишабаева Н. А.	Ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии»
	Шаланкова О.Е	Ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии»

Мухаррирлик кенгаши анжуман материалларининг мазмунига маъсул эмас Илмий тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган оригинал ҳолда чоп этилмоқда.

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов конференции.

Материалы публикуются в соответствии с оригиналами авторских текстов.

74	<i>Sultonov S, Madrahimova N.</i> HOMILADORLIK VAQTIDA ORGANIZMGA KERAKLI VITAMINLAR
75	<i>M.Э.Суяркулова</i> ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИЙ ИНТЕРВАЛ И ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА
76	<i>Тишабаева Н.А., Алимжанова М.Ш.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
77	<i>Топволдиева М.Р., Суяркулова М.Э.</i> ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
78	<i>Узокова М.К., Атаджанова Н.Р., Болтаева Г.</i> КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ И ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЙ, ЧАСТОТОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
279	<i>Улжабаев Ж.А., Ахмаджонова Г.М.</i> КОАГУЛОПАТИЯ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ТУҒРУҚДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ ХОЛАТИ
80	<i>Улжабаев Ж.А., Ахмаджонова Г.М.</i> НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У РОДИЛЬНИЦ: К ВОПРОСУ ФАКТОРОВ РИСКА
81	<i>Улжабаев Ж.А., Ахмаджонова Г.М.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИЛЬНИЦ С НАРУШЕНИЕМ ГЕМОСТАЗА
82	<i>Umarova Z.A.</i> OILAVIY POLIKLINIKADA ABORTGA QARSHI KURASHISHDA AKUSHERKALARNI O'RNI
83	<i>Умурзаков С.М., Суяркулова М.Э., Джаббаров Ю.К.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ СПОСОБЫ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ И ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЙ, ЧАСТОТОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Узокова М.К., Атаджанова Н.Р., Болтаева Г.
ТМА, Ташкент, Узбекистан*

Аннотация: Проблема гиперпластических процессов эндометрия в репродуктивном периоде является одной из актуальных проблем гинекологии в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин данного возраста. **Целью** исследования явилась изучить клинические проявления и обосновать эффективность современных хирургических методов лечения гиперплазии эндометрия у женщин перименопаузального возраста.

Ключевые слова: полип эндометрий, гиперплазия эндометрий,

Актуальность: Раннее выявление, адекватное поэтапное лечение и предотвращение рецидивов гиперпластических изменений эндометрия остаются важными проблемами современной гинекологии, как в контексте профилактики рака эндометрия, так и в плане сохранения репродуктивной функции женщин. [1,4].

Основным методом диагностики патологий эндометрия является гистологический анализ полного соскоба, который позволяет оценить морфоструктурные изменения. Однако для доклинической диагностики гиперпластических процессов необходимы неинвазивные методы. В настоящее время ультразвуковая диагностика считается основным методом лучевой диагностики, благодаря своей высокой информативности, безопасности и возможности многократных повторных исследований [2,3,7].

Жировая ткань играет важную роль в развитии гиперпластических процессов и рака эндометрия. Ее роль в патогенезе этих заболеваний до конца не ясна. Исследования показывают, что адипоцит-кондиционированная среда (АСМ) усиливает пролиферацию, миграцию и выживаемость раковых клеток эндометрия по сравнению с преадипоцит-кондиционированной средой (РАСМ). Также установлено, что в висцеральной жировой ткани у пациентов с ожирением наблюдается повышение экспрессии фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), что связано с усиленным ростом опухолей в модели ксенотрансплантата *in vivo* [7].

До сих пор не существует единого мнения о механизмах развития пролиферативных заболеваний матки [8,9]. Достижения молекулярной генетики доказали роль генетических факторов в развитии данных заболеваний [10,11].

Важную роль в развитии пролиферативных заболеваний матки играют гены факторов роста. Вследствие воспалительных процессов зачаток миомы матки инфильтрируется макрофагами, выделяющими факторы некроза опухоли, интерлейкины [12]. Эти вещества влияют на экспрессию гранулоцитарно-макрофагального колоние стимулирующего фактора (ГМ-КСФ), что активирует гиперпродукцию трансформирующего фактора роста (TGF)- β клетками опухоли. TGF- β может усиливать эффекторную активность ГМ-КСФ. Воздействуя на фибробласты, TGF- β стимулирует их экспрессию фактора роста, который активирует выработку экстрацеллюлярного матрикса (СТGF). Под влиянием TGF- β фибробласты трансформируются в миофибробласты, принимающие участие в образовании компонентов соединительной ткани. Фактор некроза опухоли (TNF)- α , синтезируемый макрофагами, может блокировать сигнальный путь между TGF- β и СТGF путем конкуренции, поскольку место связывания TNF- α и TGF- β с промотором СТGF совпадает [13,14]. Патофизиология ГЭ связана с чрезмерной и непрерывной стимуляцией эндометрия эстрогенами [3]. К факторам риска относятся хроническая ановуляция, синдром поликистозных яичников (СПКЯ), ожирение, терапия тамоксифеном и монотерапия эстрогенами [13,15]. Заболеваемость ГЭ составляет 113-210 на 100 000 женщин-лет; при этом показатели заболеваемости для ГЭ без атипии - 122 на 100 000 женщин-лет и 16,8 на 100 000 женщин-лет - для атипичной ГЭ [16]. Развитие гиперплазии эндометрия связано с влиянием различных факторов, которым женщина подвержена на протяжении своей жизни, однако среди них можно выделить наиболее важные предикторы. Возраст и наличие различных заболеваний, как гинекологических (например, миома матки), так и экстрагенитальных (ожирение, гипертония), повышают риск возникновения данной патологии. Гиперплазия эндометрия встречается в 19,0% случаев при наличии новообразований яичников и в 15,3% случаев при эндометриозе [17]. Перенесенные гиперпластические процессы эндометрия без адекватной терапии рецидивируют в 10,0% случаев.

Гормональная терапия играет важную роль в лечении гиперпластических процессов эндометрия. В репродуктивном возрасте она направлена как на профилактику рецидивов гиперплазии, так и на восстановление овуляторного менструального цикла. В перименопаузе выбор гормонального препарата, схемы и продолжительности лечения зависит от необходимости поддержания ритмичной менструальноподобной реакции или обеспечения стойкого прекращения менструаций. В последние годы ассортимент гормональных препаратов, используемых для лечения гиперплазии эндометрия, значительно расширился. На сегодняшний день для гормональной терапии гиперпластических процессов применяют прогестагены с 16 по 25 день менструального цикла или в

непрерывном режиме, комбинированные эстроген-гестагенные препараты (например, Новинет, Жанин, Силест) в низких и средних дозах по контрацептивной схеме с 1 по 21 день цикла, а также антигонадотропные средства. Поскольку на фоне гормональной терапии возможен рецидив гиперпластических процессов, что может свидетельствовать о недостаточности терапии или наличии гормонально-активных структур в яичниках, важным аспектом лечения является регулярный мониторинг состояния эндометрия [18,19].

Оценка эффективности гормональной терапии осуществляется через 3, 6 и 12 месяцев с помощью ультразвукового исследования. Благодаря быстрым достижениям в области компьютерных технологий, в последние годы в ультразвуковой диагностике появилась новая методика — 3D эхография. Трехмерная эхография (3D) всё чаще используется в гинекологической практике [18,19,21]. Использование 3D режима улучшает точность топографической диагностики патологий в матке и яичниках. Возможность сохранения и ретроспективного анализа 3D данных позволяет более эффективно проводить мониторинг. Тем не менее, роль трехмерной эхографии в дифференциальной диагностике заболеваний эндометрия и в контроле гормонального лечения гиперпластических процессов эндометрия ещё не исследована. [20]. Не разработаны критерии отбора пациенток для проведения предоперационной трехмерной эхографии.

Цель исследования; Изучить клинические проявления и обосновать эффективность современных хирургических методов лечения гиперплазии эндометрия у женщин перименопаузального возраста.

Задачи исследования; 1. Выявить особенности анамнеза, клинической картины, состояния репродуктивной системы у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия.

2. Изучить результаты анализов и клинические проявления гиперплазии эндометрия, а также определить риск развития рецидивов заболевания у женщин перименопаузального возраста.

3. Выявить оптимальный метод лечения и обосновать эффективность современных хирургических методов лечения гиперплазии эндометрия у женщин перименопаузального возраста.

Перед включением в исследование пациенток у каждой получено информированное согласие на участие. Исследование одобрено этическим комитетом.

Критериями исключения в исследовании были: прием гормональных препаратов (эстроген-гестагены, гестагены, агонисты гонадотропин-рилизинг-

гормона, заместительная гормональная терапия, тамоксифен) в течение трех месяцев перед обследованием, и такие сопутствующие генитальные заболевания, как миома матки, размеры которой на момент исследования превышали 6–7 нед беременности, опухоли яичников.

Возраст пациенток варьировал от 47 до 92 лет, со средним возрастом $58,96 \pm 9,72$ года. 29 пациенток в возрасте от 47 до 56 лет находились в пременопаузе (средний возраст $49,81 \pm 2,55$ года), а 58 пациенток в возрасте от 50 до 92 лет — в постменопаузе (средний возраст $65,48 \pm 7,33$ года). Наибольшее количество женщин было в возрасте от 50 до 79 лет. Длительность постменопаузы колебалась от 2 до 56 лет, со средней продолжительностью $15,52 \pm 10,09$ года. Распределение пациенток по результатам гистологического исследования удалённых полипов было сделано с учётом периода их жизни.

Основной жалобой пациенток были маточные кровотечения. 37 женщин в пременопаузе и постменопаузе не жаловались на симптомы, и патология эндометрия была выявлена только с помощью УЗИ органов малого таза.

В анамнезе 72 из 87 пациенток имели самопроизвольные роды (от 1 до 4), у 3 женщин было кесарево сечение. Искусственные аборт были у 58 пациенток (от 1 до 20), а самопроизвольные выкидыши — у 12 (от 1 до 3).

У 30 из 87 пациенток в анамнезе были проведены гистероскопия или раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки, из которых у 14 эти процедуры выполнялись неоднократно (от 2 до 8 раз), при этом у них были диагностированы гиперпластические процессы эндометрия. 9 женщин ранее получали гормональную терапию эстроген-гестагенами или гестагенами разной продолжительности (от 6 месяцев до 12 лет) для лечения ГПЭ. В анамнезе 9 пациенток, от 5 до 25 лет назад, проводились операции по поводу доброкачественных образований яичников.

У 80 из 87 пациенток была выявлена различная соматическая патология. Наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (58 пациенток), гиперхолестеринемия (52 пациентки) и ожирение (47 пациенток).

С целью диагностики и лечения всем пациенткам на первом этапе была проведена гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки с гистологическим исследованием соскобов. Полипы были полностью удалены у всех пациенток, что было подтверждено при контрольной гистероскопии. Часть удалённой ткани использовалась для гистологического анализа, а остальная — для определения уровня экспрессии генов рецепторов эстрадиола и прогестерона. Перед операцией у всех пациенток был взят образец венозной крови, в плазме которого определялись уровни гормонов: ЛГ, ФСГ,

тестостерона, пролактина, прогестерона и эстрадиола, чтобы оценить их возможное влияние на рецепторный профиль эндометрия.

Все данные исследования были обработаны с использованием программ Microsoft Office Excel 2007 и Prism 5.0. Результаты представлены в виде среднего значения \pm стандартная ошибка или Me – медиана, Q1 – 25-й перцентиль, Q3 – 75-й перцентиль. Для проверки соответствия распределения выборочных данных нормальному закону использовался критерий Колмогорова–Смирнова. Сравнение средних значений для параметрических данных проводилось с применением критерия Стьюдента, для непараметрических – с использованием критерия Манна–Уитни (U). Для оценки корреляции между признаками использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Критическим уровнем значимости при проверке статистических гипотез было принято значение $p < 0,05$.

В результате работы были выявлены и проанализированы взаимосвязи между особенностями анамнеза, выраженностью клинической картины и состоянием репродуктивной системы у пациенток с гиперплазией эндометрия.

В зависимости от соматического состояния пациенток, наличия противопоказаний к гормональной терапии, а также в случае отказа от использования официальных гормональных препаратов по причине отрицательного к ним отношения или наличия психоэмоционального барьера, для профилактики рецидивов и лечения гиперплазии эндометрия применялся фитогормон (натуральный прогестерон растительного происхождения) с учетом дифференцированного подхода.

Пациентки 1-й группы, находившиеся в позднем репродуктивном и пременопаузальном возрасте, жаловались на обильные и продолжительные менструации (48 %), нерегулярные менструации, переходящие в кровотечения (42 %). Остальные пациентки не отмечали нарушений менструального цикла, но у них был диагностирован патологический м-эхо по данным эхографии. Кроме того, 15 % пациенток беспокоили тянущие боли в нижней части живота и пояснице, не связанные с менструальным циклом. Для пациенток 2-й группы характерно отсутствие жалоб (18 %), и только 4 пациентки в постменопаузе отмечали периодические кровяные выделения из половых путей.

На первом этапе пациенткам проводилась гистероскопия и удаление патологического очага в матке, а на втором этапе, после получения гистологического заключения, назначались гормональные препараты. Гистероскопия выполнялась по стандартной методике с использованием эндоскопического оборудования компании «Medizintechnik» (Германия). Условиями для проведения баллонной абляции были: доброкачественная патология эндометрия, длина полости матки по зонду от 4 до 12 см, отсутствие

перегородок, синехий и субмукозных узлов 0 и 1 типов в матке. Всем пациенткам перед операцией проводилось полное обследование (амбулаторно или в стационаре), включая ультразвуковое исследование органов малого таза на аппарате «Voluson S8». Отдаленные результаты оценивались через 6, 12, 24 и 36 месяцев после операции с учетом клинической картины, характера менструальной функции у пациенток, продолжающих менструировать, результатов УЗИ органов малого таза и удовлетворенности пациенток проведенной операцией.

Результаты и Обсуждение результатов: Результаты предоперационного обследования показали, что 90 % пациенток репродуктивного и пременопаузального возраста (1-я группа) страдали от меноррагий и метроррагий. У всех пациенток была диагностирована гиперплазия эндометрия (ГПЭ) на основе гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания с последующим гистологическим исследованием соскобов. Из них у 28 пациенток была выявлена железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ), у 20 — сочетание ЖГЭ и железисто-фиброзного полипа эндометрия, у 7 — железисто-фиброзный полип на фоне неизмененного эндометрия, у 6 — железистый полип и у 1 — фиброзный полип эндометрия. В качестве сопутствующей гинекологической патологии у 55 пациенток была миома матки, у 31 — аденомиоз, в том числе в сочетании с миомой. По данным ультразвукового исследования размеры миомы составляли 6-11 недель беременности. У 4 пациенток миоматозные узлы имели подслизистую локализацию второго типа в сочетании с интерстициальными узлами, что было подтверждено как при эхографии, так и при гистероскопии. Диаметр подслизистых узлов варьировал от 1 до 2 см. У пациенток с аденомиозом при контрольной гистероскопии были отмечены грубый рельеф стенок полости матки в виде «хребтов», разволокненный миометрий и функционирующие эндометриодные ходы. Также у 15 пациенток на УЗИ были выявлены функциональные кисты яичников до 4 см в диаметре, которые исчезли через 1-2 месяца наблюдения.

Эффективность терапии оценивалась на основе клинических и ультразвуковых данных в процессе динамического наблюдения. Данные гистероскопии, проведенной перед аблацией эндометрия, показали, что у каждой второй пациентки 1-й группы был локально утолщенный эндометрий или соединительнотканевые участки в области удаленных ранее полипов. Всем пациенткам было проведено прицельное удаление выявленных патологий в полости матки и выскабливание при утолщенном эндометрии. Затем для профилактики рецидива гиперплазии эндометрия всем было назначено гормональное лечение (дюфастон, ЛРС «Мирена», нарколут).

Проведенные исследования подтвердили данные из литературы [16], что уровень гормонов в плазме крови зависит от возрастного периода женщины. У пациенток с полипами эндометрия в постменопаузе, по сравнению с пациентками в пременопаузе, был зафиксирован повышенный уровень ФСГ и ЛГ в 5,3 и 2,6 раза соответственно ($p < 0,001$), а уровень эстрадиола был снижен в 1,6 раза ($p = 0,04$).

Сравнение уровня гормонов в плазме крови у пациенток с различными гистологическими вариантами полипов эндометрия не показало значительных различий по большинству параметров, за исключением уровня пролактина. Концентрация пролактина была в 3,5 раза выше у пациенток с аденоматозными полипами по сравнению с пациентками с железисто-фиброзными полипами эндометрия ($1296,0 \pm 191,2$ мМЕ/л против $366,4 \pm 126,8$ мМЕ/л, $p = 0,007$). Ранее L.H. Gluo и Z.S. Wu [17, 18] подчеркнули важность высокой концентрации пролактина в плазме крови для развития гиперпластических процессов в тканях матки, таких как миома матки и пролиферативные процессы эндометрия.

Для изучения зависимости рецепторного профиля от морфологической картины полипов эндометрия был проведен сравнительный анализ этих параметров у пациенток в пре- и постменопаузе с учетом морфологического типа полипа.

В ходе проведенных процедур не было зафиксировано интраоперационных и анестезиологических осложнений. Кровопотеря при гистероскопии была минимальной, а при абляции вообще отсутствовала. Болевой синдром продолжался от 2 до 6 часов и успешно купировался с помощью ненаркотических анальгетиков, при этом наркотические препараты не потребовались ни одной пациентке. Послеоперационный период протекал без особенностей, аналогично процессу после гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания. Все пациентки прошли курс профилактической антибактериальной терапии (цефтриаксон и метронидазол), и воспалительных осложнений не наблюдалось. Реабилитация была быстрой, и пациентки были выписаны на 1-2 день после операции.

По результатам клинико-ультразвуковой оценки через 6 месяцев термоабляция показала свою эффективность у всех больных, и все пациентки отметили положительный результат. У пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального периода аменорея наблюдалась у 4 женщин, у 42 менструации были скудные, у 16 — умеренные. Рецидивов гиперплазии эндометрия (ГПЭ) через 6 месяцев наблюдения не было, а М-эхо оставалось в пределах возрастной нормы. Дополнительных патологий в матке и ее придатках

не выявлено. В одном случае, через 6 месяцев после аблации, наступила беременность, которая была прервана по желанию пациентки.

Через 12 месяцев после процедуры 56 пациенток группы, где проводилась аблация, отметили скудные и умеренные менструации и были удовлетворены результатами. У 6 пациенток произошел рецидив маточных кровотечений, что потребовало гистероскопии и выскабливания. У 3 из этих больных был диагностирован рецидив железистой гиперплазии эндометрия (ЖГЭ), и всем им была проведена тотальная резекция эндометрия. После 24 месяцев наблюдения в группе менструирующих пациенток эффект сохранялся у 50 женщин. У 3 пациенток с подозрением на рецидив ГПЭ была проведена гистероскопия, и им была выполнена тотальная резекция эндометрия.

Через 3 года после операции в группе 1 эффективность процедуры сохранялась у 48 пациенток, в том числе у тех, кто вступил в менопаузу. Рецидив ГПЭ был зафиксирован у 2 женщин позднего репродуктивного возраста, и им была проведена резекция эндометрия. У одной пациентки, несмотря на операцию, продолжались обильные менструации, и ей была сделана ампутация матки. Также у одной женщины было выявлено новообразование яичника, которое подтвердилось как рак 1 стадии.

Пациентки второй группы (постменопауза) хорошо перенесли аблацию, интра- и послеоперационных осложнений не было. У 22 пациенток рецидивов ГПЭ не наблюдалось. Все пациентки остались довольны результатами операции. Однако одна пациентка умерла через 3 года от злокачественного опухолевого процесса в желудочно-кишечном тракте.

Таким образом, результаты исследования подтвердили высокую эффективность и безопасность аблации эндометрия. Эффективность метода зависит от возраста пациентки и наличия сопутствующих заболеваний, таких как аденомиоз и миома матки. У менструирующих пациенток эффективность составила 79% через 3 года, в постменопаузе — 100%. Основными причинами рецидива являются сохранение пролиферирующего эндометрия в очагах аденомиоза и недостаточное воздействие на углы матки при глубоком положении. Для повышения эффективности лечения рекомендуется назначение гестагенов в послеоперационный период у пациенток с аденомиозом.

Список литературы:

1. Думановская М.Р., Чернуха Г.Е., Табеева Г.И., Асатулова А.В. Гиперплазия эндометрия: поиск оптимальных решений и стратегий. Акушерство и гинекология. <https://doi.org/10.18565/aig.2021.4.23-31>.

2. Подзолкова Н.М., Коренная В.В. Современные представления об этиологии, патогенезе и принципах лечения гиперплазии эндометрия. *Акушерство и гинекология*. 2021;(8):192-9. <https://doi.org/10.18565/aig.2021.8.192-199>.

3. Клинические рекомендации. Гиперплазия эндометрия. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. 45 с. Режим доступа: https://www.rzn8gb.ru/pub/att/9_1344_482.pdf.

4. Габидуллина Р.И., Смирнова Г.А., Нухбала Ф.Р. и др. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток. *Гинекология*. 2019;21(6):53-8. <https://doi.org/10.26442/20795696.2019.6.190472>.

5. Багдасарян Л.Ю., Пономарев В.В., Карахалис Л.Ю. и др. Факторы, влияющие на развитие полипов эндометрия. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018;25(2):25-8. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2018-25-2-25-28>.

6. Andrews W.W., Hauth J.C., Cliver S.P. et al. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis in nonpregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(6):1611-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.04.010>.

7. De Marchi F., Fabris A.M., Tommasi L. et al. Accuracy of hysteroscopy made by young residents in detecting endometrial pathologies in postmenopausal women. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2014;35(3):219-23.

8. Асатурова А.В., Чернуха Г.Е., Иванов И.А., Куземин А.А. Клинико-морфометрические особенности полипов эндометрия и механизмы возникновения аномальных маточных кровотечений. *Акушерство и гинекология*. 2019;(7):64-70. <https://doi.org/10.18565/aig.2019.7.64-70>.

9. Clevenger-Hoeft M., Syrop C.H., Stovall D.W., Van Voorhis B.J. Sonohysterography in premenopausal women with and with-out abnormal bleeding. *ObstetGynecol*1999;94(4):516-20. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00345-2](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00345-2)

10. Clark T.J., Stevenson H. Endometrial polyps and abnormal uterine bleeding (AUB-P): what is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.005>.

11. Cohen M.A., Sauer M.V., Keltz M., Lindheim R. Utilizing routine sonohysterography to detect intrauterine pathology before initiating hormone replacement therapy. *Menopause*. 1999;6(1):68-70.

12. Cakmak H., Taylor H.S. Implantation failure: molecular mechanisms and clinical treatment. *Hum Reprod Update*. 2011;17(2):242-53. <https://doi.org/10.1093.humupd/dmq037>.

13. Tanos V., Berry K.E., Seikkula J. et al. The management of polyps in female reproductive organs. *Int J Surg.* 2017;43:7-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2017.05.012>.
14. Capmas P., Pourcelot A.G., Giral E. et al. Office hysteroscopy: a report of 2402 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016;45(5):445-50. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.02.007>
15. Чернуха Г.Е., Асатурова А.В., Иванов И.А., Думановская М.Р. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды. *Акушерство и гинекология.* 2018;(8):129-34. <https://doi.org/10.18565/aig.2018.8.129-134>.
16. Саттаров Ш.Н., Коган Е.А., Саркисов С.Э. и др. Молекулярные механизмы патогенеза полипов эндометрия в постменопаузе. *Акушерство и гинекология.* 2013;(6):17-22.
17. Xuebing P., TinChiu L., Enlan X. et al. Is endometrial polyp formation associated with increased expression of vascular endothelial growth factor and transforming growth factor-beta1? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;159(1):198-203. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.06.036>.
18. Gentry-Maharaj A., Karpinskyj C. Current and future approaches to screening for endometrial cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;65:79-97. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.006>.
19. Clarke M.A., Long B.J., Del Mar Morillo A. et al. Association of endometrial cancer risk with postmenopausal bleeding in women: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Int Med.* 2018;178(9):1210-22. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2820>.
20. Parazzini F., Viganò P., Candiani M., Fedele L. Diet and endometriosis risk: a literature review. *Reprod Biomed Online.* 2013;26(4):323-36. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.12.011>.
21. Vercellini P., Viganò P., Somigliana E., Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10(5):261-75. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.255>.
22. Giannella L., Carpini G.D., Sopracordevole F. et al. Atypical endometrial hyperplasia and unexpected cancers at final histology: a study on endometrial sampling methods and risk factors. *Diagnostics (Basel).* 2020;10(7):474. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10070474>.
23. Shan M., Carlson K.E., Bujotzek A. et al. Nonsteroidal bivalent estrogen ligands: an application of the bivalent concept to the estrogen receptor. *ACS Chem Biol.* 2013;8(4):707-15. <https://doi.org/10.1021/cb3006243>.