

УДК: 618.145-007.61-055.28-08

Көп бойлуу аялдардын гиперпластикалык процесстерин дарылоо ыкмалары жана алардын клиникалык эффективдүүлүгүнө баа берүү

Е.А. Кибец, Т.А. Абаева, Э.М. МаксUTOва, А.А. Дозалиев

С. Б. Данияров атындагы Кыргыз Мамлекеттик кайрадан даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институту, Бишкек, Кыргызская Республика

Корутунду. *Киришүү.* Эндометрийдин гиперпластикалык процесстери заманбап гинекологиянын актуалдуу көйгөйү болуп саналат. Бул жатындын былжыр челиндеги морфологиялык өзгөрүүлөрдүн башка спектри, бездүү жана азыраак даражада стромалык компоненттердин басымдуу пролиферациясы.

Изилдөөнүн максаты - көп тууган аялдардын клиникалык эффективдүүлүгүн баалоо менен гиперпластикалык процесстерди дарылоонун тактикасын оптималдаштыруу.

Материалдар жана ыкмалар. Кыргыз Республикасынын Бишкек шаарындагы шаардык гинекологиялык ооруканасынан эндометрий гиперплазиясы менен ооруган 142 оорунун тарыхына жана амбулаториялык кабыл алынган дени сак аялдардын 80 медициналык картасына ретроспективдүү талдоо жүргүзүлдү. Аялдардын орточо жашы $29,7 \pm 6,1$ жашты түзөт.

Натыйжалар. Эндометрия безинин гиперплазиясынын диагнозу арыздардын, УЗИ, гистероскопиянын негизинде коюлуп, гистологиялык жактан тастыкталган. Бардык бейтаптар 6 ай бою пероралдык прогестогендер менен жана жатын ичиндеги гормоналдык левоноргестрел-релиз системасын колдонуу менен дарыланышкан. Дарылоодон кийин эндометриянын гиперплазиясынын регрессиясы, кандагы гемоглобиндин көбөйүшү жана этек кирдин азайышы байкалган.

Жыйынтыгы. Ооз аркылуу жана жергиликтүү жатын ичиндеги (ЛНГ-ВМС) прогестогендер эндометриянын гиперплазиясынын атипиясыз регрессиясына жетүү үчүн натыйжалуу.

Негизги сөздөр: эндометрий безинин гиперплазиясы, прогестогендер, жатын ичиндеги гормоналдык левоноргестрел-релиздик система.

Методы лечения гиперпластических процессов у многорожавших женщин и оценка их клинической эффективности

Е.А. Кибец, Т.А. Абаева, Э.М. МаксUTOва, А.А. Дозалиев

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. *Введение.* Гиперпластические процессы эндометрия – актуальная проблема современной гинекологии. Гиперплазия эндометрия – это различный спектр морфологических изменений слизистой оболочки матки, с преимущественной пролиферацией железистого и, в меньшей степени, стромального компонентов.

Адрес для переписки:

Кибец Елена Анатольевна, 720017,
Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Боконбаева 144а,
КГМИПипК им. С.Б. Даниярова
Тел.: + 996 707404706
E-mail: kib-elena2003@yandex.ru

Contacts:

Kibets Elena Anatolevna, 720017,
144a Bokonbaev str., Bishkek, Kyrgyz Republic
KSMIRaAT named after S.B. Daniyarov
Phone: + 996 707404706
E-mail: kib-elena2003@yandex.ru

Для цитирования:

Кибец Е.А., Абаева Т.А., МаксUTOва Э.М., Дозалиев А.А. Методы лечения гиперпластических процессов у многорожавших женщин и оценка их клинической эффективности. Здравоохранение Кыргызстана 2022, № 4, с. 88-94.
doi. 10.51350/zdravkg2022.4.10.12.88

Citation:

Kibets E.A., Abaeva T.A., Maksutova E.M., Dozaliev A.A. Treatment methods for hyperplastic processes in multiparous women and evaluation of their clinical effectiveness. Health care of Kyrgyzstan 2022, No.4, pp. 88-94.
doi.10.51350/zdravkg2022.4.10.12.88

Цель исследования - Оптимизация тактики лечения гиперпластических процессов у многорожавших женщин с оценкой их клинической эффективности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 142 историй болезни пациенток с гиперплазией эндометрия из городской гинекологической больницы г. Бишкек Кыргызской Республики и 80 медицинских карт здоровых женщин из поликлинических приемов. Средний возраст женщин $29,7 \pm 6,1$ года. А также проведено проспективное наблюдение.

Результаты. Диагноз железистой гиперплазии эндометрия установлен на основании жалоб, УЗИ, гистероскопии и подтвержден гистологически. Всем пациенткам проводилась терапия в течение 6 месяцев гестагенами путем перорального приема и с использованием внутриматочной гормональной левоноргестрел-релизинг-системы (ЛНГ-ВМС). После лечения отмечалась регрессия гиперплазии эндометрия, повышение содержания гемоглобина в крови, снижение менструальной кровопотери.

Также проведена оценка кровопотери по нами модифицированной шкале.

Выводы. Пероральный гестаген и местный внутриматочный (ЛНГ-ВМС) прием гестагенов эффективны для достижения регрессии гиперплазии эндометрия без атипии.

Ключевые слова: железистая гиперплазия эндометрия, прогестагены, внутриматочная гормональная левоноргестрел-релизинг-система.

Treatment methods for hyperplastic processes in multiparous women and evaluation of their clinical effectiveness

Е.А. Kibets, Т.А. Abaeva, Е.М. Maksutova, А.А. Dozaliev

Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training named after S. B. Daniyarov, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. Introduction. Hyperplastic processes of the endometrium are an actual problem of modern gynecology. This is a different spectrum of morphological changes in the uterine mucosa, with predominant proliferation of glandular and, to a lesser extent, stromal components.

Objective of the study: optimization of tactics for the treatment of hyperplastic processes in multiparous women with an assessment of their clinical effectiveness.

Materials and methods. A retrospective analysis of 142 case histories of patients with endometrial hyperplasia from the city gynecological hospital in Bishkek, the Kyrgyz Republic and 80 medical records of healthy women from outpatient appointments was carried out. A prospective observation was also carried out. The average age of women is $29, 7 \pm 6, 1$ years.

Results. The diagnosis of glandular hyperplasia of the endometrium was established on the basis of complaints, ultrasound, hysteroscopy and confirmed histologically. All patients were treated for 6 months with oral progestogens and using an intrauterine hormonal levonorgestrel-releasing system. After treatment, there was a regression of endometrial hyperplasia, an increase in hemoglobin in the blood, and a decrease in menstrual blood loss.

Conclusions. Oral and local intrauterine (LNG-IUD) progestogens are effective in achieving regression of endometrial hyperplasia without atypia.

Key words: endometrial glandular hyperplasia, progestogens, intrauterine hormonal levonorgestrel-releasing system.

Введение

На современном этапе одной из важнейших проблем для гинекологии является проблема лечения и профилактики гиперплазии эндометрия (ГПЭ). Актуальность этого вопроса связана не только с высокой распространенностью заболевания у женщин, но и в связи с онкологической настроженностью, так как от 25 до 80% случаев рак эндометрия развивается на фоне гиперпластических (пролиферативных) процессов эндометрия. Считается, что от диаг-

ности различных вариантов ГПЭ до малигнизации процесса проходит в среднем 6-7 лет [1].

Общеизвестно, что гиперпластические процессы эндометрия – это различный спектр морфологических изменений слизистой оболочки матки, с преимущественной пролиферацией железистого и, в меньшей степени, стромального компонентов [2]. Выбор тактики ведения больных зависит от формы гиперплазии эндометрия. Согласно современной классификации, различают простую железистую гиперплазию эндометрия, а «атипическая гиперпла-

зия» и «эндометриальная интраэпителиальная неоплазия» объединены в одну группу как синонимы [3].

Актуальность проблемы ГПЭ определяется не только широкой распространенностью и связью со злокачественными процессами тела матки, но и со сложностями дифференциальной диагностики [5]. По данным литературы в ряде случаев заболевание протекает бессимптомно, а наиболее частым клиническим проявлением ГПЭ являются аномальные маточные кровотечения (АМК), совпадающие с менструациями или наступающие после их задержки. Как правило, отмечаются нарушение регулярности менструаций, появление межменструальных кровянистых выделений, абдоминальная боль, бесплодие [6,7].

Известно что более половины женщин репродуктивного возраста сталкиваются с АМК, хотя бы один раз в жизни, в то время, как только четверть из них обращается за врачебной помощью. Как следствие развивается анемия, что сопровождается чувством усталости, недомогание, снижение качества жизни. Данные симптомы приводят не только к ухудшению соматического здоровья, но и к ограничению социальной активности, увеличение финансовых расходов на покупку дополнительных гигиенических средств, лекарственных препаратов. АМК оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье и общее благополучие женщин, приводя к снижению качества жизни.

При сборе анамнеза необходимо также учитывать факторы риска: возраст, наследственность, ожирение, раннее менархе, поздняя менопауза, диабет, прием гормональных препаратов, злостное курение и т.д. [8]. Из современных методов обследования широко применяются ультразвуковое исследование, гистероскопия. Решающим методом для постановки диагноза, который имеет высокую степень верификации, является гистологическое исследование, позволяющее определить характер морфоструктурных изменений [9]. Забор биоптата является обязательным и проводится путем амбулаторной биопсии эндометрия или во время диагностической гистероскопии (RCOG). Показанием к биопсии служат аномальные маточные кровотечения у женщин любого возраста при наличии одного и более факторов риска, лечебно-диагностическая гистероскопия с биопсией эндометрия показана при полипах эндометрия или других локальных поражениях эндометрия [9,10]. Трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ) для диагностики гиперплазии эндометрия может применяться у всех женщин репродуктивного возраста, с жалобами на мено-метроррагию и анемию. При этом исследовании измеряют толщину эндометрия, однородность структуры, особенности эхогенность, края контуров. В пременопаузе роль ТВУЗИ ограничивается выявлением ст

руктурных аномалий эндометрия [10]. В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации гинекологов-лапароскопистов (AAGL, 2012) проведение цветного или энергетического доплеровского исследования в дополнение к ТВУЗИ увеличивает возможность диагностики [11].

Лечение гиперпластических процессов проводится как консервативно с назначением гормональной терапии, так и хирургически путем гистерэктомии. С учетом результатов патоморфологического исследования эндометрия, возраста, клинической картины, сопутствующей экстрагинетальной или гинекологической патологии, репродуктивных планов, приверженности к лечению. Гормональная терапия направлена на нормализацию состояния эндометрия, регуляцию ритма менструаций и профилактику АМК. Широко применяется лечение препаратами с гестагенными свойствами, которые оказывают выраженное антипролиферативное действие на эндометрий [8]. Возможно назначение гестагенов в непрерывном режиме или с использованием внутриматочной гормональной левоноргестрел-релизинг-системы на срок не менее 6 мес и более, что является более эффективным средством лечения ГЭ. Рекомендуется продолжение терапии и на более длительный срок, если не наблюдается побочных эффектов. На фоне медикаментозной терапии необходимо проводить контрольные биопсии эндометрия с гистологическим исследованием двукратно с шестимесячным интервалом [9]. В больших популяционных исследованиях доказан защитный эффект на эндометрий комбинированных оральных контрацептивов (КОК), которые обеспечивают снижение риска развития рака эндометрия на 40-60%. Тотальная гистерэктомия показана только при атипической форме вследствие высокого риска малигнизации [8]. Вопрос об удалении придатков решается индивидуально. Отсутствие стандартизованного подхода к тактике лечения больных с ГПЭ приводит к утяжелению состояния и инвалидизации женщин.

Цель исследования: оптимизация тактики лечения гиперпластических процессов у многорожавших женщин с оценкой их клинической эффективности, а также изучение возможности их прогнозирования и ранней диагностики пролиферативных процессов эндометрия.

Материалы и методы

Данные получены на основании ретроспективного исследования с проспективным наблюдением, что включало анализ 142 историй болезни пациенток из городской гинекологической больницы г. Бишкек Кыргызской Республики и 80 медицинских карт здоровых женщин из поликлинических приемов.

Данные получены на основании ретроспек

тивного анализа историй болезни пациенток в возрасте от 18 до 42 лет из городской гинекологической больницы г. Бишкек Кыргызской Республики и медицинских карт женщин, наблюдавшихся амбулаторно.

Критериями включения в основную группу (N=142 (100%)) явились: репродуктивный возраст; наличие в анамнезе гиперпластического изменения эндометрия без атипии; количество родов в анамнезе более трех (многорожавшие); отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии.

Критерии включения в группу сравнения (здоровые N=80(100%)): репродуктивный возраст; отсутствие гиперпластических изменений эндометрия, количество родов в анамнезе не менее трех (многорожавшие); отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии.

Критериями исключения для обеих групп явились: не репродуктивный период; отсутствие беременностей и родов в анамнезе; опухоли органов репродуктивной системы; тяжелые экстрагенитальные заболевания, менее трех родов в анамнезе, наличие симптомов менопаузального перехода.

Средний возраст женщин - $28,6 \pm 5,7$ и $30,9 \pm 6,5$ года соответственно. Основную группу составили 142 женщины с верифицированным диагнозом ГПЭ в анамнезе, и находившихся под наблюдением, контрольная группа включала 80 здоровых женщин, обратившихся к гинекологам для профилактического осмотра и без каких-либо нарушений цикла, без патологии эндометрия. Всем женщинам проводилось стандартное клиническое обследование, комплекс диагностических и лечебных мероприятий, а также определялся уровень тревожности по тестам Спилберга-Ханина. Анализ историй болезни включал изучение факторов риска, обусловленных отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и соматическим статусом. Всем больным проведено полное обследование с целью исключения тяжелой экстрагенитальной патологии, а также верифицирован диагноз ГПЭ.

Статистический анализ производился по общепринятым методикам.

Здоровые женщины составили 1 (80(100%)) группу; во 2 группу вошли 72 женщин с железистой гиперплазией эндометрия, получавшие пероральную терапию прогестагенами; 3 группа – женщины с ГПЭ, получавшие терапию с использованием левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС). Средний возраст женщин $29,7 \pm 6,1$ года, у всех в анамнезе отмечалось три и более родов.

Оценка количества менструальной кровопотери проводилась ретроспективно и проспективно всем исследуемым женщинам была выдана модифицированная нами карта (MBL), Higham и Shaw (1990г), Janssen, John: широко используемая в Канад-

ском обществе гемофилии, модифицированная с учетом особенностей Кыргызстана (см. приложение 1); интергенетический интервал менее 2 лет, употребление черного чая после еды. В опроснике пациентка четко может определить объем своей возможной кровопотери.

Ретроспективно-проспективный анализ включал также изучение факторов риска, обусловленных отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и соматическим статусом по картам пациентов, а также на личном приеме врача.

Диагноз был установлен на основании данных стандартного клинического обследования, УЗИ органов малого таза проведенного в конце 2 фазы цикла, или при наличии жалоб АМК, гистероскопия проводилась при наличии показаний, и выборе пациентки данного метода лечения.

Простой (доброкачественная) железистая гиперплазия эндометрия подтверждена морфологически.

Сравнение эффективности лечения по принципу «до – и – после» оценивалось по динамике клинических проявлений: жалоб, общего самочувствия, гемоглобина, оценивалась толщина эндометрия до и после проведенного лечения, учитывалась тревожность пациентки, подсчитывалась кровопотеря пациентки по модифицированной нами карте.

А так же с целью определения возможного прогнозирования ГПЭ все женщины заполняли модифицированную нами карту оценки менструальной кровопотери (MBL), где пациентками регистрировалась их кровопотеря в течение года.

Результаты и обсуждение

Общеизвестно, что предиктором развития ГПЭ является нарушение менструального цикла с обильной потерей крови как во время менструаций, так и в межменструальный период [2,4,9]. В группе исследованных нами больных женщин 80% из них отмечали АМК в течение длительного времени (более года), но не придавали этому факту должного значения. Как видно из таблицы 1, количество менструальной кровопотери женщин с ГПЭ до начала лечения существенно выше по сравнению со здоровыми женщинами. АМК привели к снижению гемоглобина в крови больных женщин, так этот показатель у них не превышал 100г/л (в среднем $92,5\text{г/л}$), в то время как у здоровых достигал в среднем 120г/л . По данным литературы женщины, имеющие преморбидный фон, отягощенный анемией, ожирением, мастопатией, хроническими воспалительными заболеваниями желудочно - кишечного тракта, сахарным диабетом имеют более высокие риски развития ГПЭ [13]. Высокий индекс массы тела (ИМТ) напрямую свидетельствует о нарушении метаболических процессов, нарастании гиперэстрогении и влиянии

Таблица 1. Показатели до начала лечения.

Table 1. Indicators before treatment.

Groups	Menstrual blood loss before treatment (ml)		Hemoglobin content before treatment (g/l)		Thickness of the endometrium before treatment (mm)		Mastopathy		BMI ≥ 30 kg/m ²
	Mean	Standard Off.	Mean	Standard Off.	Mean	Standard Off.	Qty	%	%
Group 1 - healthy (n - 80)	61.5	9.61	120	9.20	10.8	1.22	eight	ten	12.5
2 group - women with HPE treated with oral therapy (n - 72)	105.28	7.41	91.75	8.91	19.72	1.92	64	88.8	65
3rd group - women with HPE treated with an LNG-IUD (n - 70)	103.14	10.78	92.51	9.34	19.86	1.91	60	85.7	

Таблица 2. Органосохраняющие методы лечения гиперплазии эндометрия без атипии.

Table 2. Organ-preserving therapies for endometrial hyperplasia without atypia.

Method	Advantages	Restrictions
Oral progestins (BI level of evidence)	Availability Evidence base and experience of use in all forms of HPE	System effects Intolerance in liver pathology The need for long-term use Influence on concomitant gynecological pathology Bloodstaining
LNG-IUS (Evidence level A)	Evidence base and experience of use in all forms of HPE No systemic effects Good cycle control No negative impact on comorbidity contraceptive effect	Restrictions on use with severe deformation of the uterine cavity

Таблица 3. Показатели до и после лечения.

Table 3: Pre- and post-treatment indicators.

Indicators	Groups			
	group 2 - women with HPE who received oral therapy (n - 72)		group 3 - women with HPE who received LNG-IUD (n - 70)	
	Mean	Standard off.	Mean	Standard off.
Menstrual blood loss before treatment (ml)	105.28	7.41	103.14	10.78
Menstrual blood loss after treatment (ml)	68.75	13.07	69.77	15.20
Hemoglobin content before treatment (g/l)	91.75	8.91	92.51	9.34
Hemoglobin content after treatment (g/l)	112.28	6.52	111.71	6.28
Endometrial thickness before treatment (mm)	19.72	1.92	19.86	1.93
Endometrial thickness after treatment (mm)	10.60	1.90	10.50	1.83

на развитие ГПЭ. У 65% женщин с ГПЭ отмечалось превышение ИМТ (выше 30,0 кг/м²), тогда как в группе здоровых женщин только у 35% ($T^2(2; 0, 05)=7,08$), это определяет, что индекс массы тела связан с ГЭ.

Кроме того, 124 человека (87,8%) из основной группы и только 8 женщин (10%) из 3 группы имели в анамнезе мастопатию.

На ТВУЗИ, проведенном до начала лечения, толщина М-эха у женщин 2 и 3 группы была на 20-23 дни менструально цикла приблизительно одинаково утолщенной (19,86 мм и 19,72 мм соответственно), а у здоровых женщин составляла 10,8мм, что существенно выше нормы.

Консервативное лечение железистой гиперплазии эндометрия проводилось с учетом возраста, клинической картины, сопутствующей экстрагенитальной или гинекологической патологии, а также репродуктивных планов и приверженности к лечению.

При выборе препаратов для гормональной терапии необходимо соблюдать следующие правила:

- целенаправленно воздействовать на характер пролиферативных процессов в эндометрии;
- не нарушать фолликуло- и гаметогенез у женщин репродуктивного возраста;
- не оказывать отрицательного влияния на другие гормонозависимые органы;
- гармонизировать вегетативную и центральную нервную деятельность;
- не способствовать обострению хронических соматических заболеваний.

Согласно современным международным стандартам RCOG [13] женщины из 2 группы получали лечение перорально препаратами дюфастон (30мг в сутки) или микронозированным прогестероном (300 мг в сутки); женщины из 3 группы – ЛНГ ВМС. Преимущества и ограничения использования такой терапии приведены в таблице 2 [14]. Все пациентки предварительно были ознакомлены с достоинствами и недостатками используемой тактики лечения и подписали информированное согласие.

Оценка эффективности лечения проводилась через шесть месяцев непрерывного лечения по

следующим параметрам: нормализация менструального цикла, количество менструальной кровопотери, сравнение показателей гемоглобина и толщины эндометрия до начала терапии и после. Анализ перечисленных данных показал высокую эффективность проведенной терапии у женщин обеих групп. Так, после лечения количество менструальной кровопотери у женщин как 2, так и 3 групп существенно снизилось (68,7 и 69,7мл соответственно) практически до показателей здоровых женщин (61,5 мл). Толщина эндометрия уменьшилась до 10,6 мм у женщин 2 группы и до 10,5 мм у женщин 3 группы, содержание гемоглобина в крови повысилось (Таблица 3).

Дополнительно оценивался уровень удовлетворенности проведенным лечением по 10 бальной шкале (16): 0 - не удовлетворён, 5 – средне удовлетворён, 10 – удовлетворен полностью.

Результаты опроса показали, что удовлетворенность проведенным лечением, которая фиксировалась по 10 бальной шкале составила $7,9 \pm 1,16$ у женщин, получавших таблетированные гестагены и с ЛНГ-ВМС $8,4 \pm 1,0$. баллов среди женщин обеих групп.

Выводы

Резюмируя вышеизложенное, считаем целесообразным еще раз подчеркнуть, что семейным врачам и гинекологам особое внимание сбору анамнеза, характеру и количеству менструальной кровопотери, выявлять на приеме пациенток с АМК. При лечении женщин с железистой гиперплазией эндометрия необходимо применять гормональную терапию в течение, как минимум, 6 месяцев. Как пероральный, так и ЛНГ-ВМС прием гестагенов одинаково эффективны для достижения регрессии гиперплазии эндометрия без атипии.

Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов. The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Подгорная А.С. Проллиферативные процессы эндометрия: современное состояние проблемы. Гомель: РНПЦ РМ и ЭЧ, 2017. [Podgornaia A.S. Endometrial proliferative processes: current state of the problem. Gomel': RNPTs RM i ECh, 2017] (in Russian).
2. Jenny M. HIGHAM, P. M. S. O'BRIEN, R. W. SHAW British Journal of Obstetrics and Gynaecology, август 1990 г., Vol. 97, стр. 734-739.
3. Горных О. А. Гиперплазия и предрак эндометрия / Самоиленко В.В., Бишта- ви А.Х., Каниболоцкий А.А., Манухин И. Б., Табакман Ю.Ю. //Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – No 4. – С. 59-63. [Gornyxh O.A. Hyperplasia and precancer of the endometrium / Samoilenko V.V., Bishtavi A.Kh., Kanibolotsky A.A., Manukhin I.B., Tabakman Yu.Yu. // Tumors of the female reproductive system. - 2011. - No 4. - S. 59-63.]

4. Sobczuk K, Sobczuk A. New classification system of endometrial hyperplasia WHO 2014 and its clinical implications. *Prz Me porauzalny* 2017; 16 (3): 107-11.
5. Подзолкова Н.М., Коренная В.В. Современные представления об этиологии, патогенезе и принципах лечения гиперплазии эндометрия. *Акушерство и гинекология*. 2021; 8: 192-199 <https://dx.doi.org/10.18565/aig>. [Podzolkova N.M., Korennaya V.V. Modern ideas about the etiology, pathogenesis and principles of treatment of endometrial hyperplasia. *Obstetrics and gynecology*. 2021; 8: 192-199 <https://dx.doi.org/10.18565/aig>.]
6. Шешукова Н. А., Макаров И. О., Овсянникова Т. В. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности пролиферативной активности при сочетании с хроническим эндометритом // *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2011. № 3. С. 10–15. [Sheshukova N. A., Makarov I. O., Ovsyannikova T. V. Endometrial hyperplastic processes: features of proliferative activity in combination with chronic endometritis // *Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2011. No. 3. P. 10–15]
7. Tanos V, Berry K.E, Seikkula J et al. The management of polyps in female reproductive organ. *Int J Surg* 2017; 43: 7-16.
8. Габидуллина Р.И., Смирнова Г.А., Нухбала Ф.Р., Валеева Е.В., Орлова Ю.И., Шакиров А.А. *Consilium Medicum*. Том 21, №6, 2019, С.53-58. [Gabidullina R.I., Smirnova G.A., Nukhbala F.R., Valeeva E.V., Orlova Yu.I., Shakirov A.A. *Consilium Medicum*. Volume 21, No. 6, 2019, P. 53-58] URL: <https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/96818>
9. В.А. Пушкарев, Г.Т. Мустафина, Ш.М. Хуснутдинов, Е.В. Кулавский, И.М. Мазитов, Е.К. Голов, А.В. Пушкарев Железистая гиперплазия эндометрия. Диагностика, клиника, лечение. *Креативная хирургия и онкология*. 2013;(4):23-27. [V.A. Pushkarev, G.T. Mustafina, Sh.M. Khusnutdinov, E.V. Kulavsky, I.M. Mazitov, E.K. Golov, A.V. Pushkarev Glandular hyperplasia of the endometrium. Diagnosis, clinic, treatment. *Creative surgery and oncology*. 2013;(4):23-27]
10. А.С. Подгорная, А.Ю. Захарко, Н.Н. Шибаева, А.И. Козлова, Л.П. Коршунова, А.В. Марченко, О.В. Мурашко ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ Практическое пособие для врачей. Гомель, ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2018. [A.S. Podgornaya, A. Yu. Zakharko, N.N. Shibaeva, A.I. Kozlova, L.P. Korshunova, A.V. Marchenko, O.V. Murashko PROLIFERATIVE PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM: CURRENT STATE OF THE PROBLEM A practical guide for physicians. Gomel, GU "RSPC RM and EC", 2018.]
11. Renaud M.C, Le T. SOGC-GOC-SCC policy and practice guidelines committee, special contributors. Epidemiology and investigations for suspected cancer. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35 (4): 380-1.
12. Chandra, V. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia / V. Chandra [et al.] // *J Gynecol Oncol*. – 2016. - Vol. 27 (1). – P. 128-136.
13. Royal College of Obstetrician and gynecologists. Management of Endometrial Hyperplasia. Green-Top Guideline No.67. RCOG/BSGE Joint Guideline - February 2016.
14. Серов В.Н. Гормонально-метаболические изменения при пролиферативных процессах и предраке женских половых органов. *Доктор.Ру*. No 2. 2018. с. 11-14. [Serov V.N. Hormonal and metabolic changes in proliferative processes and precancer of the female genital organs. *Doctor.Ru*. No 2. 2018. p. 11-14.]
15. Татарчук, Т.Ф. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрія / Т.Ф. Татарчук, О.В. Бурлака, К.О. Корінна // *Ліки та життя*. — 2005. — № 1. — С. 100–101. [Tatarchuk, T.F. Drug therapy of hyperproliferative endometrial processes / T.F. Tatarchuk, O.V. Burlaka, K.O. Korinna // *Faces of that life*. - 2005. - No. 1. - S. 100-101.]
16. <https://hrhhelpine.ru/metodika-otsenki-udovletvorennosti-personala/>

Авторы:

Кибец Елена Анатольевна, к.м.н., заведующая кафедрой Акушерства гинекологии и репродуктологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1203-6495>

Абаева Тунук Абаевна, м.н.с., Ассистент кафедры Акушерства гинекологии и репродуктологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8648-4856>

МаксUTOва Эльмира Мелибаевна, к.м.н., и.о. доцента кафедры акушерства гинекологии и репродуктологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, Бишкек, Кыргызская Республика
E-mail: maksutovaelmira@mail.ru

Дозалиев Азиз Алымбекович, м.н.с., НИР Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С.Б. Даниярова, врач акушер – гинеколог НЦОМид, отделение оперативной гинекологии, эндовидеохирург, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2604-1540>

Authors:

Kibets Elena Anatolyevna, Ph.D., Head of the Department of Obstetrics and Gynecology and Reproductology, Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Advanced Training named after S.B. Daniyarova, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1203-6495>

Abueva Tunuk Abaevna, Junior Researcher, Assistant of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Advanced Training named after S.B. Daniyarova, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8648-4856>

Maksutova Elmira Melibaevna, Ph.D., Acting Associate Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, S.B. Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Advanced Training, Bishkek, Kyrgyz Republic
E-mail: maksutovaelmira@mail.ru

Dosaliev Aziz Alymbekovich, M.S., Research Institute of Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training named after S.B. Daniyarov, obstetrician - gynecologist, National Center for Motherhood and Flying, Department of Operative Gynecology, endovideochurger, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2604-1540>

Поступила в редакцию 22.10.2022

Принята к печати 04.11.2022

Received 22.10.2022

Accepted 04.11.2022