

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

Диссертационный совет Д.14.11.010

На правах рукописи

УДК 618:618.1:614.25

ХУШВАХТОВА ЭРГАШОЙ ХУШВАХТОВНА

**ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Бишкек – 2012 г.

Работа выполнена в Научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения Республики Таджикистан

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Мусуралиев Макенжан Субанович

Официальные оппоненты: Заслуженный деятель науки КР,
доктор медицинских наук, профессор
Рыбалкина Людмила Дмитриевна

доктор медицинских наук, профессор
Мухамадиева Саодатхон Мансуровна

доктор медицинских наук, доцент
Бейшенбиева Гульнара Джанузаковна

Ведущая организация: Московский Государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (127473, Российская Федерация, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.)

Защита состоится «___» _____ 2012 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д14.11.010 при Национальном центре охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

Автореферат разослан «___» _____ 2012 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

Фуртикова А.Б.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Гиперпластические процессы репродуктивной системы имеют важное медико-социальное значение ввиду высокой частоты встречаемости, отрицательного влияния на репродуктивную систему и общее состояние женщины, являясь наиболее частой причиной формирования злокачественных опухолей [Л.В.Адамян и соавт., 2000; И.В.Кулаков и соавт., 2001, 2005; Е.М.Вихляева, 2004, 2006; И.Ю.Коган, 2008; С.А.Amesena et al., 2000].

Кроме того, необходимо учитывать региональную специфику Таджикистана: высокий уровень рождаемости при коротком интергенетическом интервале, многочисленные искусственные и/или самопроизвольные аборты, высокая распространенность воспалительных заболеваний урогенитального тракта, несвоевременная диагностика заболеваний, низкий процент использования гормональной контрацепции, отсутствие должного внимания женщинам старшей возрастной группы, недостаточная информированность населения о гиперпластических процессах репродуктивной системы, низкий экономический уровень населения. Все это ухудшает показатели репродуктивного здоровья женщин.

В структуре гиперпластических процессов органов репродуктивной системы (ГПРС) женщины ведущее место занимают миома матки, гиперплазия эндометрия и молочных желез, которые составляют 25-50%, 10-18% и 37-42%, соответственно [В.Е.Радзинский и соавт., 2002; И.С.Сидорова, 2003; В.Н.Николаева, 2005; А.Л.Тихомиров и соавт., 2006; К. Bacallao et al., 2008].

Как известно, гиперпластические процессы эндо- и миометрия (ГПЭиМ) рассматриваются как гормонозависимые состояния, развивающиеся в результате синергического влияния на миометрий эстрогенов, ановуляции и прогестероновой недостаточности. Среди причин этого состояния наиболее частой является дисфункция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (ГГЯС), нередко обусловленная психосоматическими расстройствами, возрастными изменениями [В.Н.Кустаров и соавт., 2002, 2006; Н.В.Кулагина, 2008; T.Marujo et al., 2003; F.Massart et al., 2003].

Отсутствие обоснованных методов воздействия на этиопатогенетические механизмы данной патологии нехирургическим путем обуславливает приоритет хирургических методов в ее лечении. Это приводит к необратимому бесплодию, утрате менструальной функции, выраженным гормональным нарушениям, вегетососудистым и психоэмоциональным расстройствам, которые в значительной степени ухудшают качество жизни женщины [В.И.Кулаков, В.Н.Прилепская, 2001; L.Benassi et al., 2002; E.Materia et al., 2002]. Подобный радикализм может быть оправдан лишь при сочетании

атипической гиперплазии с миомой матки, либо если миома проявляется выраженной клинической симптоматикой и отсутствует эффект от использования консервативных методов терапии. Все это делает необходимым введение дифференцированного подхода к лечению миомы матки, который позволил бы своевременно остановить рост опухоли или провести органосберегающую операцию [И.С.Сидорова, 2002; С.Н.Буянова, 2003].

Особого внимания заслуживает нередко наблюдаемое сочетание гиперплазии эндометрия и миомы матки с другими гормонозависимыми заболеваниями яичников и молочных желёз. Необходимость своевременного выявления доброкачественных опухолей яичников и патологии молочных желёз обусловлена большой вероятностью их злокачественного перерождения осложнений [В.И.Кулаков и соавт., 2001, 2005; В.И.Серов, Л.И.Кудрявцева, 2001; А.Ф.Урманчеева, Г.Ф.Кутушева, 2001;].

Принимая во внимание тенденцию к увеличению частоты гиперпластических процессов репродуктивной системы, разноречивые подходы к диагностике и лечению этих состояний, разработка наиболее оптимальных критериев диагностики и введение дифференцированного подхода к выбору метода лечения ГПРС с учетом возраста женщин, сопутствующих заболеваний и особенностей данного региона является крайне актуальной проблемой.

Связь темы диссертации с крупными научными программами, основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научными учреждениями

Данная диссертационная работа выполнена в соответствии с научным планом исследовательской работы НИИ АГиП МЗ Республики Таджикистан, номер государственной регистрации №000001164.

Цель исследования: на основе комплексного анализа частоты и клинико-морфологической структуры гиперпластических процессов репродуктивной системы у женщин различных возрастных групп в Республике Таджикистан разработать оптимизированные программы по дифференцированному подходу к их диагностике, лечению и реабилитации.

Задачи исследования:

1. Установить частоту и структуру гиперпластических процессов эндо- и миометрия и их сочетания с доброкачественными новообразованиями яичников у женщин различных возрастных групп.

2. В возрастном аспекте изучить состояние молочных желез у пациенток с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия и частоту их сочетания с доброкачественными новообразованиями яичников.

3. Выявить клинико-лабораторные и морфологические особенности при гиперпластических процессах эндо- и миометрия и при их сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников.

4. Показать особенность гормонального статуса женщин различного возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия.

5. Изучить клиническое значение функциональных методов исследования у женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия и при их сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников.

6. Для женщин различного возраста разработать дифференцированные подходы к выбору методов лечения гиперпластических процессов эндо- и миометрия с сочетанной гинекологической патологией, определить эффективность консервативной терапии и оптимизировать технику оперативного вмешательства.

Научная новизна полученных результатов

Впервые в Республике Таджикистан установлена частота и структура гиперпластических процессов эндо- и миометрия и их сочетания с доброкачественными новообразованиями яичников женщин в разрезе различных периодов жизни, при этом выявлена высокая частота сочетанных форм патологии органов репродукции, показано отсутствие изолированной гиперплазии эндометрия у женщин старшего возраста и преобладание у них истинных опухолей яичников, во всех возрастных группах установлена высокая частота фиброзно-кистозной болезни.

Подтвержден факт высокой частоты сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, инфекций, передаваемых половым путем, и впервые статистически доказано, что ведущими факторами риска развития гиперпластических процессов гениталий и молочных желёз являются дисфункция щитовидной железы, заболевания печени, обменные нарушения, нарушения становления менструальной функции, сочетание высокого паритета родов с низким интергенетическим интервалом, частые искусственные и/или самопроизвольные аборты и длительная лактация.

Установлено, что в патогенезе гиперпластических процессов эндо- и миометрия, независимо от возраста пациентки, ведущая роль принадлежит дисфункции эндокринной системы, основными проявлениями которой являются повышение концентрации в крови эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона и субклинический гипотиреоз.

Показано, что в сосудах миоматозных узлов отмечается повышение систоло-диастолического отношения и снижение индекса резистентности, степень которых находится в прямой зависимости от размера образования, что может служить прогностическим критерием роста опухоли.

Впервые даны научные обоснования необходимости дифференцированного подхода к выбору методов лечения гиперпластических процессов репродуктивной системы у женщин различного возраста, что позволит повысить эффективность их реабилитации.

Практическая значимость полученных результатов

Сведения о частоте и клинико-морфологической структуре гиперпластических процессов репродуктивных органов у женщин следует использовать при определении необходимости врачебного персонала и коечного фонда консервативной и оперативной специализированной службы, а также для совершенствования геронтологической помощи женщинам.

Для практического здравоохранения обоснован комплекс скрининг-тестов ранней диагностики гиперпластических процессов матки, молочных желёз и яичников, прогнозирования их течения, включающий определение онкомаркеров, эндокринного профиля, использование доплерометрии, маммографии, денситометрии.

Для врачей практического здравоохранения разработан алгоритм выбора консервативных и оперативных методов лечения гиперпластических процессов оварио- и миометрия и при их сочетаниях с доброкачественными новообразованиями яичников у женщин различного возраста, модифицирована техника лапаротомии по Джоэл-Кохену и минилапаротомии при оперативном лечении гиперпластических процессов репродуктивной системы.

Экономическая значимость полученных результатов

Внедрение полученных результатов имеет медико-экономическую эффективность, обусловленную повышением качества медицинской помощи женщинам различных возрастных групп, снижением числа необоснованных радикальных операций.

Внедрение полученных результатов

Основные положения диссертационной работы внедрены в практику НИИ АГиП, Национального центра репродуктивного здоровья, Городских репродуктивных центров здоровья №1 и №8, городского родильного дома №3, родильного отделения ЦРБ Дангаринского района, медико-санитарную часть Таджикского Алюминиевого завода, лечебного центра «Шифо», ООО «Дили солим».

Изданы методические рекомендации: «Современные принципы диагностики и лечения больных с лейомиомой матки» (Душанбе, 2004), «Особенности диагностики и лечения гиперпластических процессов оварио- и миометрия у женщин перименопаузального возраста» (Душанбе, 2008), «Ведение беременности, родов и послеродового периода у больных миомой матки» (Душанбе, 2009).

Имеется два рационализаторских предложения:

1. Применение маточного элеватора при консервативной миомэктомии минилапаротомическим доступом // Рационализаторское предложение №88 от 24 декабря 2008 г. (Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова).

2. Использование зажима Бильрота при удалении опухолей яичников минилапаротомическим доступом // Рационализаторское предложение №89 от 24 декабря 2008 г. (Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, З.А. Ашурова).

Основные положения, выносимые на защиту

1. У женщин позднего репродуктивного возраста по сравнению с пациентками активного детородного возраста наблюдается достоверно более высокая частота ГПЭиМ. У женщин активного репродуктивного возраста изолированная форма гиперплазии эндометрия встречается в 1,9 и 2,8 раза чаще, чем у пациенток позднего детородного и пременопаузального возрастов. В периоде менопаузы и постменопаузы изолированная форма гиперпластических процессов эндометрия не выявлена.

2. Достоверно более высокая частота доброкачественных новообразований яичников при ГПЭиМ выявлена у женщин активного репродуктивного возраста. При этом истинные опухоли яичников чаще диагностированы у пациенток в периоде постменопаузы, в то время как опухолевидные образования яичников – у больных позднего детородного возраста.

3. У женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия и при их сочетаниях с доброкачественными новообразованиями яичников одинаково часто встречается патология молочных желёз. При этом ведущее место занимает диффузная форма фиброзно-кистозной болезни: 58,8% и 52,6% соответственно, а у пациенток старшего возраста - 51,5% и 62,9% соответственно. С увеличением возраста пациенток достоверно повышалась частота фиброзно-кистозной болезни с преобладанием фиброзного компонента и очаговая форма мастопатии.

4. Предрасполагающими факторами развития гиперпластических процессов репродуктивной системы у жительниц Таджикистана, являются: дисфункция щитовидной железы, патология печени, обменные нарушения, нарушение становления менархе и менструальной функции, многократные роды и прерывания беременности с коротким интергенетическим интервалом, бесплодие, урогенитальная инфекция, а так же высокая частота сопутствующих заболеваний половых органов.

5. Имеет место дисфункции эндокринной системы у женщин с ГПЭиМ, основным проявлением которой является повышение концентрации в крови эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона и субклинический гипотиреоз. У женщин пременопаузального возраста установлена выраженная корреляционная связь между показателями ФСГ и денситометрии ($k=0,59$), между концентрацией эстрадиола и показателем денситометрии. У пациенток в менопаузе выявлена прямая корреляция между уровнем ФСГ и показателем денситометрии, содержанием эстрадиола и денситометрии ($k=1$ и $k=0,69$ соответственно). В сосудах миоматозных узлов отмечается повышение

систолю-диастолического отношения и снижение индекса резистентности, степень которых находится в прямой зависимости от размера образования, что может служить прогностическим критерием роста опухоли.

6. Ранняя диагностика гиперпластических процессов эндо- и миометрия, их сочетаний с доброкачественными новообразованиями яичников позволяет воздержаться от необоснованных радикальных операций. Применение малоинвазивных хирургических доступов при оперативном лечении снижает частоту осложнений в послеоперационном периоде и улучшает качество жизни пациенток.

Личный вклад соискателя

Клинические наблюдения, подбор больных, забор анализов, инструментальные исследования, консервативное и оперативное лечение произведено лично автором. Гормональные, биохимические исследования и определение онко-маркеров проведены совместно с сотрудниками лаборатории иммунологии НИИ АГиП. УЗИ органов малого таза, щитовидной железы, молочных желез, маммография, доплерометрия, денситометрия проведены автором совместно с сотрудниками отделения функциональной диагностики НИИ АГиП. Статистическая обработка полученных результатов автором проведена самостоятельно. Разработаны научно обоснованные мероприятия по сохранению здоровья женщин, в результате чего сформулированы заключения и выводы по работе.

Апробации результатов диссертации

Основные положения и результаты диссертационной работы доложены и обсуждены на: IV и V съезде акушеров-гинекологов Таджикистана (Душанбе, 2003; 2010); IV научно-практической конференции акушеров-гинекологов и неонатологов Согдийской области (Худжанд, 2005); Республиканской научно-практической конференции (Душанбе, 2006, 2008); XIII научно-практической конференции ТИППМК (Душанбе, 2007); ежегодных заседаниях Ассоциации акушеров-гинекологов Республики Таджикистан (2006-2010); Ученом Совете Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии (Душанбе, 2011).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях

Результаты исследования опубликованы в монографии, трех методических рекомендациях, 36 научных работах, из них 8 – единоличных, 28 – в соавторстве.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, 3 глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, содержащего 226 русскоязычных и 135 иностранных источников. Материалы диссертации изложены на 233 страницах машинописного текста, иллюстрированы 37 таблицами и 17 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации представлена актуальность исследования и обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы. Дан аналитический обзор публикаций по современному состоянию вопроса о гиперпластических процессах репродуктивной системы женщин, факторах риска развития, клинических проявлениях, методах диагностики и терапии этих патологических состояний. С учетом анализа сведений научной литературы дано развернутое обоснование необходимости проведения данного исследования.

Глава 2. В ней представлены **материал и методы исследования.**

Для выполнения поставленных задач обследовано 1104 женщин с гиперпластическими процессами репродуктивной системы. В основную группу вошли 681 больная с ГПЭиМ и 423 пациентки с ГПЭиМ в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников (ДНЯ) соответственно в возрасте: I группа – активный репродуктивный возраст – 106 (15,6%) и 221 (52,2%) – в возрасте 19-35 лет; II группа – поздний репродуктивный возраст – 290 (42,6%) и 93 (22%) – в возрасте 36-45 лет; III группа – пременопаузальный возраст – 148 (21,7%) и 58 (13,7%) – в возрасте 46-52 лет; IV группа – период менопаузы – 64 (9,4%) в возрасте 44-53 лет (в этой группе были только женщины с ГПЭиМ); V группа – постменопаузальный возраст – 73 (10,7%) – в возрасте 46-71 лет. 51 (12,1%) пациентка в возрасте 19-69 лет составили IV группу больных с ГПЭиМ в сочетании с ДНЯ. Критериями включения в основную группу являлись: наличие клинических, эхографических и морфологических признаков гиперпластических процессов эндо- и миометрия, доброкачественных опухолей яичников. Критериями исключения из исследования служили: наличие подозрения или подтверждения злокачественных процессов; беременность и послеродовой период; лактация; использование гормональной контрацепции в течение последних 6 месяцев и заместительной гормональной терапии. Контрольную группу составили 120 женщин с нормальной репродуктивной системой разного возраста для установления контрольных уровней гормонов и онкомаркеров в сыворотке крови. В комплексное обследование были включены традиционные методы клинического и лабораторного обследования, эндоскопические и инструментальные методы исследования.

Всем женщинам производили биохимические анализы крови, исследование системы гемостаза.

Ультразвуковое исследование органов малого таза производилось на

ультразвуковом аппарате «КОМБИОН-325», «ЛОГИК-3». На 5-12 день менструального цикла проводилось ультразвуковое исследование молочных желез на аппарате «ЛОГИК-3».

Допплерометрическое исследование производилось аппаратом «ЛОГИК-3» (США), имеющим цветной и энергетический доплер, одновременно в В-режиме и реальном масштабе времени. Определялись следующие параметры: максимальная систолическая скорость кровотока, конечная диастолическая скорость, пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР).

Рентгеномаммография проводилась в отделении функциональной диагностики по общепринятой стандартной методике, с 5 по 14 день менструального цикла на аппарате PLANMED SOPHIE CLASSIC (Италия).

Кольпоскопия (простая и расширенная) производилась по общепринятой методике.

Цитологическое исследование. Результаты цитогрaмм оценивались по классификации Папаниколау (Pap-smear-test).

Бактериологическое исследование микробного фона проводилось культуральным методом, а для выявления таких инфекций, как хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, гарднереллез, применяли прямой метод иммунофлюоресцентного окрашивания.

Иммуноферментным методом на 5-7 и 21-22 дни менструального цикла определяли содержание в крови пациенток фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, эстрадиола, прогестерона и пролактина, на иммуноферментном анализаторе «Униплан-2000» с использованием диагностических КИТ-наборов фирмы «Хема-медика» (Россия).

Исследование опухолевых маркеров. У пациенток с подозрением на озлокачествление опухолей яичников в сыворотке крови исследовались СА-125, СА-15-3. У женщин с патологией молочных желез определяли опухолевый маркер СА-15-3.

Гистероскопия. Использовался гистероскоп со светло-волоконистой оптикой фирмы «Storz» (ФРГ).

Лапароскопия – использовалась как диагностическая, так и лечебная лапароскопия.

Денситометрия проводилась на аппарате фирмы «Lunar Prodigy» (США). Расчет абсолютного значения минерализации плотности костной ткани проводился согласно критериям ВОЗ (2001).

Морфологическое исследование. Морфологическому исследованию подвергнуты весь операционный материал и удаленные макропрепараты.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической статистики с использованием стандартных пакетов статистического анализа

(STADIA, STATGRAPHICS v.6,0) и метода альтернативного варьирования Ойвина. Методы дескриптивной статистики включали оценку среднего арифметического (M), средней ошибки среднего значения (m). Для оценки межгрупповых различий применялся t-критерий Стьюдента. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05 ($p \leq 0,05$). Случаи, когда значения вероятности p находились в диапазоне от 0,05 до 0,01, расценивали как «наличие тенденции». При проведении линейного корреляционного анализа, коэффициент корреляции 0,3-0,5 указывал на слабую связь между изучаемыми параметрами, 0,5-0,7 – на выраженную связь, свыше 0,7 – на сильную связь.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза у обследованных пациенток

Анализ годовых отчетов гинекологического отдела НИИ АГиП показал, что частота госпитализированных больных с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия и доброкачественными новообразованиями яичников увеличилась соответственно с 20,7% и 6,02% в 2000 г. до 36,5% и 13,2% в 2007 г.

Анализ репродуктивной функции у женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия показал, что в I группе количество женщин, имевших от 1 до 3 родов в анамнезе, было в 2 раза выше (50-47,2%), чем женщин, у которых было 4 и более родов (25-23,6%).

Во II, III, IV и V группах превалировали многорожавшие женщины (169 – 58,3%; 101 – 68,2%; 37 – 71,9% и 50 – 68,5% соответственно). Повторнородящие составили соответственно: 83 (28,6%), 47 (31,7%), 18 (28,1%) и 23 (31,5%).

В I группе каждая четвертая и во II группе каждая третья женщина прерывала беременность путем вакуум-аспирации (28 – 26,4% и 93- 32,1%) и искусственным абортom (27 – 25,5% и 94 -32,4%). В III, IV, V группах более чем у половины женщин имел место искусственный аборт (82 – 55,4%, 40 – 62,5%) и 46 -63% соответственно). Прерывание беременности вакуум-аспирацией от 1 до 3 раз установлено у каждой четвертой пациентки в III (39 – 26,3%) и IV (15 – 23,4%) группах. Частота самопроизвольных выкидышей была высокой в III (39 – 26,3%), IV (19 – 29,7%) и V (46 – 63%) группах и колебалась

от 1 до 4 раз в различные сроки беременности. Самая высокая частота первичного и вторичного бесплодия выявлена в I группе (16 – 15,1% и 23 – 21,7% соответственно). Анализ менструальной функции показал, что позднее наступление менархе имело место у каждой четвертой обследованной I (27 – 25,5%) и II (76 – 26,2%) групп, каждой десятой III группы (15 – 10,1%), у 8 (12,5%) – IV группы и более чем у трети (27 – 37%) – V группы.

В I группе женщин с ГПЭиМ в сочетании доброкачественными новообразованиями яичников (ДНЯ) преобладало количество женщин, имевших от 1 до 3 родов (100 – 45,2%), у каждой десятой было (25 – 11,3%) 4 и более родов, прерывание беременности вакуум-аспирацией и искусственным абортom (26 – 11,8%). Первичное и вторичное бесплодие зарегистрировано соответственно у 49 (22,2%) и 31 (14%). НМЦ страдало 99 (44,8%), при этом у каждой пятой пациентки имело место ациклическое кровотечение (20 – 20,2%), гиперполименорея была у 10 (10,1%), гипоменструальный синдром – у 24 (24,2%) и дисменорея – у 43 (43,4%). В II, III и IV группах большинство были многорожавшими (43 – 46,2%, 42 – 72,4% и 37 – 72,5% соответственно). Значительная часть беременности у этих пациенток заканчивалась искусственным (30 – 32,2%, 28 – 48,2% и 27 – 52,9% соответственно) и самопроизвольным прерыванием (17 – 18,3%, 15 – 25,8% и 20 – 39,2% соответственно). В IV группе выявлена самая большая частота встречаемости позднего начала менархе (16 – 31,4%) по сравнению с I, II и III группами (40 – 18,1%, 24 – 25,8% и 7 – 12,1% соответственно). Во II группе более чем половина (55 – 59,1%) больных страдали различными видами НМЦ. В III группе НМЦ по типу ациклических кровотечений или гиперполименореи имело место у женщин при сочетании ДНЯ с ГПЭиМ соответственно в 25 (75,8%) и 10 (40%) случаях.

В исследовании выявлены особенности акушерско-гинекологического анамнеза больных с ГПРС. По сравнению со здоровыми женщинами они в анамнезе в 1,7 раза чаще имели беременности и роды. При этом у пациенток с ГПРС интергенетический интервал был коротким, частота искусственного и/или самопроизвольного прерывания беременности была в 2,3 раза чаще.

В структуре сопутствующих гинекологических заболеваний обследованных групп с ГПЭиМ, ведущее место занимал хронический эндометрит: 67 (63,2%), 149 (51,3%), 137 (92,6%), 46 (71,9%) и 57 (78,1%) соответственно. Аднекситы чаще всего выявлены у женщин III группы (48 – 32,4%), чем у женщин I (19 – 17,9%), II (64 – 22,1%), IV (14 – 21,9%) и V (9 – 12,3%) групп. Кольпиты обнаружены более, чем у половины женщин III группы (87 – 58,8%). У пациенток с ГПЭиМ в сочетании с ДНЯ во всех возрастных группах самой часто встречаемой патологией являлись также хронический

метроэндометрит (72 – 32,6%, 54 – 58,1%, 32 – 55,2% и 27 – 52,9% соответственно по группам) и кольпиты (93 – 42,1%, 38 – 40,9%, 31 – 53,4% и 28 – 54,9% соответственно).

Таким образом, риск развития ГПРС велик у женщин с хроническими воспалительными процессами органов гениталий, патологией менструальной функции. Следовательно, женщины этой категории должны включаться в группы риска развития ГПРС для разработки программ диспансерного наблюдения.

Соматический статус обследованных больных характеризовался высоким уровнем экстрагенитальных заболеваний. Первое место по частоте встречаемости у женщин I и III группы занимала анемия различной степени тяжести (88 – 64,8% и 45 – 77,6% соответственно). В тоже время у пациенток I, II и III групп (60 – 56,6%, 62 – 55,9% и 105 – 70,9% соответственно) и у пациенток IV группы наиболее часто встречалась патология гепатобилиарной системы (33 – 64,7%). У пациенток I группы преобладала патология щитовидной железы (65 – 61,3% и 147 – 66,5% соответственно). Заболевания мочевыводящих путей занимали первое место у женщин III группы (125 – 84,5%), а в других группах частота их варьировала равномерно. В пре- и постменопаузальном возрасте (III и IV гр.) ожирением страдали более половины женщин (37 – 63,7% и 34 – 66,7% соответственно), среди пациенток I и II групп частота его варьировала от 20,4% до 36,6%. У женщин с ГПЭиМ эта патология в I и III группах выявлена у каждой третьей (34 – 32,1% и 48 – 31,1% соответственно), а у женщин II группы - у 127 (43,8%), в IV группе - у 30 (46,9%) и в V группе – у 34 (46,6%). Кроме того, у пациенток IV и V групп установлена самая высокая частота ГБ (34 – 66,7% и 34 – 46,6% соответственно). Установлено, что у больных с ГПРС ожирение в 3 раза и заболевания щитовидной железы в 7,3 раза чаще диагностируются, чем у женщин контрольной группы.

Таким образом, учитывая анамнез обследуемых жительниц Таджикистана, отягощенный большим количеством родов с коротким интергенетическим интервалом, искусственным и/или самопроизвольным прерыванием беременности, и высокую частоту заболеваний щитовидной железы, гепатобилиарной системы, урогенитального тракта, а также обменных нарушений, можно полагать, что в патогенезе гиперпластических процессов репродуктивной системы эндокринные нарушения являются одним из основных факторов.

Результаты бимануального и ультразвукового исследования органов малого таза у исследуемых пациенток

Результаты сравнительного анализа бимануального исследования

показали, что количество пациенток с нормальной величиной матки было в три раза больше в I группе (22 – 20,7%), чем во II группе (21 – 7,2%). Среди пациенток старших возрастных групп нормальные размеры матки установлены в 2,1 и 3,3 раза чаще у женщин IV и V групп (12 – 18,7% и 21 – 28,8% соответственно), чем у пациенток III группы (13 – 8,8%). У каждой второй женщины I, II и III групп (51 – 48,1%, 156 – 53,8% и 75 – 50,7% соответственно), и у 27 (42,2%) пациенток IV группы размеры матки варьировали соответственно 5-6 неделям беременности. Такие же размеры матки у женщин в V группе выявлены в 9 (12,3%) случаях. Увеличение размеров матки от 7 до 10 недель беременности у женщин III группы диагностировано в 1,5 и 2,9 раза (52 – 35,1%) чаще по сравнению с пациентками IV (15-23,4%) и V (9 – 12,3%) групп. Размеры матки до 11 и более недель преобладали у больных II группы (38 – 13,1%), чем у пациенток I группы (6 – 5,6%). Следует отметить, что у 8 (5,4%) пациенток III группы, и у 10 (15,6%) – IV, размеры матки достигали 18-28 недель. А у женщин в V группе чаще всего размеры матки были увеличены до 11-13 недель (34 – 46,6%).

При УЗИ у большинства пациенток I – IV групп обнаружен 1 миоматозный узел (51 – 60,7%; 134-51,7%; 87 – 63,5% и 31 – 48,4% соответственно). Только у женщин V группы в большинстве случаев выявлено по 2 миоматозных узла (35 – 47,9%). Миоматозные узлы у большинства пациенток I (99 – 76,7%); II (378 – 80,9%); IV (47 – 42%) и V (76 – 52,8%) групп имели размеры от 1,5 до 5 см, а у пациенток III группы - до 1 см (106 – 48,4%).

Нашими исследованиями установлено, что сочетание миомы матки с гиперплазией эндометрия достоверно чаще встречается у женщин пременопаузального (63,5%) и активного детородного (45,3%) возраста по сравнению с пациентками позднего репродуктивного (37,9%), менопаузального (37,5%) и постменопаузального (24,7%) периодов. У больных в постменопаузальном периоде установлена самая высокая частота (75,3%) миомы матки без гиперплазии эндометрия что, в 2,2; 1,5; 2,6 и 1,2 раза чаще, чем у женщин активного и позднего репродуктивного, пременопаузального и менопаузального возраста соответственно. Изолированная форма гиперплазии эндометрия обнаружена у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста. При этом данная патология в 1,9 и 2,8 раза выше у женщин активного репродуктивного возраста по сравнению с пациентками позднего детородного и пременопаузального возраста (рис.1).

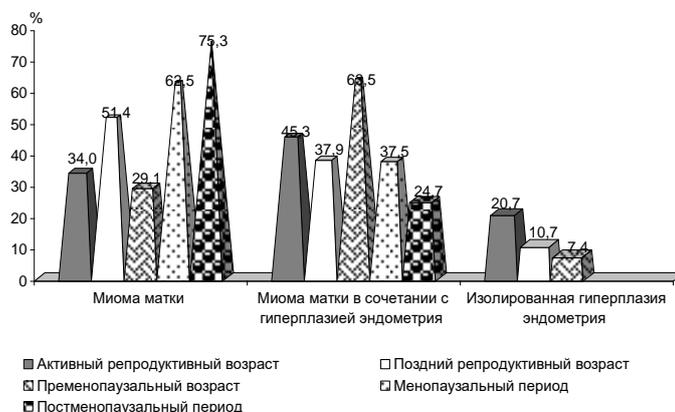


Рис. 1. Сравнительная характеристика гиперпластических процессов эндо - и миометрия у женщин различных возрастных групп.

Таким образом, исследования показали, что с увеличением возраста чаще встречалась миома матки. Частота сочетания миомы матки с гиперплазией эндометрия выше у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста, а изолированная гиперплазия эндометрия встречается только в репродуктивном и пременопаузальном возрасте.

При ультразвуковом исследовании пациенток с ГПЭиМ и их сочетанием с ДНЯ обнаружены объемные образования в яичниках диаметром от 4,0 до 20 см. Топография яичников была нарушена за счет наличия длинной ножки, а также спаечного процесса в малом тазу у этих пациенток соответственно: в I группе – 68 (55,7%) и 13 (13,1%); во II группе – 19 (57,6%) и 6 (10,3%); в III группе – 16 (45,4%) и 2 (8%); в IV группе – 18 (42,8%) и 1 (11,1%). У 64 (52,4%) женщин I группы и 16 (48,5%) пациенток III группы размеры ДОЯ (доброкачественные опухоли яичников) достигали от 11 до 15 см, а у больных II и IV группы соответственно в 26 (78,8%) и 18 (42,8%) случаях - от 6 до 10 см. Нарушение целостности капсулы обнаружено при ДОЯ у 16 (13,1%) женщин. Комплексным обследованием установлено, что гиперпластические процессы эндо- и миометрия имели следующую структуру у женщин активного и позднего детородного возрастов: гиперплазия эндометрия – 91 (41,2%) и 32 (34,4%); миома матки – 87 (39,4%) и 46 (49,5%); гиперплазия эндометрия в сочетании с миомой матки – 43 (19,4%) и 15 (16,1%). У женщин перименопаузального возраста: миома матки – 32 (55,2%); миома матки в сочетании с гиперплазией эндометрия – 6 (10,3%) и гиперплазия эндометрия – 20 (34,5%); у пациенток постмено-паузального периода: миома матки – 41

(80,4%) и гиперпластические процессы эндо- и миометрия – 10 (19,6%). При этом в большинстве случаев миоматозные узлы были единичными, размерами до 1 см и были находкой во время УЗ исследования или оперативного вмешательства.

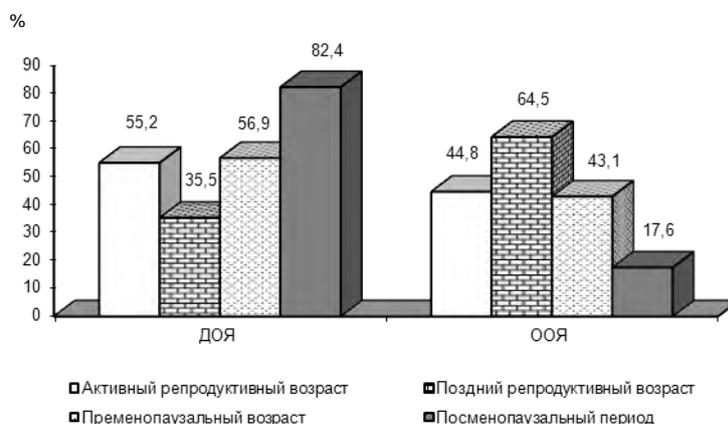


Рис. 2. Сравнительная характеристика частоты доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у женщин с ГПЭиМ в различные возрастные периоды.

В наших исследованиях установлено, что доброкачественные новообразования яичников достоверно чаще встречались у женщин активного репродуктивного возраста (52,2%). С увеличением возраста пациенток отмечалось уменьшение частоты данной патологии: поздний репродуктивный возраст – 22%; пременопаузальный возраст – 13,7%; постменопаузальный период – 12,1%. При этом самая высокая частота встречаемости истинных опухолей яичников выявлена у женщин в периоде постменопаузы (IV группа) - 82,4%, а опухолевидных образований яичников у пациенток позднего детородного возраста (I группа) - 64,5%.

Следовательно, наиболее целесообразным является использование сочетания трансабдоминального и трансвагинального исследования органов гениталий. Метод позволяет определить локализацию, размеры, расположение, структуру миоматозных узлов и опухолей яичников, состояние эндометрия.

Результаты доплерометрического исследования маточных артерий и сосудов миоматозных узлов у обследуемых пациенток

Исследование показало, что при миоме матки показатели СДО в маточных артериях достоверно повышались во всех группах по сравнению с контрольной группой. При доплерометрическом исследовании анализ показателей кровотока в маточных артериях у женщин репродуктивного возраста с миомой матки показал выраженную корреляционную связь между СДО и ИР в обоих сосудах – ПМА ($k = 0,8$) и ЛМА ($k = 0,94$). При сравнительном анализе

показателей СДО в субсерозных и субмукозных миоматозных узлах размерами от 2 до 4 см и более отмечено повышение кровотока в субсерозных миоматозных узлах. В зависимости от роста размеров субсерозных миоматозных узлов выявлено снижение показателя ИР. При проведении корреляционного анализа между показателями СДО и ИР установлена значимая связь между изучаемыми параметрами. Так, при диаметре субсерозного узла до 2 см – $k=0,87$, при диаметре от 2 до 4 см – $k=0,82$, при миоматозных узлах диаметром более чем 4 см – $k=0,83$. Кроме того, исследование показателей кровотока в субмукозных узлах показало достоверное повышение СДО и снижение ИР с увеличением размеров узла. Корреляционный анализ между показателями СДО и ИР в субмукозных узлах выявил сильно выраженную связь. При этом коэффициент корреляции в показателях кровотока субмукозных узлов размерами от 2 до 4-см составил 0,86, а при размерах узлов 4 см и более - 0,87.

У женщин пременопаузального возраста выявлена выраженная корреляционная связь между показателями СДО и ИР в ПМА и ЛМА ($k=0,6$ и $k=0,92$ соответственно).

При сравнении показателей кровотока субсерозных и субмукозных узлов установлено, что СДО достоверно выше в субсерозных миоматозных узлах диаметром до 2 см ($p<0,01$), а ИР - в субсерозных узлах диаметром 4 см и более ($p<0,05$).

В сосудах субсерозных миоматозных узлов с увеличением их размеров обнаружено достоверное повышение СДО – $2,61\pm 0,035$ и $2,91\pm 0,11$ ($p<0,01$). Корреляционный анализ показателей кровотока в субсерозных миоматозных узлах установил высокую корреляционную связь между СДО и ИР во всех трех группах. В субмукожном расположении миоматозных узлов в зависимости от их размеров выявлено достоверное повышение показателей СДО и снижение ИР. Так, при сравнении показателей кровотока между узлами диаметрами от 2-4 см и до 2 см достоверно повышалось СДО, и снижался ИР: $2,62\pm 0,049$ и $2,4\pm 0,054$ ($p<0,01$) и $0,53\pm 0,014$ и $0,63\pm 0,019$ ($p<0,001$) соответственно. Показатели СДО достоверно выше, а ИР ниже при диаметре субмукозного узла 4 см и более, чем 2 см ($p<0,001$).

Следовательно, с увеличением размеров субмукозных миоматозных узлов отмечается достоверное повышение показателей СДО и снижение ИР.

При проведении корреляционного анализа между показателями кровотока в сосудах субмукозных узлов выявлена сильная корреляционная связь между СДО и ИР: в миоматозных узлах размерами до 2 см - $k=0,87$; до 4 см - $k=0,93$; 4 см и более - $k=0,92$.

Таким образом, доплерометрическое исследование миоматозных узлов показало высокую корреляционную связь между показателями кровотока СДО

и ИР в маточных артериях и сосудах миоматозных узлов в зависимости от их расположения. Следовательно, можно предполагать, что повышение показателей СДО и снижение ИР в миоматозных узлах является возможным прогностическим критерием прогрессирования роста опухоли.

Результаты микробиологического исследования флоры цервикального канала у обследуемых пациенток

Среди женщин I и II группы наиболее распространенным классом возбудителей явились цитомегаловирусная инфекция – 58 (44,3%), и *Chlamidia trachomatis* – 48 (36,6%), в то время как у пациенток III, IV и V групп чаще всего выявлены *Candida albicans* – 113 (49,3%) и *Herpes simplex II typus* – 84 (36,7%). Частота *Trichomonas vaginalis* в 1,8 раза чаще обнаружена у женщин старших возрастных групп. Ассоциация ИППП (инфекции, передаваемые половым путем) с возбудителями 2-3 микробов чаще встречалась у женщин I и II группы – 87 (66,4%), чем у пациенток старшего возраста – 105 (45,9%). Обращает на себя внимание высокая частота выявления пиогенной инфекции: *Staphylococcus haemolyticus* и *Staphylococcus epidermalis* – 37 (30,6%) и 40 (33,1%) в I и II группе и 124 (54,1%) и 53 (23,1%) соответственно в группе женщин старшего возраста.

У пациенток I и II группы с ГПЭИМ при их сочетаниях с ДНЯ наиболее встречающимися возбудителями явились *Herpes Simplex II typus* и *Cytomegalovirus* – 45 (40,2%) и 41 (36,6%) соответственно. Титр антител у больных колебался от 1:400 до 1:600 и более. Далее по частоте встречаемости регистрировались *Chlamidia trachomatis* – у 36 (32,1%) и *Ureaplasma urealyticum* – у 35 (31,3%) пациенток. Микстинфекция обнаружена у 60 (53,6%) больных. Из пиогенной инфекции *Staphylococcus haemolyticus* высеяно у 42 (37,5%) женщин. *Candida albicans* в ассоциации с другими инфекциями выявлена у 17 (15,2%) больных. При обследовании пациенток III и IV группы установлено, что причиной воспалительного процесса чаще всего являлись *Chlamidia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum* – 31,3% и 29,3% соответственно. Бактериальный вагиноз выявлен у 41,4%, *Mycoblasma* у 15,5% женщин. Такие инфекции как *Cytomegalovirus* и *Herpes Simplex II typus* обнаружены у 34,5% и 39,6% пациенток соответственно. Ассоциация двух и более возбудителей встречалась в 55,2% случаев. Среди пиогенной инфекции *Staphylococcus haemolyticus* высеяно у 22 (37,5%) больных. В обеих группах у обследованных пациенток установлена высокая частота инфекций, передаваемых половым путем, что указывает на высокий уровень воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки, которые подтверждены при кольпоскопическом и цитологическом исследованиях.

Таким образом, микробиологические исследования показали, что при гиперпластических процессах эндо- и миометрия, выявлена высокая частота

воспалительного процесса. Можно полагать, что в генезе гиперпластических процессов инфекционный агент играет немаловажную роль. В связи с этим, применение в комплексной терапии гиперпластических процессов эндо- и миометрия антибиотиков и противовирусных средств с учетом выявленного возбудителя и чувствительности крайне важно.

Состояние молочных желёз у пациенток в обследованных группах с гиперпластическими процессами репродуктивной системы

Обследовано 396 женщин репродуктивного и 229 – старших возрастных групп. Результаты исследования установлено, что 193 (59,4%) пациентки репродуктивного и 113 (49,4%), перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия имели в анамнезе длительный лактационный период (2 года и более) и до 1 года – 84 (25,7%) и 112 (48,9%) соответственно. У остальных лактационный период продолжался от 3-х до 6 месяцев. Принимая во внимание способность пролактина вызывать рост и пролиферацию эпителиальных клеток молочной железы, а также повышать чувствительность рецепторов к эстрогенам, полученные данные позволяют предположить, что длительный период лактации потенцирует развитие гиперпластических процессов в молочных железах.

Как видно из таблицы 1, при ультразвуковом исследовании пациенток старших возрастных групп у 31,6% патология молочных желез не выявлена, тем не менее, при рентгеномаммографии у всех обследованных больных обнаружена та или иная патология. Как при рентгеномаммографии, так и при УЗИ у большинства пациенток обеих групп установлена диффузная форма фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) (68,4% и 51,5%, соответственно). У пациенток старших возрастных групп частота ФКБ с преобладанием фиброзно-кистозного и фиброзного компонента по данным рентгеномаммографического и ультразвукового исследования превалировала по сравнению с женщинами репродуктивного возраста (в 1,4 и 3 раза, соответственно). В тоже время у пациенток репродуктивного возраста, напротив, преобладала ФКБ железисто-кистозного и железистого типа (в 1,3 и 3 раза, соответственно).

В процессе анализа результатов осмотра маммолога и ультразвуковых исследований молочных желез у пациенток репродуктивного возраста с ГПЭиМ в сочетании с ДНЯ выявлена высокая частота дисгормональных заболеваний молочных желез - 166 – 61,0%. При этом превалировала диффузная форма ФКБ - 86,1%.

Среди патологии молочной железы на первом месте по частоте была ФКБ с преобладанием железисто-кистозного компонента (37,1%). Далее по частоте следовала ФКБ с преобладанием фиброзно-кистозного компонента.

Проведенное комплексное исследование среди женщин старших возрастных групп с ГПЭиМ в сочетании с ДНЯ выявило у 27 (46,5%) пациенток

пременопаузального и у 22 (43,1%) постменопаузального возраста патологию молочных желез. В структуре гиперпластических процессов молочных желез у пациенток обеих возрастных групп преобладали диффузная форма фиброзно-кистозной болезни (17 – 62,9% и 13 – 59,1% соответственно по группам). Очаговые формы мастопатии в 1,4 раза чаще выявлены у женщин постменопаузального возраста (9 – 40,9%) по сравнению с пациентками пременопаузального возраста (8 – 29,6%). Фиброаденома молочных желез обнаружена только у больных пременопаузального возраста (2 – 7,4±5,0%).

Таблица 1. Сравнительная характеристика УЗИ молочных желез и маммографии у женщин старших возрастных групп и репродуктивного возраста с ГПЭиМ

Обследование	Женщины старших возрастных групп				Репродуктивный возраст			
	Маммо-графия - 89		УЗИ - 229		Маммо-графия - 71		УЗИ - 396	
	Абс.	М±m%	Абс.	М±m%	Абс.	М±m%	Абс.	М±m%
1. Диффузная форма ФКБ с преобладанием:								
- фиброзно-кистозного компонента	23	37,7±6,2	43	36,4±4,4 ³	15	27,8±6,1	43	18,4±2,5 ³
-железисто-кистозного компонента	17	27,8±5,7	34	28,8±4,2	19	35,2±6,5	89	38,2±3,2
- фиброзного компонента	15	24,5±5,5 ¹	37	31,3±4,3 ⁴	4	7,4±4,1 ¹	20	8,6±1,8 ⁴
- железистого компонента	6	9,8±3,8 ²	4	3,4±1,6	16	29,8±6,2 ²	81	34,8±3,1
2. Очаговая мастопатия	17	19,1±4,2	28	12,2±2,2 ⁵	10	14,1±4,1	18	4,5±1,04 ⁵
3. Фиброаденома	8	8,9±3,03	12	5,2±1,5	6	8,5±3,3	11	2,8±0,8
4. Смешанная форма	3	3,8±1,9	-	-	1	1,4±1,4	2	0,5±0,3
5. Патология не выявлена			71	31,0±3,0	-	-	132	33,3±2,3

Примечание: $1p < 0,05$; $2p < 0,01$; $3,4,5p < 0,001$ (достоверность различий показателей между группами перименопаузального и репродуктивного возраста).

Инволютивные изменения молочных желёз в 2,1 раза чаще зарегистрированы у женщин постменопаузального периода (15 – 29,4%) по сравнению с пациентками пременопаузального возраста (8 – 13,8%).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что с увеличением возраста повышается частота ФКБ с преобладанием фиброзно-кистозного и фиброзного компонента. Можно предположить, что высокий уровень патологии молочных желёз у пациенток с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия и доброкачественными новообразованиями яичников связан с единой причиной развития заболевания, в основе которой лежит нарушение гормонального баланса.

Показатели гормонального статуса у пациенток с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия

Проведенные исследования показали, что средние значения уровня пролактина у пациенток репродуктивного и пременопаузального возраста находились в пределах колебания нормы. Однако, в I-ой и II-ой фазах менструального цикла у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия средние значения ФСГ были достоверно выше и составляли $15,3 \pm 2,4$ и $21,7 \pm 2,2$ мМЕ/л соответственно по сравнению с контрольной группой ($8,7 \pm 2,1$ мМЕ/л и $16,4 \pm 1,5$ мМЕ/л). В свою очередь содержание третьего производного передней доли гипофиза лютеинизирующего гормона (ЛГ) статистически не отличалось от допустимых норм. У пациенток пременопаузального возраста содержание ЛГ у женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в I фазе менструального цикла существенно не отличалось от величины контрольной группы, однако достоверно снижалось во II фазу и в среднем составляло $8,1 \pm 1,8$ мМЕ/л ($p < 0,01$).

Наши исследования показали, что концентрация эстрадиола в репродуктивном возрасте во II фазе менструального цикла в 3,7 раза выше, чем у женщин в контрольной группе, и составила в среднем $123,6$ мМЕ/л. В фолликулиновой фазе содержание эстрадиола было в 2 раза ($115,8 \pm 35,7$ пг/мл) выше, чем у женщин контрольной группы ($51,7 \pm 0,9$ пг/мл), однако не выходило за рамки средних нормативных данных (в норме до 120 пг/мл). В тоже время, у пациенток пременопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия установлено достоверное повышение концентрации эстрадиола в крови по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Концентрация прогестерона в крови у женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия, в фолликулиновой фазе была несколько выше нормативных показателей, а в лютеиновой фазе находилась в пределах нормы и составляла $40,3 \pm 8,2$ нмол/л ($p < 0,05$). Наличие гиперпластических процессов эндо- и миометрия в постменопаузе свидетельствует о сохранении эстрогенной

насыщенности организма и продолжающейся гонадотропной стимуляции яичников. В женском организме происходит качественное изменение гормонов. В постменопаузальном периоде основным эстрогенным гормоном является эстрон, который продуцируется надпочечниками и преимущественно имеет внегонадальное происхождение. В этом возрастном периоде у здоровых женщин уровни ФСГ и ЛГ продолжают оставаться значительно повышенными, и отмечается снижение концентрации эстрогенов и прогестерона. При анализе гормональных исследований выявлено достоверное высокое содержание ФСГ (в 3 и 3,7 раза) у пациенток в периоде менопаузы ($60,4 \pm 16,03$ мМЕ/л) и постменопаузы ($73,1 \pm 4,5$ мМЕ/л) с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия по сравнению с женщинами контрольной группы ($19,9 \pm 3,1$ мМЕ/л). Содержание эстрадиола в сыворотке крови у пациенток постменопаузального периода в 1,4 и 1,8 раза выше, чем у женщин контрольной группы и менопаузального периода ($129,6 \pm 15,3$ и $180,2 \pm 12,02$ пг/мл соответственно). Концентрация прогестерона была достоверно выше у пациенток в менопаузальном периоде ($14,5 \pm 2,3$ пг/мл) по сравнению с женщинами контрольной группы ($7,8 \pm 1,4$ пг/мл) и постменопаузы ($7,6 \pm 1,8$ пг/мл). Следовательно, особенностями менопаузального и постменопаузального периодов является возрастная перестройка нейроэндокринной системы на фоне прогрессирующего угасания функции яичников.

Таким образом, функциональное состояние эндокринной системы у женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия характеризовалось гиперэстрогенией, нарушением гонадотропной регуляции функции яичников, относительной прогестероновой недостаточностью. Следовательно, согласно полученным данным, предиктами возникновения патологии репродуктивной системы являются гиперэстрогения, прогестероновая недостаточность, увеличение концентрации ФСГ и субклинический гипотиреоз.

Проведенное денситометрическое исследование минеральной плотности костной ткани у пациенток менопаузального возраста с гиперпластическими процессами репродуктивной системы показало отсутствие статистических отличий по сравнению с контрольной группой, у пациенток постменопаузального возраста МПК также находилась в диапазоне нормативных данных.

Результаты консервативного и оперативного лечения пациенток с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия и при их сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников

Основным направлением консервативной терапии явилось применение гормональных препаратов. Учитывая многофакторность преморбидного фона при гиперпластических процессах эндо- и миометрия проводилась комплексная

терапия, включающая иммуномодуляторы, витамины, гепатопротекторы, седативные препараты, а также при наличии патологии щитовидной железы применялась тиреотропная терапия. Гормональная терапия проводилась с учетом репродуктивного возраста больных.

В зависимости от проводимой гормональной терапии у женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия 367 пациенток репродуктивного возраста и 187 пациенток пременопаузального и менопаузального возраста были распределены на 3 подгруппы каждая. В I подгруппу репродуктивного возраста вошли – 79 (21,5%) пациенток, получавших эстроген-гестагенный препарат - новинет. В течение первых 3 месяцев от момента лечения новинетом у 14 (17,7%) отсутствовал эффект от проводимой терапии – продолжались кровотечения различной степени интенсивности, увеличились размеры матки и миоматозных узлов. В связи с этим 6 (42,9%) больных переведены на прием гестагенного препарата (дюфастон). В 8 (57,1%) случаях, учитывая отсутствие эффекта от гормональной терапии и большие размеры матки (15-16 недель), несмотря на репродуктивный возраст, произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков.

В I подгруппе женщин старших возрастных групп 29 больных пременопаузального возраста и 34 пациентки в менопаузе с ГПЭиМ получали 17-ОПК. У 6 (9,5%) пациенток терапия в течение 1-2 месяцев оказалась неэффективной, из них 1 (16,7%) пациентка пременопаузального и 5 (83,3%) – менопаузального периода. В этой группе обследованных женщин к началу гормональной терапии величина матки варьировала соответственно от нормальных размеров до 10 недель беременности. Из 57 пациенток у 41 (71,9±5,1%) до проведения гормональной терапии величина матки соответствовала 5-6 неделям беременности, у 12 (21,1%) - от 7 до 10 недель и у 4 (7,01%) выявлены нормальные размеры. В процессе комплексной терапии к концу года наблюдения количество больных с нормальной величиной матки достоверно увеличилось до 22,8% ($p < 0,05$), и уменьшилось число пациенток с величиной матки 5-6 недель до 47,4% ($p < 0,01$). Объективный осмотр женщин показал, что через 12 месяцев только у 12,3% размеры матки соответствовали 7-10 неделям беременности, при этом менструальный цикл у них восстановился, уменьшилась менструальная кровопотеря. Исходная средняя толщина эндометрия была $7,3 \pm 0,6$ мм. К концу года среднее М-эхо снизилось до $4 \pm 0,3$ мм ($p < 0,001$). Эффективность от лечения 17-ОПК (оксипрогестерон капронат) отмечена у 28 (96,5%) женщин пременопаузального возраста и у 29 (85,3%) пациенток в периоде менопаузы. У 1 пациентки пременопаузального и 5 пациенток в менопаузе терапия оказалась неэффективной. По данным объективного осмотра и УЗИ у этих больных установлено увеличение размеров

матки и миоматозных узлов на фоне кровотечения. Этим больным произведена гистерэктомия.

Во вторую подгруппу вошли 231 (62,9%) пациентка репродуктивного и 93 (49,7%) пациентки пременопаузального возраста, получивших препарат дюфастон. Среди пациенток репродуктивного возраста из-за отсутствия эффекта от проводимой терапии у 13 (38,2%) больных произведена органорезектирующая операция, 14 (41,2%) переведены на препараты антагониста ГНРГ и 7 (20,6%) – на эстроген-гестагенные препараты. В остальных 197 (85,3%) случаях пациентки наблюдались в течение года и продолжали получать дюфастон. Эффективность лечения дюфастоном в течение 1 года у женщин перименопаузального возраста составила 88,2%. В тоже время, в связи с отсутствием эффекта 5 (45,5%) пациенткам был назначен даназол и 6 (54,3%) – 17-ОПК. Однако эти препараты также оказались не эффективными, поэтому эти пациентки подвергнуты органорезектирующим операциям.

Из III подгруппы, включающей 57 (15,5%) пациенток репродуктивного возраста, 31 (16,6%) пременопаузального и менопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в сочетании с аденомиозом получали препарат даназол. В течение 1-3 месяцев эффект от проводимой терапии даназолом отсутствовал у 5 (8,8%) пациенток репродуктивного возраста, пременопаузального возраста – у 1 (14,3%) и в менопаузе – у 6 (85,7%). Этим пациенткам проведена органорезектирующая операция. Остальные 52 (91,2%), 17 (94,4%) и 7 (53,8%) больные, соответственно репродуктивного, пременопаузального и менопаузального возраста, в течение 1 года наблюдения продолжали терапию даназолом. У этих пациенток в результате терапии даназолом имела место аменорея. Как показали результаты исследований, к концу года аменорея на фоне приема даназола установилась у 41 (78,8%) репродуктивного и 21 (87,5%) пациентки перименопаузального и менопаузального возраста. На фоне проводимой комплексной гормональной терапии у женщин I и II группы происходила нормализация содержания ФСГ, а также достоверное снижение содержания эстрадиола в крови по сравнению с его исходной величиной на 27,1% через 6 месяцев от начала терапии. При этом наиболее эффективным оказался препарат даназол (91,2%). У женщин III и IV групп в процессе гормональной терапии достоверно снизились уровни ФСГ и эстрадиола. Содержание прогестерона было достоверно повышено по сравнению данными контрольной группы. При этом более эффективной оказалась терапия препаратом 17-ОПК (96,5% и 85,3% соответственно).

В I и II группе консервативная миомэктомия произведена 69 (17,4%) пациенткам. Из них лапароскопическим методом – 32 (46,4%) больным. Выбор метода лапароскопического вмешательства определяли на основании данных двухмерного режима эхографии: ширина основания субсерозных миоматозных

узлов не более 3 см и глубина проникновения в миометрий до 0,5 см. У пациенток с субсерозными миоматозными узлами на более широком и/или глубоком основании, а также при интрамуральном расположении узлов производился миолапаротомический доступ. При этом имелась возможность анатомически сопоставить раневые поверхности на матке после удаления интрамуральных и субсерозных узлов с широким и глубоким основанием. При проведении операций осложнений не наблюдалось. Число миоматозных узлов, удаленных при операции, колебалось от 1 до 3 узлов.

Консервативная миомэктомия миолапаротомическим доступом произведена 37 (53,6±6%) из числа 69 женщин перенесших консервативную миомэктомию при субсерозном и интрамуральном расположении миоматозных узлов. Во всех случаях абдоминальной и влагалищной консервативной миомэктомии на УЗИ через 3, 6, 9 и 12 месяцев после операции эхографических признаков миомы матки и деформации М-эхо не наблюдалось.

Влагалищная консервативная миомэктомия с применением гистероскопии проведена 74 (18,7±1,9%) пациенткам. Под контролем гистероскопа проведено диагностическое выскабливание полости матки с каутеризацией ложа узла и после удаления субмукозного узла. Эффективность гистерорезектоскопии при субмукозных расположениях миоматозных узлов оценивали: клинически – коррекция нарушений менструального цикла, уменьшение размеров матки при бимануальном исследовании; эхографически – отсутствие миомы матки и деформации срединного М-эхо, уменьшение размеров матки.

Выбор хирургического лечения пациенткам перименопаузального возраста проводился строго по индивидуальным показаниям. 15 (10,1±2,5%) исследуемым пациенткам перименопаузального и 9 (17,3±5,2%) менопаузального возраста при субмукозном расположении миоматозного узла произведена под контролем гистероскопии консервативная влагалищная миомэктомия, после чего проводилось диагностическое выскабливание полости матки.

Органоудаляющая операция произведена: I группа – 9 (8,5 %); II группа – 46 (15,9%); III группа – 21 (14,2%); IV группа – 21 (32,8%) и V группа – 39 (53,4%). Показанием к органоудаляющей операции у женщин I и II групп в 13 (23,6±5,7%) случаях явилась гормонорезистентная форма ГПЭиМ, у 18 (32,7±6,3%) больных – гигантские размеры матки (от 18 до 28 недель беременности), у 19 (34,5±6,4%) пациенток – быстрый рост размеров миоматозных узлов и матки и кровотечения. Некроз миоматозных узлов и нарушение питания узла отмечено у 4 (7,3%) и 1 (1,8%) больных соответственно. У пациенток III и IV групп соответственно в 8 (38,1%) и 10 (47,6%) случаях показанием к операции явились гигантские размеры миомы матки (размеры матки варьировали от 17 до 28 недель беременности) и болевой

синдром, связанный с давлением соседних органов опухолью, в 13 (61,9%) и 11 (52,4%) случаях - быстрый рост миоматозных узлов и продолжение кровотечения на фоне гормональной терапии. У 16 (41%) пациенток в постменопаузе (V группа) органудаляющая операция произведена в связи с повторным кровотечением и 23 (59%) – в связи с быстрым ростом миомы матки.

При консервативном лечении опухолевидных образований яичников у $8,0 \pm 2,6\%$ пациенток имели место рецидивы фолликулярной кисты, но образования по размеру были меньше первоначальных, и определялись обычно при УЗИ.

При оперативном лечении у женщин с ГПЭиМ при сочетании с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников мы придерживались тактики сохранения органов, но при экстренных случаях – перекрут ножки или разрыв капсулы кисты с кровотечением, при нагноении или инфицировании опухоли, а также при обширных спайках в малом тазу, приходилось полностью удалять яичник. Из органосберегающих операций женщинам I и II группы произведены: вылушивание опухоли яичника (19 – 10,8%), резекция яичника (52 – 29,5%), а также консервативная миомэктомия (41-23,3%). В 28 (15,9%) случаях больным при миоме матки с кровотечением произведена субтотальная гистерэктомия с одними придатками. Пациенткам III и IV групп соответственно в 24 (55,8%) и 18 (35,3%) случаях произведена субтотальная гистерэктомия с придатками, когда доброкачественные новообразования яичников сочетались с ГПЭиМ. Всего произведено 475 (43,02%) полостных операций женщинам с ГПРС. При оперативном лечении ГПЭиМ и при их сочетании с ДНЯ применены современные малоинвазивные хирургические доступы: лапароскопия (75 – 15,8%), минилапаротомия (128 – 26,9%), лапаротомия по Джоэл-Кохену (128 – 26,9%). Стандартная лапаротомия произведена пациенткам, у которых в анамнезе было оперативное вмешательство продольным нижнесрединным доступом (144 – 30,3%).

Результаты морфологического исследования обследованных пациенток с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия

По результатам гистологического исследования соскоба полости матки у женщин I и II группы (236) в 32 (13,5%) случаях установлен хронический эндометрит с образованием полипа в сочетании железистой гиперплазией эндометрия, хронический воспалительный процесс эндометрия был у 46 (19,5%) и гиперпластический эндометрий выявлен у 9 (3,8%). Железистокистозная и железистая гиперплазия эндометрия установлена в каждом пятом (49 – 20,8%) и каждом третьем (79 – 33,5%) случаев соответственно. Эндометрит с умеренной пролиферацией установлен в 4,2 раза чаще (13 – 5,5%) чем резко выраженная форма (3 – 1,3%). У 5 (2,1%) пациенток на фоне

воспалительного процесса обнаружен децидуальный полип.

В ходе гистологического исследования соскоба из полости матки пациенток хронический воспалительный процесс эндометрия в 1,7 и 1,5 раза чаще установлено в IV и V группах по сравнению с III группой. Особенностью гиперпластических процессов эндометрия у женщин в постменопаузальном периоде (V группа) явилась очаговая форма – гистограмма показала наличие хронического воспалительного процесса с образованием железистого полипа эндометрия (18 – 31%). Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия в 2,3 раза чаще установлена у женщин IV группы по сравнению с пациентками III группы. А железистая гиперплазия эндометрия установлена только у женщин III группы. Картина атипичической гиперплазии с выраженной пролиферацией эпителия желез диагностирована у женщин IV и V групп (5 – 9,6% и 8 – 13,8% соответственно), у 4 (6,9%) больных V группы имело место сочетание процессов пролиферации с полиморфизмом клеток.

Такая патология, как гиперпластический эндометрит и эндометрий «переходного» типа, выявлена только у женщин пременопаузального возраста (III группа).

При сравнении результатов морфологического исследования соскоба эндометрия у женщин репродуктивного возраста с пациентками старшей возрастной группы установлено, что патология эндометрия у молодых женщин в основном представлена железисто-кистозной и железистой гиперплазией.

При гистологическом исследовании удаленного макропрепарата у пациенток I и II групп в 13 (23,6%) случаях установлена фибромиома, у 16 (29,1%) – лейомиома, у 26 (47,3%) – фиброматоз матки. Из сопутствующей патологии гистологически выявлены хронический эндометрит в 30 (54,5%) и эндометриоз матки в 8 (14,5%) случаях. Установлена железистая гиперплазия эндометрия и эндометрит с образованием полипа в 19 (34,5%) и 6 (10,9%) случаях соответственно. Среди патологии придатков хронический сальпингит – в 23 (52,3%). У женщин старшего возрастного периода во всех группах в большинстве случаев (10 – 47,6%; 9 – 42,9%; 23 – 59%) выявлен фиброматоз матки. Лейомиома установлена у каждой третьей (7 – 33,3%) пациентки III, почти у каждой четвертой (5 – 23,8%) – IV и у каждой пятой (9 – 23,1%) – V групп. Сочетание лейомиомы матки с аденомиозом у женщин в IV группе (7 – 33,3%) было в 1,7 и 1,9 раза выше по сравнению с пациентками III (4 – 19%) и V (7 – 17,9%) групп. Из патологии эндометрия гистологическим исследованием выявлено: хронический эндометрит у пациенток V групп (26 – 66,7%) в 3,4 и 1,7 раза чаще, чем у женщин III и IV групп (4 – 19% и 8 – 38,1% соответственно). Железистая гиперплазия эндометрия встречалась только у женщин III (5 – 23,8%), и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия установлена у пациенток III (6 – 28,6%) и IV групп (5 – 23,8%). Эндометрит с

образованием железистого и железисто кистозного полипа обнаружен почти у каждой третьей женщин III, IV и V групп (6 – 28,6%; 7 – 33,3%; 13 – 33,3% соответственно).

Среди патологии придатков матки в большинстве случаев у женщин V группы отмечался хронический сальпингоофарит (32 – 82,1%).

Морфологическая характеристика доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников

У женщин I и II групп из 176 обследованных макропрепаратов в 146 (83,0%) случаях установлены ДОЯ и в 30 (17,0%) случаях – ООЯ.

Из 146 макропрепаратов с ДОЯ эпителиальные опухоли диагностированы у 110 (75,3%), у 92 (83,6%) – серозная цистаденома, у 17 (15,4%) – муцинозная цистаденома, у 1 (0,9%) – папиллома яичника. Из общего числа доброкачественных опухолей яичников серозная цистаденома была у 92 (63,0%), муцинозная цистаденома – у 17 (11,6%), папиллома – у 1 (0,7%), опухоли стромы полового тяжа (фиброма яичника) – у 4 (2,7%). Из герминогенных опухолей в 16 (10,9%) случаях выявлена зрелая тератома, следует отметить, что у 9 (56,2%) больных имело место двустороннее поражение яичников. Эндометриоидная киста установлена в 16 (10,9%) случаях. При сравнительном анализе результатов гистологического исследования доброкачественных опухолей яичников установлено, что у пациенток I и II групп в подавляющем большинстве случаев имела место серозная цистаденома (68 – 60,2% и 24 – 72,7% соответственно). Практически с одинаковой частотой обнаружены муцинозная цистаденома (14 – 12,4% и 3 – 9,1%), фиброма яичника (3 – 2,6% и 1 – 3%) и эндометриоидная киста (12 – 10,6% и 4 – 12,1%) соответственно у женщин I и II групп. Зрелая тератома в 4,4 раза чаще встречалась у пациенток I (15 – 13,3%) по сравнению с женщинами II группы (1 – 3%). А папиллома яичника имела места только у больных I группы (1 – 0,9%).

Как показали исследования, если у женщин I группы среди ООЯ превалировала киста желтого тела (7 – 50%), то у пациенток II группы – фолликулярная киста (8 – 50%). На втором месте по частоте выявлена киста желтого тела у пациенток II группы (6 – 37,5%) и у больных I группы – паровариальная киста (4 – 28,6%), что в 2,3 раза выше, чем у пациенток II группы (2 – 12,5%).

У женщин III и IV групп при морфологическом исследовании удаленных образований в большинстве случаев среди ДОЯ встречались эпителиальные опухоли яичников (19 – 57,6% и 29 – 69% соответственно III и IV группы). При этом серозная цистаденома установлена у 14 (42,4%) и 22 (52,4%), муцинозная цистаденома – у 5 (15,1%) и 7 (16,7%) соответственно по группам. Среди опухолей стромы полового тяжа фиброма установлена в 1,4 раза чаще у

женщин IV группы (9 – 21,4%) по сравнению с пациентками III группы (5 – 15,1%). Герминогенные опухоли (зрелая тератома) диагностированы только у пациенток III группы (3 – 9,1%). Эндометриоидная киста яичника по частоте в 1,9 раза выше у женщин III группы (6 – 18,2%), чем у пациенток IV группы (4 – 9,5%). В тоже время опухолевидные образования яичников у женщин III группы были представлены в 6 (60%) случаях фолликулярной кистой и в 4 (40%) – кистой желтого тела. У пациенток IV группы среди ООЯ преобладала паровариальная киста (5 – 55,6%) и в 4 (44,4%) случаях установлена фолликулярная киста.

При анализе морфологической структуры ДОЯ и ООЯ, установлено сочетание доброкачественных, но различных по нозологическим формам новообразований, как в одном, так и одновременно в обоих яичниках. Частота сочетания нескольких видов патологических процессов в одном или обоих яичниках выявлена у каждой третьей больной. Так, серозная цистаденома у больных с лейомиомой матки сочеталась с множественными фолликулярными кистами в том же яичнике и кистой желтого тела в другом яичнике в 6 (37,5%) и 2 (12,5%) случаях соответственно. Сочетание эндометриоидной кисты с фолликулярной кистой в другом яичнике выявлено у 3 (18,7%) пациенток, а у 5 больных с кистой желтого тела при лейомиоме матки в 3 (18,7%) случаях в том же яичнике, и в 2 (12,5%) в другом яичнике обнаружены фолликулярные кисты.

Сравнительная характеристика гистологического исследования опухолей яичников при ГПЭиМ у женщин в различных возрастных периодах показала, что во всех группах преобладали эпителиальные опухоли. Среди них на первом месте по частоте встречаемости была серозная цистаденома (60,2%; 72,7%; 42,4%; 52,4% соответственно I; II; III и IV группы). Возрастными особенностями явились отсутствие в постменопаузальном периоде (IV группа) герминогенных опухолей и высокая частота опухолей стромы полового тяжа (фиброма), которая было в 8,2; 7,1; 1,4 раза выше по сравнению с пациентками I, II и III группы. Частота встречаемости эндометриоидной кисты в 1,7; 1,5; 1,9 раза выше у женщин III группы, чем у пациенток I, II и IV групп. Кроме того, у женщин с ДОЯ и ООЯ выявлено сочетание разнообразной патологии матки. Среди заболеваний тела матки у женщин III группы при гистологическом исследовании чаще всего обнаружена множественная лейомиома – 28 (80,0%), а у пациенток IV группы – единичные миоматозные узлы - 11 (21,6%). Сочетание лейомиомы с аденомиозом и аденомиоз установлено у 4 (11,4%) и 3 (8,6%) больных соответственно.

В процессе исследования установлены сочетания доброкачественных опухолей яичников с различными формами новообразований в одном и/или другом яичниках. Частота сочетания нескольких видов патологических процессов в одном или обоих яичниках составила 31,9%.

Таким образом, проведенные исследования показали, что наиболее часто встречающейся формой доброкачественных образований яичников во всех обследуемых группах являлись эпителиальные опухоли яичников, из них на первом месте – серозная цистаденома, а среди больных с опухолевидными образованиями яичников у большинства обнаружена фолликулярная киста. В каждом третьем случае было выявлено сочетание двух и более форм новообразований в одном или в обоих яичниках.

Результаты проведенного исследования позволили дополнить используемые в настоящее время методики для диагностики ГПРС такими высокоинформативными, неинвазивными методами, как цветное доплеровское картирование, доплерометрия и определение онко-маркеров в условиях Таджикистана. В оперативном лечении ГПРС оптимизирована техника хирургической тактики, модифицированы и внедрены малоинвазивные методы хирургического доступа.

ВЫВОДЫ

1. Частота ГПЭиМ у женщин позднего репродуктивного возраста составляет – 42,6%, а в пременопаузальном периоде – 21,7%. С меньшей частотой ГПЭиМ выявлена у пациенток активного детородного возраста (15,6%), менопаузального (9,4%) и постменопаузального (10,7%) периодов.

2. Сочетанные гиперпластические процессы эндо- и миометрия достоверно чаще наблюдаются у женщин пременопаузального (63,5%) и активного детородного (45,3%) возрастов в сравнении с пациентками позднего репродуктивного (37,9%), менопаузального (37,5±6,1%) и постменопаузального (24,7%) периодов. В постменопаузальном периоде имеет место самая высокая частота (75,3%) миомы матки без гиперплазии эндометрия, что в 2,2; 1,5; 2,6 и 1,2 раза чаще чем, у женщин активного и позднего репродуктивного, пременопаузального и менопаузального возрастов, соответственно. Изолированная форма гиперплазии эндометрия обнаружена только у женщин репродуктивного и пременопаузального возрастов.

3. Доброкачественные новообразования яичников у женщин с ГПЭиМ достоверно чаще встречаются в активном репродуктивном возрасте (52,2%). С увеличением возраста частота данной патологии уменьшается: в позднем репродуктивном возрасте – 22%; пременопаузальном – 13,7% и в постменопаузальном – 12,1%. При этом самая высокая частота встречаемости истинных опухолей яичников выявлена у женщин в периоде постменопаузы (82,4%), а опухолевидных образований яичников – у пациенток позднего детородного возраста (64,5%).

4. У женщин репродуктивного и перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия частота доброкачественных заболеваний молочных желёз составила 66,7% и 69,0%, а при сочетании с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников - соответственно 61,1% и 48,6%. При этом во всех возрастных группах превалирует диффузная форма фиброзно-кистозной болезни. У женщин молодого возраста с доброкачественными заболеваниями молочных желёз преобладает железистый и железисто-кистозный компонент, в то время как у пациенток старшей возрастной группы - фиброзный и фиброзно-кистозный.

5. В гистологической структуре опухолей яичников во всех возрастных группах преобладали эпителиальные опухоли. Серозная цистаденома выявлена в 60,2%; 72,7%; 42,4%; 52,4% случаев в активном, позднем репродуктивном, пре- и постменопаузальном возрастах. Возрастными особенностями явилось отсутствие в постменопаузальном периоде герминогенных опухолей и превышающая частота опухолей стромы полового тяжа (фиброма), в 8,2; 7,1; 1,4 раза по сравнению с пациентками активного и позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов. Эндометриоидные кисты чаще имели место у женщин пременопаузального возраста, по сравнению с пациентками активного, позднего детородного и постменопаузального возрастов.

6. У женщин с ГПЭиМ имеют место дисфункции эндокринной системы, основным проявлением которой является повышение концентрации в крови эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона и субклинический гипотиреоз: у пациенток репродуктивного и пременопаузального возраста содержание ФСГ в обеих фазах менструального цикла достоверно выше, чем у женщин контрольной группы. Концентрация эстрадиола у женщин репродуктивного возраста во II фазе менструального цикла в 3,7 раза выше, чем у женщин контрольной группы и в 2 раза больше нормативных показателей. У пациенток пременопаузального возраста содержание эстрадиола в обеих фазах менструального цикла достоверно выше, чем у женщин контрольной группы. У пациенток менопаузального и постменопаузального периода также выявлен достоверно более высокий уровень эстрадиола и ФСГ по сравнению с женщинами контрольной группы.

7. У женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия проведенная комплексная гормональная терапия уже через 6 месяцев дает положительный результат: имеет место достоверное снижение концентрации ФСГ и эстрадиола в крови у пациенток, уменьшение размеров миоматозных узлов, нивелирование гиперплазии эндометрия, улучшение состояния молочных желёз, что доказано инструментальными методами исследования.

8. При проведении комплексной гормональной терапии женщин репродуктивного возраста наиболее эффективным оказался препарат даназол (91,2%), а у пациенток пременопаузального (96,5%) и менопаузального (85,3%) периода – 17-ОПК.

При выборе объема оперативного лечения необходимо руководствоваться периодами жизни пациенток. Основная цель лечения у женщин репродуктивного возраста - восстановление менструальной и/или генеративной функции, то время как у пациенток пременопаузального возраста – остановка кровотечения и профилактика онкологической патологии. В менопаузальном и постменопаузальном периодах - профилактика малигнизации процесса и улучшение качества жизни. В зависимости от оснащения стационара и квалификации врача необходимо проводить малоинвазивные хирургические методы: лапароскопия, минилапаротомия, лапаротомия по Джоэл-Кохену.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. К факторам риска по развитию ГПРС следует относить дисфункцию щитовидной железы и гепатобилиарной системы, обменные нарушения, многократные роды с коротким интергенетическим интервалом и высокую частоту искусственного и/или самопроизвольного прерывания беременности, гипофункцию яичников, воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, урогенитальную инфекцию.

2. Для верификации диагноза и контроля за эффективностью терапии ГПРС необходимо использовать по возможности все современные методы диагностики: УЗИ, доплерографию, маммографию, исследование гормонального статуса и онкомаркеров.

3. С целью исключения малигнизации процесса при обследовании женщин с опухолями яичников и гиперпластическими процессами молочных желёз обязательно определение в сыворотке крови онкомаркеров СА-125 и СА-15-3.

4. У женщин репродуктивного возраста при проведении консервативной терапии ГПЭиМ следует считать даназол более эффективным препаратом, а у пациенток пременопаузального и менопаузального периодов – 17-ОПК.

5. При выявлении неосложненных форм опухолевидных образований яичников у женщин всех возрастных групп следует проводить консервативную терапию.

6. Во всех случаях ДОЯ, независимо от возраста, всем женщинам показано оперативное лечение, при этом у женщин репродуктивного возраста следует придерживаться органосберегающего принципа.

7. Для женщин всех возрастных групп разработаны алгоритмы дифференцированного подхода к диагностике, лечению гиперпластических процессов репродуктивной системы и их реабилитации.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Состояние органов гениталий у больных с дисгормональными заболеваниями молочных желез / [Г.У. Болиева, Г.М. Каримова, М.Х. Курбанова, Э.Х. Хушвахтова] // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. – Душанбе, 2003. – С. 181-183.

2. Регуляция менструального цикла у больных с миомой матки / [Г.М. Каримова, Г.У. Болиева, Э.Х. Хушвахтова, А.М. Исоев] // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. – Душанбе, 2003. – С. 193-195.

3. Состояние репродуктивной системы при опухолях и опухолевидных образованиях яичников / [С.М. Мардонова, Э.Х. Хушвахтова, Н.Х. Хафизова, З.А. Ашурова] // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. – Душанбе, 2003. – С. 209-212.

4. Частота миомы матки в структуре гинекологических заболеваний в Научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ / [Е.Н. Нарзуллаева, Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Г.М. Каримова] // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. – Душанбе, 2003. – С. 218-220

5. Хушвахтова, Э.Х. Роль сонографии в диагностике и выборе тактики лечения при опухолях и опухолевидных образованиях яичников [Текст] / С.М. Мардонова, М.Х. Курбанова, Э.Х. Хушвахтова // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». – Москва, 2004. – С. 415-416

6. **Хушвахтова, Э.Х.** Особенности лечения дисгормональных заболеваний эндо- и миометрия при доброкачественных дисгормональных заболеваниях молочных желез [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, Г.У. Болиева, М.Х. Курбанова // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». – Москва, 2004. – С. 529-530

7. Современные принципы диагностики и лечения больных с лейомиомой матки / [М.Х. Курбанова, С.М. Мухамадиева, Э.Х. Хушвахтова, и др.] // Методические рекомендации. – Душанбе, 2004. – 13 с.

8. **Хушвахтова, Э.Х.** Структура миомы матки и патология шейки матки у женщин пременопаузального возраста [Текст] / М.Х. Курбанова, Э.Х. Хушвахтова, Л.К. Толибова // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». – Москва, 2005. – С. 426-427

9. **Хушвахтова, Э.Х.** Гормональная терапия гиперпластических процессов эндометрия при миоме матки [Текст] / М.Х. Курбанова, Э.Х. Хушвахтова, Л.К. Толибова // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». – Москва, 2005. – С. 427-428

10. **Хушвахтова, Э.Х.** Гистероскопия как метод контроля для оценки эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, Е.Н. Нарзуллаева, М.Х. Курбанова // Материалы Российского форума «Мать и дитя». – Москва, 2006.

11. Комплексный подход к диагностике и лечению гипер-пластических и воспалительных процессов эндо- и миометрия у женщин пременопаузального возраста / [М.Х. Курбанова, Л.Х. Толибова, Э.Х. Хушвахтова, Д. Иззатова] // Материалы Республиканской научно-практической конференции. – Душанбе, 2006. – С. 173-177.

12. Частота гиперпролактенемии при миоме матки / [Д.А. Азимова, Л.М. Сайфиддинова, Э.Х. Хушвахтова, Р.М. Хакбердыев] / Материалы Ежегодной XIII научно-практической конференции ТИППМК. – Душанбе, 2007. – С. 166-169.

13. Значение эхографии в диагностике гиперпластических процессов эндометрия / [М.Х. Курбанова, Э.Х. Хушвахтова, Л.Х. Толибова и др.] // «Доклады АН РТ». – Душанбе, 2007. – Том 50, №5. – С. 473-478.

14. Влияние генеративной функции на частоту гиперпластических процессов эндо- и миометрия / [М.Х. Курбанова, Л.Х. Толибова, Э.Х. Хушвахтова, Л.М. Сайфиддинова] // «Доклады АН РТ». – Душанбе, 2007. – Том 50, №6. – С. 555-559.

15. **Хушвахтова Э.Х.** Особенности диагностики и лечения гиперпластических процессов эндо- и миометрия у женщин пременопаузального возраста [Текст] / М.Х. Курбанова, Л.Х. Толибова, Э.Х. Хушвахтова // «Здравоохранение Таджикистана». – Душанбе, 2007. – №3. – С. 86-91.

16. **Хушвахтова, Э.Х.** Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у женщин перименопаузального возраста [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, 2008. – С. 517.

17. Особенности диагностики и лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста / [М.Х. Курбанова, Г.М. Каримова, З.А. Ашурова, Э.Х. Хушвахтова] // Материалы Республиканской научно-практической конференции. – Душанбе, 2008. – С. 135-140.

18. Патология шейки матки при гиперпластических процессах в репродуктивной системе / [Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Л.Х. Толибова, Д.А. Азимова] // Материалы Республиканской научно-практической конференции. – Душанбе, 2008. – С. 167-169.

19. **Хушвахтова, Э.Х.** Гистологическая характеристика доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у женщин перименопаузального возраста [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // «Доклады АН РТ». – Душанбе, 2008. – Т.51, №12. – С. 852-856.

20. **Хушвахтова Э.Х.** Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у женщин репродуктивного возраста [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // «Известия АН РТ». – Душанбе, 2008. – №4 (165). – С. 56-61.

21. Особенности диагностики и лечения гиперпластических процессов эндо- и миометрия у женщин перименопаузального возраста / [М.Х. Курбанова, Э.Х. Хушвахтова, Л.Х. Толибова, С.М. Мардонова, Д.А. Азимова] // Методические рекомендации. – Душанбе, 2008. – 22 с.

22. **Хушвахтова, Э.Х.** Гиперпластические процессы эндо- и миометрия у женщин различных возрастных групп [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // «Доклады АН РТ». – Душанбе, 2009. – Т.52, №1. – С. 64-69.

23. **Хушвахтова, Э.Х.** Цветовое доплеровское картирование в диагностике доброкачественных образований яичников [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Т.Х. Набиева // “Доклады АН РТ”. – 2009. – Т.52, №3. – С.238-242.

24. Цитологическая характеристика опухолей и опухолевидных образований у девушек и женщин раннего репродуктивного возраста / [М.Х. Курбанова, Э.Х. Хушвахтова, З.А. Ашурова, Т.Х. Набиева, Р.Р. Рахматуллаев] // “Доклады АН РТ”. – 2009. – Т.52, №5. – С. 403-408.

25. Ведение беременности, родов и послеродового периода у больных миомой матки / [М.Х. Курбанова, З.Т. Мамедова, Э.Х. Хушвахтова, Д.А. Азимова, З.А. Ашурова] // Метод. рекомендации. – Душанбе, 2009. – 14 с.

26. Морфологические особенности доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у женщин различных возрастных групп / [Э.Х. Хушвахтова, Г.У. Болиева, М.Х. Курбанова и др.] // «Здравоохранение Таджикистана». – Душанбе, 2010. – №1. – С. 152-155.

27. Особенность гистологической картины у пациенток различных возрастных групп при гиперпластических процессах эндометрия / [Э.Х. Хушвахтова, Г.У. Болиева, М.Х. Курбанова, Б.Ю. Джонова] // «Здравоохранение Таджикистана». – Душанбе, 2010. – №1. – С.157-161.

28. **Хушвахтова, Э.Х.** Прогностическая ценность доплеро-метрического исследования маточных артерий и сосудов миоматозных узлов у женщин перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Г.У. Болиева // Жур. «Мать и дитя». – Душанбе, 2010. – №2. – С.59-62.

29. **Хушвахтова, Э.Х.** Частота и структура гиперпластических процессов эндо- и миометрия у женщин репродуктивного возраста [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, Н.Д. Абдурахманова // «Известия АН РТ». – Душанбе, 2010. – №2 (171). – С. 76-81.

30. **Хушвахтова, Э.Х.** Допплерометрия маточных артерий и сосудов миоматозных узлов различных размеров и локализации у женщин репродуктивного возраста [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Г.У.

Болиева // Жур. «Мать и дитя». – Душанбе, 2010. – №3. – С.172-173.

31. **Хушвахтова, Э.Х.** Показатели гормонального статуса женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбанова, Г.У. Болиева // Жур. «Мать и дитя». – Душанбе, 2010. – №3. – С.173-175.

32. **Хушвахтова, Э.Х.** Гормональный статус женщин старших возрастных групп с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, Г.У. Болиева // Журнал акушерства и женских болезней. – Санкт-Петербург, 2011. – Т. LX. – С.113-114.

33. **Хушвахтова, Э.Х.** Миома матки в сочетании с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников (обзор литературы) [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, Н.Дж. Абдурахманова // “Хирургия Таджикистана”. – Душанбе, 2011. – №1. – С.42-49.

34. **Хушвахтова, Э.Х.** Оптимизация хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников женщин репродуктивного возраста [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // VII Российская научно-практическая конференция. – Ульяновск, 2011. – С. 375-378.

35. **Хушвахтова, Э.Х.** Гиперпластические заболевания органов репродуктивной системы у женщин Таджикистана [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // Монография. – Бишкек, «Кут Бер», 2011. – 296 с.

36. **Хушвахтова, Э.Х.** Гормональная терапия в комплексном консервативном лечении миомы матки и миомы матки с доброкачественными новообразованиями яичников у женщин репродуктивного возраста [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, Н.Д. Абдурахманова // Журнал Проблемы репродукции. – Москва, 2012, С. 145-146.

37. **Хушвахтова, Э.Х.** Гистероскопия при диагностике и лечении гиперпластических процессов полости матки [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // Интернет-журнал ВАК Кыргызской Республики [hakkr.org:\(jurnal\)](http://hakkr.org:(jurnal)), №4, 2011.

38. **Хушвахтова, Э.Х.** Структура гиперпластических процессов матки у женщин старших возрастных групп по результатам эхографических и морфологических исследований [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // Интернет-журнал ВАК Кыргызской Республики [hakkr.org:\(jurnal\)](http://hakkr.org:(jurnal)), №4, 2011.

39. **Хушвахтова, Э.Х.** Соматический и гинекологический статус женщин перименопаузального возраста с доброкачественными новообразованиями яичников [Текст] / Э.Х. Хушвахтова // «Наука и новые технологии», Республика Кыргызстан. – Бишкек, 2012. – №1. – С. 77-79.

40. **Хушвахтова, Э.Х.** Эхографическая диагностика гиперпластических процессов матки и яичников [Текст] / Э.Х. Хушвахтова, Н.Дж. Абдурахманова, З.Р. Нарзуллаева // “Доклады АН РТ”. – 2012. – Т.52, №.3. – С. 403-408.

КОРУТУНДУ

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовнанын «Жаштын ар курагында аялдын тукум улоо органдардагы гиперпластик процесстер» темасында

«Акушерлик жана гинекология» – 14.01.01

адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору наамын коргоо

диссертациясынын корутундусу

Ключевые слова: тукум улоо (репродуктивдик) органдардын гиперпластик өсүү оруулары, жатындын миомасы, эндометрийдин гиперплазиясы, энелик безинин залалсыз шишиги, энелик безинин шишик сымал ыйлакчалары, чарымдуу ыйлакчалуу мастопатия, эмчек безинин дисгормондук оруулары.

Изилдөө максаты: Таджикистан Республикасында жаштын ар курагында аялдардын тукум улоо органдарында гиперпластик өсүү орууларынын санын менен тутумун иликтөө негизинде орууну аныктоо, дарылоо менен раеабилитациялоодо ажырымдуу комплексти иштеп чыгуу.

Изилдөө объекти: Таджикистан Республикасында жашаган жаштын ар курак мезгилинде аялдардын тукум улоо органдарында гиперпластик өсүү оруулары болгон 1104 жана 120 ден соолугу таза аялдар түзөт.

Изилдөө жолдору: клиникалык, атайын клиника-лаборатордук, инструменталдык жана статистикалык ыкмалар.

Изилдөө жыйынтыгы: Алгачкы жолу Таджикистан Республикасында жаштын ар курагында аялдардын тукум улоо системадагы гиперпластик өсүү орууларынын кездешүү саны менен тутуму берилген;

Алгачкы жолу көп төрөө мүнөздүү болгон аймакта тукум улоо органдарында гиперпластик өсүү орууларынын негизки патогенезтик жаралуу шарттары иликтелген;

Алгачкы жолу аялдардын тукум улоо системадагы гиперпластик өсүү орууларынын жашоонун ар курагында жараша соматикалык жана гинекологиялык акыбалы, ошондой эле алардын тукум улоо менен андан сактануу баяны берилген;

Алгачкы жолу аялдардын тукум улоо системадагы гиперпластик өсүү орууларынын жаштын ар курак мезгилинде медика-социальдык мүнөздөмөсү, жашына карата морфологиялык түзүлүшү, гормондук коштоосу берилген.

Бул жумушта медициналык жардам берүүдө орууну аныктоо менен дарылоонун ыргагы иштелип, негизинен жаштын ар курагында (орто, улгайган) онко орууларын алдын алуу, өзгөчө жаш кездеги аялдын тукум улоо мүнкүнчүлүгүн сактоого багыталган.

Алгачкы жолу жаш курагына карата аялдын тукум улоо органдарында гиперпластик өсүү орууларын аныктоо менен дарылоо жолдорун тандоодо

ажырымдуу шартты илимий жактан негизделген жана түзүлгөн.

Тукум улоо органдарында гиперпластик өсүү орууларын аныктоодо жана дарылоонун таасирин тастыктоодо эхографиялык менен гормондук изилдөө, онкомаркер аныктоону колдонуу керек. Аялдын тукум улоо органдарында гиперпластик өсүү орууларын көйгөйлөрүн чечүүдө ажырымдуу комплекстүү иш чаралары керектиги далилделген.

Колдонуу тармагы: акушерлик и гинекология.

РЕЗЮМЕ

**диссертации Хушвахтовой Эргашой Хушвахтовны на тему
«Гиперпластические процессы репродуктивной системы женщин
различных возрастных групп» на соискание ученой степени доктора
медицинских наук по специальности
14.01.01 - акушерство и гинекология**

Ключевые слова: гиперпластические процессы репродуктивной системы женщин, миома матки, гиперплазия эндометрия, доброкачественные опухоли яичников, опухолевидные образования яичников, фиброзно-кистозная мастопатия, дисгормональные заболевания молочных желез.

Цель исследования: на основе комплексного анализа частоты и клинимо-морфологической структуры гиперпластических процессов репродуктивной системы у женщин различных возрастных групп в Республике Таджикистан разработать оптимизированные программы по дифференцированному подходу к их диагностике, лечению и реабилитации.

Объект исследования: 1104 пациенток с гиперпластическими процессами репродуктивной системы в различные возрастные периоды жизни и 120 здоровых женщин, проживающих в Республике Таджикистан.

Методы исследования: клинические, специальные клинимо-лабораторные и инструментальные, статистические.

Результаты исследования: Впервые в Республике Таджикистан представлены данные о частоте и структуре гиперпластических процессов репродуктивной системы у женщин различных возрастных групп.

Впервые изучены основные патогенетические предпосылки формирования гиперпластических процессов органов репродукции в регионе высокой рождаемости.

Впервые представлен соматический и гинекологический статус женщин различных возрастных групп с гиперпластическими процессами репродуктивной системы, а также особенности их репродуктивного и контрацептивного анамнеза.

Представлена медико-социальная характеристика женщин различного

возраста с гиперпластическими заболеваниями репродуктивной системы, выявлены возрастные особенности морфологической структуры, гормонального фона процесса. Разработаны этапы обследования и лечения пациенток, направленные на оказание медицинской помощи, сохранения репродуктивной функции пациенткам молодого возраста, профилактику онкологических заболеваний во всех возрастных группах.

Впервые научно-обоснованы и сформулированы дифференцированные подходы к диагностике и выбору тактики ведения пациенток с гиперпластическими заболеваниями органов репродукции в зависимости от возраста. Подтверждена необходимость проведения эхографического и гормонального обследования, определения онкомаркеров для диагностики и контроля эффективности лечения гиперпластических процессов органов репродукции. Убедительно доказана необходимость комплексного подхода к решению проблем женщин с гиперпластическими процессами репродуктивной системы.

Область применения: акушерство и гинекология.

THE RESUME

Dissertations Khushvakhtova Ergashoy Khushvakhtovna on a subject «Hyperplastic processes of reproductive system of women of various age groups» on competition of a scientific degree of the doctor of medical sciences on a speciality 14.01.01 – obstetrics and gynecology

Keywords: hyperplastic processes of reproductive system of women, hysteromyoma, hyperplasia of endometrium, benign ovarian tumors, tumor-like ovarian mass, fibrous-cystic mastopathy, dyshormonal diseases of mammary glands.

Purpose of the study: based on a comprehensive analysis of the frequency and clinical and morphological structure of hyperplastic processes of the reproductive system of women of different age groups in Tajikistan Republic to develop a optimized programs for differential approach to their diagnosis, treatment and rehabilitation.

Object of research: 1104 patients with hyperplastic processes of reproductive system during the various age periods of a life and 120 healthy women living in Republic Tajikistan.

Research methods: clinical, special kliniko-laboratory and tool, statistical.

Results of research: For the first time in Republic Tajikistan data about frequency and structure of hyperplastic processes of reproductive system of women of various age groups are presented.

For the first time the basic pathogenetic preconditions of formation of hyperplastic processes of bodies of a reproduction in region of high birth rate are studied.

For the first time the somatic and gynecologic status of women of various age groups with hyperplastic processes of reproductive system, and also feature of their reproductive and contraceptive anamnesis is presented.

The medico-social characteristic of women of various age is presented by hyperplastic diseases of reproductive system, age features of morphological structure, a hormonal background of process are revealed. In the given job stages of inspection and the treatments of patients directed on rendering of medical aid, preservation of reproductive function to patients of young age, preventive maintenance of oncological diseases in all age groups are developed.

For the first time scientifically-are proved also are formulated the differentiated approach to diagnostics and a choice to tactics of conducting patients with hyperplastic diseases of bodies of a reproduction depending on age. Necessity of carrying out ehografic and hormonal inspection, definition tumor marker for diagnostics and the control of efficiency of treatment of hyperplastic processes of bodies of a reproduction is confirmed. It is convincingly proved necessity of the complex approach to the decision of problems of women with hyperplastic processes of reproductive system.

Scope: obstetrics and gynecology.

ХУШВАХТОВА ЭРГАШОЙ ХУШВАХТОВНА
«ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП»

- автореферат диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук. –

Бишкек , 2012.

Подписано в печать 31.10.2012. Бумага офсетная, Печать офсетная.

Гарнитура «Times». Усл. печ.л.1,5. Заказ№137

Тираж 100 экз.

Отпечатано в ОсОО «Блиц»

г. Бишкек, ул. Байтик Батыра, 65,

тел.: 59-17-95