



О‘ЗБЕКISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

О‘ЗБЕКISTON AKUSHER-GINEKOLOGLAR UYUSHMASI

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

УЗБЕКИСТАН

# GINEKOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARI

*Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyasi*

## ILMIY ISHLAR TO‘PLAMI

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»,

*Международной научно-практической  
конференции*

# СБОРНИК ТЕЗИСОВ



2023

ФЕРГАНА

146.	<b>Шаланкова О.Е., Комилов Т</b> КРАТКОСРОЧНЫЕ И ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА МАТЕРИНСКИЙ ОРГАНИЗМ И ПЛОД.	520
147.	<b>Шамсиева Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Тилегенов Б.М.</b> ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ЖЕНЩИН С МЕНОРРАГИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АДЕНОМИОЗОМ.	524
148.	<b>Sharapov I.K.</b> TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER BY MEANS OF MODERN SURGERY.	531
149.	<b>Шомиров Д.А., Надырханова Н.С.</b> МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ.	538
150.	<b>Шукурова М.Р. Абдураимов Т.Ф. Эшонова К.Г.</b> ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.	547
151.	<b>Шукурлаева Ш.Ж.</b> УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.	549
152.	<b>Эгамбердиева Г.Н.</b> РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧКИ С САМОГО РОЖДЕНИЯ.	554
153.	<b>Egamberdieva G. N.</b> THE NURSE'S ROLE IN PREVENTING CHANGES IN CHILDREN'S REPRODUCTIVE HEALTH.	559
154.	<b>Эркинова Н. Г.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТОГЛАНДИНА ДЛЯ СОЗРЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ.	563
155.	<b>Юлдашева М.Т.</b> АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА.	564
156.	<b>Юлдашева М.Т., Абдумуминов Б.Р.</b> ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОГРАММЫ ICSI ПРИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ (ВРТ).	565
157.	<b>Юлдашева М.Т., Ибрагимова З.Ж., Хомидчонова Ш.Х.</b> ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.	567
158.	<b>Юсупова Д.О., Матякубова С.А., Хаджиев Д.Ш.</b> КЛИНИЧЕСКИ-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.	569
159.	<b>Якубова О.А., Исакова Д.Б.</b> ЭНДЕМИК БЎҚОҚЛИ АЁЛЛАРДА ПЕРИНАТАЛ КЎРСАТКИЧЛАР.	571



**ФАРҒОНА ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

9. Piper JM; Langer O; Xenakis EM; McFarland M; Elliott BD; Berkus MD . Perinatal outcome in growth-restricted fetuses: do hypertensive and normotensive pregnancies differ? *Obstet Gynecol* 1996; 88:194-9
10. Barker DJ .In utero programming of chronic disease. *Clin Sci* 1998; 95:115-28.
11. Leistikow EA. Is coronary artery disease initiated perinatally. *Semin Thromb Hemost* 1998; 24:139-43.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»  
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ЖЕНЩИН С  
МЕНОРРАГИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АДЕНОМИОЗОМ**

**Д.А.Шамсиева<sup>1</sup>, Г.Н.Бекбаулиева<sup>1</sup>, Б.М.Тилегенов<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Ташкентская Медицинская Академия*

**PERSONALIZED APPROACH TO THE MANAGEMENT OF WOMEN WITH  
MENORRHAGIA CAUSED BY ADENOMYOSIS**

**D.A.Shamsieva<sup>1</sup>, G.N.Bekbaulieva<sup>1</sup>, B.M.Tilegenov<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Tashkent Medical Academy*

**Резюме.** Анализ результатов исследования выявил, что преморбидный фон у женщин основной группы значительно отягощен. В структуре соматических заболеваний анемия встречалась в 3,8 раза чаще у пациенток с аденомиозом, чем в контроле.

При меноррагии, ассоциированной аденомиозом наличие выраженного дисбаланса гормонов подтверждено наличием нарушения менструального цикла, дисменореи, бесплодием, невынашиванием беременности и выявленной у 68,6% доброкачественной патологии молочных желез у пациенток основной группы. Еще дисбаланс стероидных гормонов яичника у больных страдающих меноррагией при аденомиозе обусловлен в 71,6% случаев гиперэстрогемией, у 31,7% - гипопрогестеронемией и 41,7% - гипофункцией щитовидной железы. Предложенная нами методика терапии имея положительные эффекты, и подтверждала необходимости персонафицированного подхода в зависимости от возраста, реализации репродуктивных планов и онкологического риска.

**Ключевые слова:** аденомиоз, меноррагия, болевой синдром, соматический и гинекологический анамнез, бесплодие, савис, мирена, гистероскопия.

**Резюме:** Таҳлил натижасига кўра, асосий гуруҳ аёлларда преморбид сезиларли даражада оғир. Соматик кассаликлар таркибида анемия аденомиоз мавжуд беморларда меъёрга қараганда 3,8 баробар кўпроқ кузатилган.

Аденомиоз билан боғлиқ меноррагияда аниқ гормонлар мувозанатининг мавжудлиги аниқланган ҳайз даврининг бузилиши, дисменорея, бепуштлиқ, ҳомиладорликни кўтаролмаслик ва асосий гуруҳ беморларининг 68,6 фоизида кўкрак патологияси мавжудлиги аниқланди. Аденомиозда меноррагия билан оғриган беморларда тухумдон стероид гормонларининг яна бир номуносивлиги 71,6% ҳолларда гиперестрогенемия, 31,7% гипопрөгестеронемия ва 41,7% қалқонсимон безнинг гипофункцияси билан боғлиқ. Таклиф этилаётган терапия усули ижобий таъсир кўрсатиши ва репродуктив режалар ҳамда саратон хавфини амалга оширишда ёшга қараб шахсий ёндашув зарурлигини тасдиқлайди.

**Калит сўзлар:** аденомиоз, меноррагия, оғриқ синдроми, соматик ва гинекологик анамнез, бепуштлиқ, савис, мирена, гистероскопия.

**Summary.** Analysis of the results of the study revealed that the premorbid background in women of the main group was significantly burdened. In the structure of somatic diseases, anemia occurred 3.8 times more often in patients with adenomyosis than in controls.

In menorrhagia associated with adenomyosis, the presence of a pronounced hormone imbalance was confirmed by the presence of menstrual cycle disorders, dysmenorrhea, infertility, miscarriage and benign breast pathology detected in 68.6% of the patients of the main group. Another imbalance of ovarian steroid hormones in patients suffering from menorrhagia with adenomyosis is caused in 71.6% of cases by hyperestrogenemia, in 31.7% - hypoprogesteronemia and 41.7% - hypofunction of the thyroid gland. The proposed method of therapy had positive effects, and confirmed the need for a personalized approach depending on age, the implementation of reproductive plans and cancer risk.

**Keywords:** adenomyosis, menorrhagia, pain syndrome, somatic and gynecological history, infertility, savis, mirena, hysteroscopy.

В структуре гинекологических заболеваний доля аденомиоза среди всех других локализаций составляет от 70 % до 90 % [1, 3]. Увеличение частоты аденомиоза связано с улучшением диагностики, особенно с широким внедрением в практику гистероскопии. Между тем, трудности в диагностике возникают вследствие сочетания аденомиоза с другими гиперпластическими заболеваниями — миомой матки, гиперплазией эндометрия [4]. Однако несмотря на многочисленные работы по изучению данного заболевания, проводимые в течение многих десятилетий, результаты остаются неутешительными [2].

В связи с этим актуальным является поиск и разработка методов профилактики и лечения спаечных процессов, что позволит усовершенствовать тактику ведения таких пациенток.



**Цель исследования:** разработать и обосновать методику лечения меноррагии на фоне аденомиоза с учетом гормонального баланса и репродуктивного возраста, а также оценить ее эффективность.

**Материалы и методы исследования:** На I этапе исследования в зависимости от возрастной категории пациентки были распределены: I группа - 20 женщин в возрасте 28-33 лет, II группе - 20 женщин в возрасте 34-39 лет, III группа 20 женщин в возрасте 40-45 лет и контрольная группа 32 женщин в возрасте 20-45 лет. Всем женщинам проводился сбор анамнеза, общеклиническое и гинекологическое обследование, ультразвуковое сканирование органов малого таза, а также изучение гормонального статуса и вакуум - аспирация с последующим морфологическим исследованием соскоба эндометрия. На II этапе для апробации методики терапии женщины были разделены на 2 группы. Для этого 70 женщин с аденомиозом матки, страдающих меноррагией были распределены на 2 группы рандомизированно - методом случайной выборки. Больные первой основной группы в свою очередь будет разделена на 2 подгруппы: I А группа (20 женщин в возрасте 28-33) проведена терапия препаратом Савис: диеногест 2 мг (производитель Гедеон Рихтер, Венгрия); I Б группе (20 женщин) в возрасте 34-39) больных проведена терапия установлением левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена. Второй группе пациенток (20 женщин в возрасте 40-45 лет) проведена гистероскопическая абляция с применением в последующем ВМС «Мирена». Для контрольной группы было отобрано 32 женщин без аденомиоза с нормальным регулярным менструальным циклом.

На III этапе на основе полученных статистических показателей рассчитана клиническая эффективность разработанной методики в зависимости от возраста и реализации репродуктивных планов. Сбор материала проводился в 2020 – 2022 гг. в отделении гинекологии, консультативно-диагностической поликлинике в городском родильном комплексе № 9 и №8, а также апробация методика гистероскопической абляции полости матки с последующим установлением ВМС Мирена в отделении гинекологии частной клиники Jacksoft под руководством д.м.н. Г.Н. Бекбаулиевой.

**Результаты и их обсуждение** Анализ изученных данных показал, что, преморбидный фон у женщин основной группы значительно отягощен (табл. 1). В основной группе частота детских вирусных инфекций почти в 2,6 раза больше по сравнению с контрольной. Настораживает то, что в структуре соматических заболеваний анемия встречалась в 3,8 раза чаще у пациенток с аденомиозом, причём, чаще анемия лёгкой и средней степени тяжести была зарегистрирована у каждой пациентки III группы, у каждой второй II группе, и у каждой четвертой женщине I группы, при этом титр гемоглобина снижался на 9-10% в сравнении с женщинами контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1 Характеристика соматического анамнеза у пациенток с аденомиозом

Исследуемые параметры	Группа обследованных лиц			
	Основная, n=60		Контрольная, n=32	
	абс	%	абс	%
Детские вирусные инфекции	44	73,3±2,6	9	28,1±8,1
Анемия	47	78,3±2,4	6	18,8±6,2
Заболевания ССС	4	6,6±4,4***	-	-
Заболевания мочевыводящих путей	23	38,3±3,6	4	11,7±6,8
Диффузное увеличение щитовидной железы	31	51,6±4,7***	3	9,4±4,6
Заболевания ЖКТ	26	43,3±4,6***	4	12,5±6,2
Примечание:	* - различия относительно данных контрольной группы значимы (***) - $P < 0,001$			

Основными жалобами у женщин были: нарушение менструального цикла (первичное и вторичное), аномальное маточное кровотечение (АМК), меноррагия, дисменорея, бесплодие, невынашивание беременности. Так, аномальное маточное кровотечение протекало у подавляющего большинства женщин в острой форме, причем почти у каждой третьей женщины наблюдался рецидив острой формы, в то же время 86,7% женщин наблюдался меноррагии. Среди пациенток основной группы с АМК преобладали нарушения менструального цикла по типу персистенции зрелого фолликула у 19 (31,7%), а у 4 (6,7%) по типу длительной персистенции атретического фолликула. Еще одним характерным симптомом в обследуемых группах было вагинальное кровомазание до и после менструации (53,3%), причем если при первой степени аденомиоза, данное явление было 61,7 %, то при II степени аденомиоза частота данного симптома была статистически значимо увеличена 88,3%, у пациенток 3 степени данный симптом был нивелирован за счет аномального маточного кровотечения ( $p < 0,05$ ).

Вторым симптомом, по поводу которого также часто обращались женщины с аденомиозом была дисменорея. Так, 83,3% женщин жаловались на те или иные боли внизу живота разной интенсивностью, связанные чаще всего с менструацией.

По поводу бесплодия, в частности, вторичного бесплодия обратилась каждая третья женщина, лишь каждая десятая женщина имела первичное бесплодие. Такое незначительная частота первичного бесплодия возможно связано с тем, что к моменту развития аденомиоза

(возрастная категория исследуемой группы в нашем исследовании 28-45 лет) эти женщины реализовали репродуктивные планы. Вместе с тем у 13,3 % женщин наблюдалось невынашивание беременности. Нам было интересно изучение характера жалоб в зависимости от степени развития аденомиоза. Так, анализ данных показал, что существует тесная взаимосвязь, между развитием аденомиоза матки и различными отклонениями в периоде становления менструального цикла. Вместе с тем, нарушения менструального цикла, выявленные у пациенток с аденомиозом, имеют неоднородный характер и различные патогенетические механизмы развития нарушений. В связи с этим большой интерес представляет изучение характера менструального цикла у больных с аденомиозом.

Результаты проведенного анализа становления и характера менструального цикла у пациенток основной группы показал, что средний возраст менархе в основной группе составил  $12,5 \pm 0,4$  лет, в контрольной группе этот показатель составил  $13,5 \pm 1,4$  лет. Почти у всех практически здоровых женщин менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, в то время как в основной группе только у 23 (38,3%). Что касается продолжительности менструального цикла, то в контрольной группе преобладал нормопонирующий цикл у 89,3%, в основной чаще регистрировался анте и постпонирующий цикл у 58,6% пациенток.

Еще одним из интересным моментом при анализе данных анамнеза была, распространенность фиброзно-кистозной мастопатии. Так, среди женщин основной группы на долю фиброзно-кистозной мастопатии приходится 68,6%, что возможно связано гормональным дисбалансом. Таким образом, преобладание выявленных таких параметров как АМК, дисменорея, бесплодие, невынашивание, доброкачественная патология молочных желез у пациенток основной группы свидетельствуют о выраженном дисбалансе гормонов. Кроме того, гормональные сдвиги могут способствовать развитию, как аденомиоза, так и меноррагии. В связи с этим следующим этапом исследования было изучение гормонального профиля женщин с данной патологией. Анализ показал, что среднее значение содержания уровня гонадотропных гормонов ФСГ и ЛГ находилось в пределах абсолютной нормы, и уровень гонадотропных гормонов достоверно не различался. Но, тем не менее, соотношение уровня ЛГ/ФСГ было нарушено и превышало 1. Среднее значение содержания пролактина в плазме крови не превышало абсолютных норм у большинства исследуемых. Средние показатели уровней тиреоидных гормонов у пациенток основной группы значимо не отличались от таковых, полученных у практически здоровых женщин. Что касается значения ТТГ, то отмечена тенденция к повышению уровня тиреотропного гормона у женщин с основной группы. Так, у исследуемых основной группы отмечено достоверно повышенное содержание в сыворотке периферической крови тестостерона  $3,6 \pm 0,12$  нмоль/л против  $1,68 \pm 0,05$  нмоль/л в контрольной группе ( $P < 0,001$ ). Наряду с изучением средних значений

уровня гормонов, мы проанализировали индивидуальные значения гормонов у каждой конкретной больной в сравнении с данными, указанными в тест наборах и в сопоставлении с клиническими проявлениями нарушений менструального цикла. Такой методологический подход позволил выявить следующие особенности. У 71,6% регистрировалась относительная или абсолютная гиперэстрогения, полученные в основной группе при наличии клинических проявлений гиперэстрогемии (нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи). Следует отметить, что повышенные значения эстрадиола ( $123,9 \pm 2,5$ ) у пациенток с аденомиозом сопровождались значительным снижением прогестерона ( $1,6 \pm 1,9$  нг/мл). Так, у каждой третьей пациентки (31,7%) диагностирована абсолютная гипопрогестеронемия. У 25 (41,7%) больных отмечены незначительное снижение  $T_3$ ,  $T_4$  и достоверное повышение ТТГ.

Таким образом, дисбаланс стероидных гормонов яичника у больных страдающих меноррагией при аденомиозе обусловлен в 71,6% случаев гиперэстрогемией, у 31,7% - гипопрогестеронемией и 41,7% - гипофункцией щитовидной железы. Выявленные данные о дисгормональной природе аденомиоза еще раз подтвердила нам о корректности выбранного нами методики терапии и основного направления медикаментозного воздействия препаратами, снижающими продукцию эстрогенов яичниками, оказывающие антипролиферативное воздействие на ткань эндометрия. Поэтому применение чисто гестагенных препаратов в коррекции дисбаланса гормонального фона при аденомиозе представляет наиболее перспективным в связи с их положительным влиянием на матку и на гемостаз. Вместе с тем длительное применение гестагенов сопряжено с развитием ряда нежелательных эффектов, таких как повышение массы тела, отеки, головная боль, гипертония, тромбоэмболические осложнения. В связи с этим мы сочли целесообразным, изучить эффективность препарата Савис: диеногест 2 мг (производитель Гедеон Рихтер, Венгрия), левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена и комплексного лечения применением гистероскопической абляции с последующим установлением ВМС «Мирена».

Независимо от исходного состояния эндометрия к 6 месяцу применения прогестагенов наблюдались однонаправленные морфологические изменения: слизистая матки имела незначительную толщину, определялся покровный эпителий и небольшое количество стромы с явлениями отека. Анализ менструальной функции на фоне приема диеногеста показал, что у подавляющего большинства пациенток - (у 13 женщин- 21,7%) I группы не отмечено нарушение менструального цикла, у 4 (6,7%) пациенток в первые два месяца наблюдались вагинальные мажущиеся кровянистые выделения, у 3 (61,5%) женщин аменорея.

На фоне приема диеногеста из побочных явлений у 3 женщин наблюдалась головная боль, у 2 вегетососудистые реакции в виде приливов, у 1 артериальная гипертония, у 1



депрессивное настроение. В связи с чем 4 женщин после 3-х месячной терапии отказали от приема препарата. Через 6 месяцев наблюдения число женщин без нарушения менструального цикла увеличилось до 18 (90%), лишь у 2-х женщин была стойкая аменорея. Прибавка массы тела отмечена у 2 (10,0%) женщин.

С целью исследования изменения баланса гормонов в динамике лечения у пациенток мы изучили гормональный статус до и после лечения. Так, концентрация эстрадиола и тестостерона существенно снизилась во I Б и II группе по сравнению со I группой, даже среднее значение Т достигало уровня, характерного для практически здоровых женщин фертильного возраста. Оценка коррекции менструальной функции. Показала, что через год эффективность была более выражено в группе I Б и во II группе по сравнению с I группой (40% и 50% против 10% соответственно группам), так как не было отмечено ни одного случая меноррагии, а в группе I А наблюдалось у 5% женщин, во II группе у 5% все таки наблюдались ациклические вагинальные кровянистые выделения. В связи с тем, что диеногест был назначен на 6 месяцев данных через 12 месяцев в I А группы, не изучали. Однако через 12 месяцев нами констатированы за отдаленные результаты у женщин этой группы, где у более чем 1/3 женщин (7 женщин – 35%) возобновилась меноррагия.

Учитывая, что, вторым симптомом был болевой синдром, нами была проведена оценка по визуально аналоговой шкале до лечения и на фоне терапии диеногестом, введением ВМС «Мирена» и комплексной терапии гистероскопической абляции эндометрия с введением ВМС Мирена. Установлено, что у пациенток I А группы с аденомиозом средний балл по визуально аналоговой шкале (ВАШ) составлял  $6,42 \pm 1,7$ , что свидетельствует о дисменорее. Во I Б группе у пациенток с аденомиозом средний балл по визуально - аналоговой шкале (ВАШ) составлял  $6,68 \pm 1,9$ , что также свидетельствует о более выраженности боли. У женщин II группе боли были значительной степени, что подтверждается показателем  $7,28 \pm 1,4$ . Наше исследование показало эффективности терапии, так как через 6 месяцев во всех группах вне зависимо от выбранной терапии показатель ВАШ достоверно снизился без статистически разницы (до  $1,0 \pm 0,13$  и до  $1,1 \pm 0,5$ , а также  $1,1 \pm 0,3$  соответственно группам), что подтверждает нивелирование болевого синдрома, хотя у женщин II группы в первые 3 месяца статистически достоверного уменьшения боли не отмечено. Вместе с тем мы считаем, что боли были соответственно перенесённой операции, а не из-за аденомиоза.

Контроль терапии с меноррагии при аденомиозе в сравнительном аспекте через 12 месяцев показал, в I А группе лечение было эффективным у 6 (25,0%) больных, I Б группе у 30%. Эффект расценивался как значительное улучшение, если под влиянием лечения наблюдалось тенденция к уменьшению размеров матки. У больных второй группы лечение

было эффективным у 12 (60,0%) больных, у которых в динамическом УЗИ контроле отмечалась уменьшение объема матки и толщины эндометрия.

**Выводы.** Таким образом наше исследование показало следующие: Преморбидный фон у женщин основной группы значительно отягощен. В структуре соматических заболеваний анемия встречалась в 3,8 раза чаще у пациенток с аденомиозом, чем в контроле.

1. Выраженный дисбаланс гормонов при меноррагии, обусловленной аденомиозом подтвержден нарушением менструального цикла, дисменореей, бесплодием, невынашиванием, доброкачественной патологией молочных желез у пациенток основной группы

2. Предложенная нами методика имеет положительные эффекты, и подтверждает необходимость персонализированного подхода к терапии в зависимости от возраста, реализации репродуктивных планов и онкологического риска.

### Литература:

1. Коган Е.А. Морфологический и молекулярный субстрат нарушения рецептивности эндометрия у бесплодных пациенток с наружно-генитальным эндометриозом / Е.А. Коган, Е.А. Калинина, А.В. Колотовкина, Н.М. Файзуллина, Л.В. Адамян // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 8.

2. Соколова Е. И. Оптимизация терапии эндометриоидных кист яичников у пациенток позднего репродуктивного возраста //Дисс на соиск уч. степени канд. мед наук. - 2019. – С. 28

3. Шкляр А.А. Диагностика, хирургическое лечение и реабилитация женщин репродуктивного возраста с узловой формой аденомиоза: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 113 с.

4. Vlahos NF, Theodoridis TD, Partsinevelos GA. Myo- mas and adenomyosis: impact on reproductive outcome. Biomed Res Int. 2017;5926470. <https://doi.org/10.1155/2017/5926470>.

## «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

---

## TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER BY MEANS OF MODERN SURGERY

I.K.Sharapov

*Ferghana medical institute of public health*

**Annotation:** More than a century has passed since the production of the first perforating ulcer suturing operation in world practice. During this period, many researchers have put a lot of work into finding ways to reduce mortality and postoperative complications in perforated ulcers of the stomach and duodenum.