

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОВЕДЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Курбанов Б.Б., Кочиева А.М.

Ташкентский государственный медицинский университет

XULOSA

Tadqiqot maqsadi. Konservativ miyomektomiya jarrohlikning turli usullarini solishtirish va oqibatlarini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Biz rejalashtirilgan jarrohlik davolash uchun qabul qilingan bachadon miomasi bo'lgan 110 nafar ayolning retrospektiv materialini o'rgandik. Biz ularni 2 guruhga ajratdik: birinchi guruhga laparoskopik yoki minilaparoskopik kirish usuli yordamida konservativ miyomektomiya operatsiyasini o'tkazgan 60 nafar ayollar, ikkinchi guruhga laparoskopik kirish usulidan foydalangan holda operatsiya qilingan 50 nafar ayollar kiradi.

Natijalar. Homiladorlik va tug'ilishning o'rtacha soni o'rtacha hisob-kitoblardan oshib ketdi, shuni aytish mumkinki, ko'pchilik ayollar ko'p marta tug'ishgan. Ikkala guruhda ham homiladorlikning tibbiy uzilishining ko'psonli holatlarini qayd etish mumkin. Birinchi guruhdagi 16,7% va ikkinchi guruhdagi 12% hollarda birlamchi yoki ikkilamchi bepushtlik mavjud. O'rganilayotgan ayollarda jarrohlik aralashuvni tahlil qilishda jarrohlik usulini tanlash quyidagi parametrlarga mos keldi - anamnez, shikoyatlar, jarrohlik tarixi, bachadon hajmi va miyomatoz tugunlarning o'lchami. Bachadon miomasining tasnifi FIGO 2023 bo'yicha amalga oshirildi. Tashhis ultratovush ma'lumotlari asosida qoyildi.

Xulosa. Konservativ miyomektomiya jarrohliligining ikkita usulini solishtirganda shuni ta'kidlash kerakki, ikkala usul ham ishonchli, jarrohning tayyorgarligiga va tibbiy asbob-uskunalar holatiga bog'liq.

Kalit so'zlar: myoma, bachadon, laparoskopiya.

Миома матки является наиболее распространенной формой доброкачественных, гормонозависимых опухолей матки. По данным ВОЗ частота встречаемости миом матки неуклонно растет. Также неуклонный рост имеют количества оперативных вмешательств. Клинические проявления включают аномальные кровотечения, наличие тазовых образований, тазовую боль со специфической иррадиацией, наличие бесплодия, симптомы увеличения объема матки и акушерские осложнения. [1,2].

Современные стратегии лечения в основном предполагают хирургическое вмешательство, но выбор метода лечения определяется возрастом пациентки и желанием сохранить фертильность или избежать «радикальной» операции, такой как гистерэктомия. Лечение миомы матки также зависит от количества, размера и расположения узлов. Другие хирургиче-

SUMMARY

Objective. To compare different methods of conservative myomectomy surgery and evaluate their outcomes.

Materials and methods. We conducted a retrospective analysis of 110 women with uterine fibroids who underwent planned surgical treatment. We divided them into 2 groups: the first group consisted of 60 women who underwent conservative myomectomy surgery using laparoscopic or mini-laparoscopic access, the second group consisted of 50 women who underwent surgery using laparoscopic access.

Results. The average number of pregnancies and deliveries exceeded the mean values, indicating that most women were multiparous. A high number of cases of medically induced abortion was also noted in both groups. Primary or secondary infertility was observed in 16.7% of cases in the first group and 12% in the second group. When analyzing surgical interventions among the examined women, the choice of operative method was determined by several factors – medical history, patient complaints, surgical history, uterine size, and the size of myomatous nodes. Classification of uterine fibroids was performed according to FIGO 2023. The diagnosis was established based on ultrasound findings.

Conclusions. A comparison of the two methods of conservative myomectomy indicates that both approaches are reliable, depending on the surgeon's experience and the quality of medical equipment.

Keywords: myoma, uterus, laparoscopy.

ские и нехирургические подходы включают миомэктомию с помощью гистероскопии, миомэктомию лапаротомическим или лапароскопическим доступом, эмболизацию маточных артерий и вмешательства, выполняемые под рентгенологическим или ультразвуковым контролем для термической абляции миомы матки. [5,9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнение различных методов операции консервативной миомэктомии, и оценить последствия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами был изучен ретроспективный материал 110 женщин с миомой матки, поступивших на плановое оперативное лечение. Мы разделили их на 2 группы: Первую группу составили 60 женщин, проводивших операцию консервативной миомэктомии лапаратор-

ным или минилапараторным доступом, вторую группу составили 50 женщин прошедших операцию лапароскопическим доступом. Возрастной градиент исследуемых варьировал от 21-44 лет. Ретроспективный материал был собран на базе кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета, клинике “Jacksoft MDS” а также городском межрайонном перинатальном центре №6 города Ташкента.

Критериями включения в группы исследования были:

- симптомная, или узловатая формы миомы матки
- операции по консервативной миомэктомии
- отсутствие тяжелой соматической патологии

Критериями исключения из групп служили:

- гигантские размеры миомы

- операции по гистерэктомии
- онкогинекологические заболевания

Операция консервативное миомэктомия было проведено всем женщинам в плановом порядке. Оперативный доступ подбирался в индивидуальном порядке и зависел от подготовленности женщины, наличия и отсутствия противопоказаний, мастерства хирурга, а также желаний женщины.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были проведены тщательная сравнительная характеристика клиники, анамнеза, лабораторных и инструментальных данных исследуемых женщин. Так при анализе акушерско-гинекологического анамнеза обращало на себя внимание то что все женщины имели отягощённый анамнез. (табл. 1)

Таблица 1

Акушерско-гинекологический анамнез исследуемых женщин

	Первая группа n=60	Вторая группа n=50	P- значение
Беременность	5.24 ± 0.9	4.74 ± 0.9	0,398
Роды	3.4 ± 0.9	3.2 ± 0.9	0,752
Медикаментозные аборты	3.15 ± 0.9	3.88 ± 0.9	0,012
Самопроизвольные выкидыши	2.33 ± 0.7	1.24 ± 0.8	0,012
Неразвивающаяся беременность	2.01 ± 0.9	1.54 ± 0.9	0,012
Бесплодие (%)	10 (16,7%)	5 (12%)	

Среднее количество беременностей и родов превосходило средние оценки, можно констатировать что большинство женщин были много рожавшими. Также можно отметить большое количество случаев медикаментозного прерывания беременности в обеих группах. 16,7% случаев в первой и 12% во второй группе имело место первичное или вторичное бесплодие.

При анализе сопутствующей патологии обращало на себя внимание то что в обеих группах (таблица 2) отмечалась анемия, чаще всего постгеморрагиче-

ская, объяснявшая наличие симптомной миомы матки. Это также и являлось самой частой жалобой у исследуемых групп (симптом кровотечения и симптом боли). Также в обеих группах часто встречалось ожирение. Хочется отметить что ожирение III-IV степени могли быть противопоказанием к проведению лапароскопии (из-за сложности доступа к операционному полю). Наличии инфекции мочевого тракта у женщин отмечалось чаще у женщин второй группы и составило 28% в соответствии 18,3% в первой группе.

Таблица 2

Сопутствующие соматические заболевания

	Первая группа n=60	Вторая группа n=50
Анемия	25 (41,6%)	21 (42%)
Ожирение	17 (28,3%)	12 (24%)
Заболевания ЖКТ	9 (15%)	6 (12%)
ИМТ	11 (18,3%)	14 (28%)
Заболевания ССС	6 (10%)	4 (8%)
Сахарный диабет	3 (5%)	2 (4%)

При анализе оперативного вмешательства у исследуемых женщин, выбор метода операции отвечал следующим параметрам – анамнезу, жалобам, хирургическому анамнезу, размерам матки и размеров миоматозных узлов. Классификацию миомы матки проводился по FIGO 2023. Диагноз устанавливался на основании данных УЗИ. В сложных случаях (в гигантских размерах узлов) женщин отправляли на МРТ исследования. При подозрении на онкологическое состояние женщины обследовались на онкомаркеры (Index ROMA). Также все женщины под-

вергались классическим методам дооперационной подготовки, при выявлении патологии отправлялись на дополнительное исследование.

Женщинам первой группы проводили операцию лапараторным, а при маленьких размерах узлов минилапараторным доступом (Пфаненштиль или Джоэль-Кохен). Суть операции заключалась в удалении миоматозных узлов, ушивании ложа рассасывающимся атравматичным шовным материалом (табл. 3).

Сравнительная характеристика оперативного вмешательства

Характеристики	Первая группа n=60	Вторая группа n=50
Длительность (мин)	64 ± 5.0	54 ± 4.0
Кровопотеря	225 ± 15,2	55 ± 11,2
Обезболивание: СМА (%)	40 (66,6%)	41 (82,0%)
Обезболивание: ЭТН (%)	20 (34,6%)	9 (18,0%)
Койко-дней	3,4 ± 0.9	2,6 ± 0.9
Интраоперационное осложнение	3	1
Послеоперационное осложнение	2	0
Отдаленные осложнения	1	0

В связи с проведением лапараторного доступа у женщин в первой группе увеличивается время проведения операции, объём кровопотери, объём использованного шовного и операционного материала. Обращает на себя внимание что женщины во второй группе меньше находились на стационарном лечении, и был значительно (существенно) ниже объём кровопотери. При лапароскопии подбор хирургического инструментария требует затрат – так как используется дорогостоящее оборудование, например, LigaSure, Ruby, Thunderbeat. Эти электроприборы обладают колоссальным преимуществом – бережное сечение тканей, минимальный объём травматизма.

У женщин первой группы отмечалось 3 интраоперационных осложнения – травма варикозного сосуда, прободение инструментов в полость матки, кровотечение из ложа (с последующей гемотрансфузией). При лапараскопическом доступе было 1 осложнение – травма мочевого пузыря (за счёт спаечного процесса) и последующего формирования мочепузырно-влагалищного свища.

ВЫВОДЫ

При проведении сравнения двух методов операции по консервативной миомэктомии обращает внимание что оба метода надежны, зависят от подготовки хирурга и от состояния медицинского оборудования. Преимуществом лапараскопического доступа является меньший объём кровопотери и быстрое восстановление пациента; а преимуществом лапараторного доступа являются возможность применения при больших спаечных процессах и ожирении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юлдашева О. С. и др. Состояние репродуктивной функции у женщин с миомой матки (обзор литературы) // Молодой ученый. – 2016. – №. 4. – С. 312-315.
2. Доброхотова Ю. Э., Ильина И. Ю., Гончаров И. Ю. Миома матки. Безоперационное лечение // РМЖ. – 2018. – Т. 26. – №. 2-1. – С. 3-6.
3. Шрамко С. В. и др. Биологические маркеры клеточного цикла Ki-67 и Bcl-2 при миоме, аденомиозе и лейомиосаркоме матки // Медицина в Кузбассе. – 2019. – Т. 18. – №. 3. – С. 20-24.
4. Medikare V. et al. The genetic bases of uterine fibroids; a review // Journal of reproduction & infertility. – 2011. – Т. 12. – №. 3. – С. 181.
5. McWilliams M. M., Chennathukuzhi V. M. Recent advances in uterine fibroid etiology // Seminars in reproductive medicine. – Thieme Medical Publishers, 2017. – Т. 35. – №. 02. – С. 181-189.
6. Jamaluddin M. F. B., Nahar P., Tanwar P. S. Proteomic characterization of the extracellular matrix of human uterine fibroids // Endocrinology. – 2018. – Т. 159. – №. 7. – С. 2656-2669.
7. Khan A. T., Shehmar M., Gupta J. K. Uterine fibroids: current perspectives // International journal of women's health. – 2014. – С. 95-114.
8. Török P., Póka R. Diagnosis and treatment of uterine myoma // Orvosi Hetilap. – 2016. – Т. 157. – №. 21. – С. 813-819.
9. Ciebia M. et al. Role of transforming growth factor β in uterine fibroid biology // International Journal of Molecular Sciences. – 2017. – Т. 18. – №. 11. – С. 2435.
10. Jamaluddin M. F. B. et al. Proteomic profiling of human uterine fibroids reveals upregulation of the extracellular matrix protein periostin // Endocrinology. – 2018. – Т. 159. – №. 2. – С. 1106-1118.
11. Halder S. K., Osteen K. G., Al-Hendy A. 1, 25-dihydroxyvitamin d3 reduces extracellular matrix-associated protein expression in human uterine fibroid cells // Biology of reproduction. – 2013. – Т. 89. – №. 6. – С. 150, 1-13.
12. Styer A. K., Rueda B. R. The epidemiology and genetics of uterine leiomyoma // Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. – 2016. – Т. 34. – С. 3-12.
13. El-Balat A. et al. Modern myoma treatment in the last 20 years: a review of the literature // BioMed research international. – 2018. – Т. 2018. – №. 1. – С. 4593875.
14. Laganà A. S. et al. Epigenetic and genetic landscape of uterine leiomyomas: a current view over a common gynecological disease // Archives of gynecology and obstetrics. – 2017. – Т. 296. – С. 855-867.
15. Toprani S. M., Kelkar Mane V. Role of DNA damage and repair mechanisms in uterine fibroid/leiomyomas: a review // Biology of Reproduction. – 2021. – Т. 104. – №. 1. – С. 58-70.
16. Mlodawska O. W. et al. Epigenomic and enhancer dysregulation in uterine leiomyomas // Human

- Reproduction Update. – 2022. – Т. 28. – №. 4. – С. 518-547.
17. Kil K. et al. Usefulness of CA125 in the differential diagnosis of uterine adenomyosis and myoma // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2015. – Т. 185. – С. 131-135.
18. Dvorská D. et al. Molecular and clinical attributes of uterine leiomyomas // Tumor Biology. – 2017. – Т. 39. – №. 6. – С. 1010428317710226.
19. Yang Q. et al. The mechanism and function of epigenetics in uterine leiomyoma development // Reproductive Sciences. – 2016. – Т. 23. – №. 2. – С. 163-175.

УЎК: 618.15-007.21

АЁЛЛАРДА БАЧАДОН ВА ҚИН АПЛАЗИЯСИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ (АДАБИЁТ ШАРҲИ)

Курбанов Д.Д., Собирова М.Р.
Тошкент давлат тиббёт университети

РЕЗЮМЕ

Аномалии развития половых органов наблюдаются у 2-5% женского населения, что по частоте занимает третье место после пороков сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, представляя собой серьезную медицинскую и социальную проблему (Адамян Л.В., Мамян З.Н., 2010).

В структуре пороков развития половых органов особое место занимает аплазия матки и влагалища, которая встречается у 1 из 4000 новорожденных девочек. Необходимость коррекции данного порока развития связана в первую очередь с невозможностью половой жизни, что в ряде случаев побуждает пациенток прибегать к любому варианту корригирующей терапии, независимо от возможного риска осложнений (Аракелян А.С., 2021).

Ключевые слова: аплазия, влагалище, матка, гипоплазия, операция, коррекция.

Гиппократ ва Аристотел давридан бошлаб адабиётларда бачадон ва кин аплазияси билан беморларнинг клиник ҳолатларини тавсифловчи турли хил манбаълар келтирилган. 16-асрдан ҳозирги кунгача нео-девор яратишнинг турли усуллари таклиф қилинган.

Колпопознинг 100 дан ортиқ турли хил усуллари кольпопоз ва уларнинг модификациялари кин ва бачадон бўйни аплазияси ва атрезияси учун қўлланиб келинмоқда. Баъзи колпопоз техникаси бошқалар билан уйғунлаштирилади, лекин улар амалий соғлиқни сақлашда амалга оширилганда, бу усуллар бази ҳолларда бир қатор табиий камчиликлари [6-7] аён бўлиб келмоқда.

Даволашнинг консерватив ва жарроҳлик усуллари узоқ ривожланиш ва шаклланиш йўлини босиб ўтди, аммо уларнинг ҳеч бири стандартлаштирилмаган.

Қонсиз колпопоз биринчи марта 1938 йилда Fletcher-Амуссат усулини ўзгартирган Frank томо-

SUMMARY

Abnormalities in the development of the genital organs are observed in 2-5% of the female population, which is the third most common after defects of the cardiovascular system and the musculoskeletal system, representing a serious medical and social problem (Adamyany L.V., Makyan Z.N., 2010).

In the structure of malformations of the genital organs, aplasia of the uterus and vagina occupies a special place, which occurs in 1 out of 4000 newborn girls. The need to correct this malformation is primarily associated with the impossibility of sexual activity, which in some cases prompts patients to resort to any option of corrective therapy, regardless of the possible risk of complications (Arakelian A.S., 2021).

Keywords: aplasia, vagina, uterus, hypoplasia, surgery, correction.

нидан таклиф қилинган. 30 ой давомида ҳар куни 6 дақиқа давомида турли ўлчамдаги протезлар (дилататорлар) туфайли кин деворларини аста-секин кенгайишини тахмин қилди. Бироқ, бу усул бир қатор камчиликларга эга бўлиб, улар орасида, биринчи навбатда, оғриқ ва жуда узоқ вақт оралиғини таъкидлаш керак [3-4]. Кейинчалик, Б.Ф. Шерстнев кольпоэлонгатор керакли натижага эришиш учун қинни қонсиз узайтириш имконини берувчи колпоэлонгаторни ихтиро қилди.

В.Ф. Шерстнев усули. Е.В. Уварова томонидан В.И. Кулаков Миллий тиббий тадқиқот марказининг болалар ва ўсмирлар гинекологияси бўлимида ўзгартирилган. Каучук учи флоропласт билан алмаштирилди, уни кенгайтириш механизми яхшиланди, бундан ташқари, қурилма танаси деформацияланган титан қотишмасидан қилинган ва муолажа махсус доривор линияментларни тайинлаш билан бирлаштирилган [6-5].