



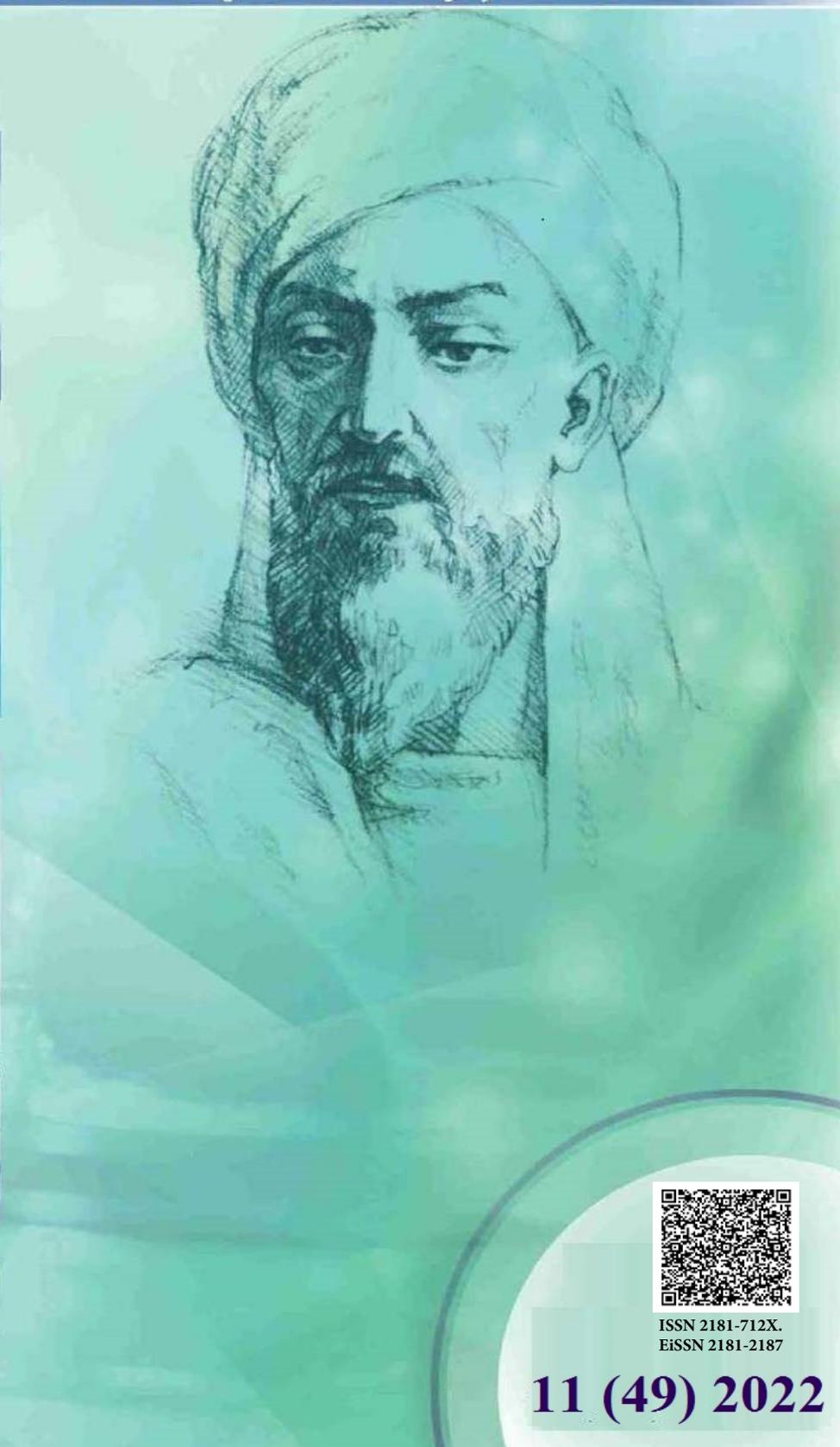
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (49) 2022

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (49)

2022

ноябрь



Received: 09.10.2022
Accepted: 20.10.2022
Published: 10.11.2022

УДК 618.14-006.36-089.87-618.17-055.25-08

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Раззакова Н.С., Абдуразакова М.Д., Абдурашидова Б.М.

Ташкентская медицинская академия

✓ Резюме

Проведен клинико-статистический анализ отдаленных результатов миомэктомии с целью оценки результатов операции в плане восстановления фертильности у 48 пациенток позднего репродуктивного возраста, у которых бесплодие явилось основным показанием к операции. Выявлено, что при наличии единственного узла миомы, недеформирующей полость матки, для реализации репродуктивной функции метод миомэктомии (лапаротомия/лапароскопия) не имеет существенного значения. Установлено, что эффективность миомэктомии в плане возможного восстановления и реализации репродуктивной функции у женщин позднего репродуктивного возраста определяется состоянием овариального резерва. Процент неудач в позднем репродуктивном возрасте составляет 78,2%.

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, поздний репродуктивный возраст, овариальный резерв, фертильность.

KECHKI REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA MIYOMEKTOMIYADAN SO'NG REPRODUKTIV FUNKTSIYANI AMALGA OSHIRISHNI TAKOMILLASHTIRISH

Razzakova N.S., Abdurazakova M.D., Abdurashidova B.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

✓ Rezyume

Kechki reproduktiv yoshdagi 48 ta bemorda bepushtlik operatsiyaning asosiy ko'rsatkichi bo'lgan tug'ilishni tiklash rejasida operatsiya natijalarini baholash uchun miyomektomiyaning uzoq muddatli natijalarini klinik va statistik tahlil o'tkazildi. Reproktiv funktsiyani amalga oshirish uchun bachadon bo'shlig'ini deformatsiya qilmaydigan bitta mioma tuguni mavjud bo'lganda, miyomektomiya (laparotomiya/laparoskopiya) usuli muhim ahamiyatga ega emasligi aniqlandi. Kech reproduktiv yoshdagi ayollarda reproduktiv funktsiyani tiklash va amalga oshirish nuqtai nazaridan miyomektomiyaning samaradorligi tuxumdon zaxirasining holati bilan belgilanadi. Kech reproduktiv yoshdagi muvaffaqiyatsizlik darajasi 78,2% ni tashkil qiladi.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, miomektomiya, kechki reproduktiv yosh, ovarial zaxira, fertillik.

THE IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION AFTER MYOMECTOMY IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

Razzakova N.S., Abdurazakova M.D., Abdurashidova B.M.

Tashkent Medical Academy

✓ *Resume*

Clinical and statistical analysis of the remote results of myomectomy in order to evaluate the operation results in terms of recovery of fertility in the late 68 patients of reproductive age who have infertility was the main indication for surgery. It was revealed that in the presence of a single node fibroids, non-deforming the uterine cavity, for the realization of reproductive function method myomectomy (laparotomy / laparoscopy) is not significant. The efficiency of myomectomy in terms of possible recovery and realization of reproductive function in women of late reproductive age is determined by the state of ovarian reserve. The percentage of failures in the late reproductive years is 88.2%.

Keywords: uterine fibroids, myomectomy, late reproductive age, ovarian reserve, fertility.

Актуальность

Исследования, посвященные изучению влияния миомэктомии на функциональное состояние яичников, крайне немногочисленны [11, 12]. Сохранение репродуктивной функции у женщин с миомой матки (ММ), в том числе после операции по поводу ее удаления, приобретает все большую социальную значимость. Миомэктомия является методом выбора у женщин репродуктивного возраста. Несмотря на значительное количество исследований данные литературы являются противоречивыми в отношении показаний и противопоказаний к данной операции, а также оперативного доступа и техники операции [2, 8, 7]. В то же время эффективность лечения бесплодия во многом зависит от состояния овариального резерва в каждом конкретном случае. В последнее десятилетие широко обсуждается понятие «овариальный резерв» и его значение для выбора методов лечения бесплодия [3, 6, 15].

С целью оценки результатов миомэктомий в плане восстановления фертильности у пациенток позднего репродуктивного возраста, у которых бесплодие явилось основным показанием к операции, нами проведен клинико-статистический анализ отдаленных результатов оперативного лечения.

Материал и методы

Основную группу составили 68 пациенток с миомой матки (ММ). Возраст обследованных женщин колебался от 35 до 44 лет и в среднем составил $27,4 \pm 2,1$ года ($\sigma \pm 5,3$). Контрольную группу составили 20 женщин с ненарушенной репродуктивной функцией активного репродуктивного возраста 24 - 29 лет, средний возраст которых составил $17,2 \pm 2,8$ лет.

Среди больных ММ позднего фертильного возраста первичное бесплодие было у 10 женщин (15,6%) и вторичное – у 36 женщин (52,3%).

Показанием для реконструктивно-пластической операции на матке служило наличие единственного интерстициального или интерстициально-субсерозного узла по передней стенке матки диаметром от 2,5 до 5,0 см, не деформирующего полость матки.

Для выполнения поставленных нами задач нами было проведено определение гормонального статуса и функционального состояния овариального резерва яичников до миомэктомии и через 6 и 8 месяцев после операции. Также оценено течение раннего послеоперационного периода и результаты миомэктомии в плане восстановления фертильности в зависимости от метода оперативного вмешательства (ушивание/коагуляция). Всем женщинам проводили общепринятое клиническое и гинекологическое обследование. С целью определения овариального резерва (ОР) исследовали следующие показатели:

- 1) концентрации ФСГ, эстрадиола (Е2) на 2-5 день менструального цикла (м.ц),
- 2) ультразвуковые параметры яичников в начале м.ц.: объем яичников (ОЯ) и количество антральных фолликулов (АФ) в них.

Все обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от доступа и метода миомэктомии: I-группу составили 44 женщины, которым была произведена лапаротомическая миомэктомия (LTm) с ушиванием стенки матки двухрядными викриловыми швами; II-группу – 24 женщины, которым была произведена лапароскопическая миомэктомия (LSm) с биполярной коагуляцией ложа узла миомы. У 20 (48,1%) пациенток I группы (LTm) диаметр узла составил 6-7 см ($5,02 \pm 1,3$ см). У пациенток II группы (LSm) диаметр узла составлял $4,42 \pm 1,3$ см. Различия в размерах миоматозного узла между группами статистически были незначимы ($p > 0,05$).

В процессе анализа материала были сформировали группы больных в зависимости от исходного функционального состояния репродуктивной системы. Полученные результаты исходного состояния ОР позволили разделить пациенток на 2 подгруппы:

1-я подгруппа (n=20): ФСГ<10 МЕ/л, объем яичников- 6-8 см³, число антральных фолликулов в каждом яичнике – 4-6 (сниженный ОР);

2-я подгруппа (n=30): ФСГ-10-15 МЕ/л, объем яичников- 3-5 см³, число антральных фолликулов в каждом яичнике - 3-5 (низкий ОР).

Анализ продолжительности операции в зависимости от способа миомэктомии показал, что наименьшая длительность операции была в группе больных с LS миомэктомией с коагуляцией ложа узла (II группа) - 30±2,3 мин.. Это время было достоверно меньше в сравнении с пациентками с лапаротомическим удалением узла (I группа) - 30,6±0,63 мин (p<0,05)

Объем кровопотери также был достоверно ниже при выполнении LSмиомэктомии с коагуляцией ложа узла - 180,0 ± 20,0 мл. У женщин с миомэктомией лапаротомическим доступом кровопотеря была достоверно выше – 182,8±8,8 мл (p<0,05).

Нами был также проведен анализ течения раннего послеоперационного периода после LT и LS миомэктомии. Сравнительный анализ показал, что субфебрильная температура в течение 5-6 суток наблюдалась у 14 (66,7%) пациенток с LS миомэктомией и коагуляцией ложа узла и у 9 (20,5%) с LT миомэктомией. Продолжительность применения антибиотикотерапии в сравниваемых группах в среднем составила 2,8±0,6 дней в I группе и 3,4±0,4 дня во II группе (p<0,05). Длительность госпитализации у больных после выполнения LT миомэктомии с ушиванием ложа узла составила 5,2±0,2 койко-дней, в группе с LS с коагуляцией ложа узла - 5,2±1,1 койко-дней (p>0,05).

Таблица 1.

Основные показатели миомэктомии у женщин старшего репродуктивного возраста

Показатель	Лапаротомия (LT) n=44		Лапароскопия (LS) n=24	
Диаметр миом. узлов, см	5,02±2,3		4,82±1,3	
Время операции, мин	26,6±0,83		34±2,3 [^]	
Объем кровопотери, мл	123,8±8,8		156,0 ± 20,0 [^]	
Беременность наступила ВСЕГО - n=8 (11,8%)	Абс.	%	Абс.	%
	4	10,4	2	10,4
стимуляция овуляции	2	4,8	0	5,3
ВРТ- ЭКО (ооциты доноров)	1	2,6	1	4,2

Примечание: различия статистически достоверны - [^]p<0,05

После LT миомэктомии желанная беременность наступила у 4 из 34(11,4%), причем самостоятельно после стимуляции овуляции только у 2 из 15(18,8%) с исходно сниженным ОР. У пациенток данной группы с исходно низким ОР беременность самостоятельно не наступила ни у одной из пациенток и только у 2 из 18 (5,2%) с помощью ВРТ-ЭКО путем забора ооцитов доноров (проведено в Турции).

После проведения миомэктомии LS доступом с биполярной коагуляцией ложа узла желанная беременность наступила только у 2 из 14 пациенток (10,5%). Как и в группе с LT миомэктомией беременность без применения ВРТ после стимуляции овуляции имела место только в 10 % случаев (у 2 из 10 женщин) с умеренно сниженным ОР. У пациенток с исходно низким ОР беременность наступила только у 1 из 14 (5,2%) путем ЭКО. Все 2 (100%) пациенток I-II групп, которым после миомэктомии удалось получить беременность, были родоразрешены путем кесарева сечения. Основные показатели миомэктомии представлены в таблице 1.

Результат и обсуждение

Оценивая частоту наступления беременности с учетом состояния ОР у больных ММ позднего репродуктивного возраста, определенным нами как сниженный и низкий, следует сказать, что при сниженном ОР беременность наступила у 3 из 16 пациенток (14,2%), при низком ОР самостоятельно после стимуляции овуляции беременность не имела место ни у одной больной и только у 3 из 40 больных (5,2%) наступила с помощью ВРТ – ЭКО. Все беременности наступили в течение 5 до 12 месяцев после операции, т.е. тогда, когда еще не произошло необратимых изменений на органическом уровне. Анализ полученных результатов восстановления фертильности показал, что процент наступления беременности после применения LT и LS миомэктомии у женщин позднего репродуктивного возраста идентичен (9,4% и 10,4%). Таким образом, эффективность миомэктомии в плане возможного восстановления и реализации репродуктивной функции у женщин позднего репродуктивного возраста определяется состоянием овариального резерва. Процент неудач составляет 84,2%.

Полученные нами результаты подтверждаются данными литературы. Так, Nargund et al. (1996), Nezhat F.R. et al. (1998) проанализировали овариальный ответ и количество ооцитов в яичниках женщин

после реконструктивно-пластических операций, проходивших лечение в программе ЭКО – ПЭ и выявили значительное уменьшение овариального ответа и частоты наступлений беременности у них [13,14]. Данные наступления фертильности у больных ММ позднего репродуктивного возраста после проведенного корректирующего лечения согласуются с данными Кулакова В.И. и соавт. (2001), которыми выявлено, что репродуктивная функция после оперативного лечения восстанавливается в возрасте старше 35 лет – лишь в 6,3% [5].

Сравнительный анализ ЛТ и LS миомэктомии показал, что в лапароскопическая миомэктомия с коагуляцией ложа узла имеет преимущества в плане продолжительности операции ($34 \pm 2,3$ мин и $36,6 \pm 0,83$ мин; $p < 0,05$) и объеме интраоперационной кровопотери ($180,0 \pm 20,0$ мл) в сравнении с ЛТмиомэктомией ($182,8 \pm 8,8$ мл; $p < 0,05$). Полученные нами совпадают с данными литературы, свидетельствующих о преимуществах лапароскопической миомэктомии с применением электрокоагуляционных методов - они упрощают и ускоряют хирургическое вмешательство [1,4,9,10]. Однако наши данные относительно метода миомэктомии привели нас к мнению, что у женщин репродуктивного возраста с единственным узлом миомы, недеформирующим полость матки, желающих реализовать репродуктивную функцию метод миомэктомии не имеет существенного значения. Значимое влияние на возможность восстановления фертильности и реализации репродуктивной функции у пациенток с ММ старшего репродуктивного возраста оказывает исходное функциональное состояние репродуктивной системы.

Заключение

Таким образом, при установлении исходно сниженного овариального резерва пациентка должна быть информирована о более выраженном нарушении морфофункционального состояния яичников после миомэктомии и, как следствие, возможной неудачи в реализации репродуктивной функции. При исходно низком овариальном резерве после миомэктомии реализовать репродуктивную функцию возможно только с помощью ЭКО. В случае отсутствия необходимости ее реализации, при желании пациентки, миомэктомию целесообразно проводить только с органосохраняющей целью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Долинский А.К. и др. Опыт применения стандартизированной методики лапароскопической миомэктомии // Журн. акуш. и жен. бол. 2012. Т. 61, № 4. С. 23-32.
2. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операции, системы реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты / Дисс. д. м. н. — М., 1999, с. 275-280.
3. Боярский К.Ю. Клиническое значение тестов определения овариального резерва в лечении бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000.
4. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А., Мгелиашвили М.В. и др. Современные методы диагностики несостоятельности швов или рубца на матке после кесарева сечения // Рос. вестн. акуш.-гин. 2013. Т. 13, № 1. С. 73-77.
5. Кулаков В.И., Шамаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: МЕДпрессинформ, 2001. - 344 с.
6. Назаренко Т.А. Овариальный резерв: определение, диагностика и значение при стимуляции функции яичников. // Стимуляция функции яичников — М., 2009. — С. 35—43.
7. Тихомиров А.Л. Миома. Патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М. 2013; 319 с.
8. Фахрутдинова Э.Х. Репродуктивное здоровье женщин после консервативной миомэктомии: / Автореф. дис. канд. мед. наук. — М, 2004. — 24 с.
9. Altgassen C., Kuss S., Berger U., Löning M. et al. Complications in laparoscopic myomectomy // Surg. Endosc. 2006. Vol. 20, N 4. P. 614-618.
10. Cobellis L., Pecori E., Cobellis G. Comparison of intramural myomectomy scar after laparotomy or laparoscopy // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2004. Vol. 84, N 1. P. 87-93.
11. Fujii S. Uterine leiomyoma: pathogenesis and treatment. // Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. - 1992. - V. 44. - № 8. - P. 994 – 999;
12. Laparoscopic myomectomy fertility results / Dubuisson J.B., Chapron C., Fauconnier A. et al. // Ann. NY Acad. Sci. – 2001. – Iss. 943. – P.269-275.
13. Nargund G. et al. The impact of ovarian cystectomy on ovarian response during IVF cycles // Hum. Repr. - 1996. - Vol. 11 - p. 81 - 83.
14. Nezhat F.R., Roemisch M., Nezhat G.H. et al. Recurrence rate after myomectomy. // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. - 1998. - № 15. -p. 237-240.
15. Pritts E.A. Fibroids and infertility: a sistematic review of the evidens // Obstet. Gynecol. Surv. – 2001. – V.56. - №8. – P.483-492.

Поступила 09.10.2022