



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

12 (74) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (74)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.14 -006.36-089

ВЕРОЯТНОСТИ РЕЦИДИВА ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Мухтарова Д.Р. Email: MukhtarovaD@mail.ru

Юсупова М.А. Email: YusupovaM@mail.ru

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область,
город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Резюме

Целью исследования явилось изучить определение вероятности развития рецидива миомы матки после проведенной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста на основании клиничко-анамнестических данных с целью оптимизации тактики противорецидивной терапии в послеоперационном периоде. У пациенток с отягощенным семейным анамнезом по миоме матки вероятность развития данного заболевания выше в два раза, при этом наследственная отягощенность наряду с повышенным индексом массы тела и наличием множественных узлов, являются факторами рецидивирования миомы матки. Наличие указанных факторов риска коррелирует с высокой частотой выявления бесплодия у этого контингента пациенток

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, рецидивирование миомы, репродуктивный возраст

THE RECURRENCE AFTER MYOMECTOMY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Mukhtarova D.R., Yusupova M.A.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city,
Al-Khorezmi street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Resume

The aim of our investigation was to study the determination of the probability of recurrence of uterine fibroids after myomectomy in women of reproductive age based on clinical and anamnestic data in order to optimize the tactics of anti-recurrence therapy in the postoperative period. In patients with a burdened family history of uterine fibroids, the probability of developing this disease is twice as high, while hereditary burden, along with an increased body mass index and the presence of multiple nodes, are factors of recurrence of uterine fibroids. The presence of these risk factors correlates with the high frequency of infertility detection in this cohort of patient

Key words: uterine fibroids, myomectomy, recurrence of fibroids, reproductive age

Актуальность

По различным статистическим данным число женщин с миомой матки достигает 20-25 % среди пациенток репродуктивного возраста, а в последнее время часто выявляется у более молодых пациенток, в 3,3-7,8 % случаев - моложе 30 лет [1, 4, 6].

Часто миома матки бывает ассоциирована с различными нарушениями репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности, осложненное течение беременности, родов и послеродового периода). Также стоит отметить различные клинические проявления миомы матки: нарушения менструальной функции в виде аномальных маточных кровотечений (АМК), которые являются причиной сопутствующей железодефицитной анемии, боли внизу живота, дизурические расстройства, запоры, увеличение объема живота и др. Проблема оперативного и консервативного метода лечения ММ является актуальной и дискуссионной в настоящее время и поэтому необходимым является разработка органосохраняющих методов лечения миомы матки [5,7]. Несмотря на наличие различных фармакологических групп медикаментозной терапии ММ, оперативное вмешательство остается основным методом лечения и оказывает

отрицательное воздействие на репродуктивное здоровье женщин. Усугубляет ситуацию тот факт, что риск рецидива ММ после миомэктомии составляет 15-45 % (3, 6). В настоящее время проводятся различные исследования образцов тканей миоматозных узлов с применением различных методов по выявлению маркеров заболевания играющих важную роль в возникновении, развитии, рецидивировании ММ. Единых рекомендаций для применения определенного метода прогнозирования и профилактики рецидива ММ пока еще не разработано, поэтому данная проблема остается до сих пор нерешенной.

В связи с этим целью исследования явилось определение вероятности развития рецидива миомы матки после проведенной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста на основании клинико-анамнестических данных с целью оптимизации тактики противорецидивной терапии в послеоперационном периоде.

Материал и метод исследования

В исследование были включены 50 пациенток с диагнозом миома матки после миомэктомии в возрасте от 35 до 45 лет (средний возраст составил $39,8 \pm 3,37$ года). В репродуктивном возрасте наиболее эффективным методом лечения ММ является консервативная миомэктомия (КМ) [3, 6]. Долгосрочный эффект операции существенно ограничивается высокой частотой рецидивов, которая варьирует от 2,9 до 51%. В группах сравнения проведен анализ потенциальных факторов риска рецидива миомы матки после проведения консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом. Общие данные, акушерско-гинекологический анамнез, сопутствующая соматическая патология, особенности течения заболевания и методы терапевтического воздействия, проводимые ранее, перед принятием решения о выборе хирургического метода лечения. Наряду с клинико-анамнестическими методами исследования комплекс обследования включал эхографическое обследование, доплерометрию, цветное доплеровское картирование (ЦДК) органов малого таза, гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием полости матки, кольпоскопическое и онкоцитологическое исследования шейки матки.

Результат и обсуждения

Период скрининга продемонстрировал, что жизненно важные показатели, включая ЭКГ, у всех участниц находились в пределах нормы. Рост пациенток колебался от 157 до 175 см (в среднем составил $164,82 \pm 5,94$ см), масса тела — от 50 до 110 кг (в среднем составила $66,93 \pm 13,16$ кг). Средний показатель систолического артериального давления соответствовал $115,3 \pm 8,06$ мм рт.ст., диастолического артериального давления — $75,34 \pm 7,56$ мм рт.ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) варьировала от 58 до 88 уд./мин. и в среднем составила $75,38 \pm 6,17$ уд./мин. При УЗИ оценивалось значение М-эхо, (в среднем составило $6,0 \pm 3,22$ мм, показатель колебался от 1,1 до 13 мм). У всех пациенток показатели влагалищного мазка (бактериоскопия) находились в пределах нормы. У 41 (82%) женщины миома матки сочеталась с другими гинекологическими заболеваниями: эндометриозом — у 39 (78%); доброкачественными заболеваниями яичников — у 2 (4%). Бесплодием страдали 5 (10%) женщин: первичным — 3, вторичным — 2. У 7 (14%) пациенток в анамнезе отмечались самопроизвольные выкидыши и неразвивающаяся беременность, у 2 (4%) имелось привычное не вынашивание.

Всем 50 пациенткам была произведена лапаротомная миомэктомия. Показаниями к выполнению оперативного лечения явились: быстрый рост опухоли — у 32 (64%) пациенток; атипичное расположение миоматозного узла — у 25 (50,0%); большие и гигантские размеры миоматозного узла в сочетании с симптомом сдавления смежных органов и нарушением их функции — у 6 (12%) и болевым симптомом — у 29 (58%); симптом кровотечения, приводящий к анемизации — у 34 (68,0%).

У пациенток с отягощенным семейным анамнезом по миоме матки вероятность развития данного заболевания выше в два раза, при этом наследственная отягощенность наряду с повышенным индексом массы тела и наличием множественных узлов, являются факторами рецидивирования миомы матки. Наличие указанных факторов риска коррелирует с высокой частотой выявления бесплодия у этого контингента пациенток.

У женщин с наследственной формой миомы матки рецидив заболевания возникает раньше, в течение первых 6 месяцев после проведенного хирургического лечения, при этом у них достоверно выше частота повторных оперативных вмешательств. Вероятность наступления



беременности, как самопроизвольной, так и в результате применения методов ВРТ, после органосохраняющего оперативного вмешательства по поводу миомы матки выше у женщин, не имеющих наследственной отягощенности по данному заболеванию.

Заключение

Таким образом, частота рецидивов миомы матки в репродуктивном возрасте после миомэктомии увеличивается у больных при наличии ряда сопутствующих гормонозависимых и обменно-эндокринных нарушений: при генитальном эндометриозе этот показатель возрастает в 2,6 раза, при железисто-кистозной гиперплазии молочных желез - в 1,4 раза, при ожирении - в 1,1 раза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Аганезова, Н. В. Современные возможности лекарственной терапии миомы матки / Н. В. Аганезова // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016;65(6):79-83.
2. Адамян, Л. В. Опыт применения селективных модуляторов рецепторов прогестерона в лечении миомы матки (обзор литературы) / Л. В. Адамян, М. М. Сонова, Н. М. Шамугия // Проблемы репродукции. - 2014;4(5):34-38.
3. Доброхотова, Ю. Э. Миома матки. Безоперационное лечение / Ю. Э. Доброхотова, И. Ю. Ильина, И. Ю. Гончаров // РМЖ. - 2018;1(6):3-6.
4. Довлетханова, Э. Р. Неоперативное лечение миомы матки. Эффективность использования селективного модулятора прогестероновых рецепторов / Э. Р. Довлетханова, Е. А. Межевитинова, В. Н. Прилепская // Медицинский совет. - 2019;4(6):13-20.
5. Зайдиева, Я. З. Влияние прогестерона, прогестинов и менопаузальной гормональной терапии на эндометрий в пери- и постменопаузе / Я. З. Зайдиева // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2019;19(6):57-62.
6. Comparison of influence of ulipristal acetate and uterine artery embolization on fibroid volume and vascularity indices assessed by 3D ultrasound: a prospective observational study / P. Czuczwar, S. Wozniak, P. Szkodziak [et al.] // Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. - 2017;45(6):744-750.
7. FIGO classification system (PA LM-COE IN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. FIGO Working Group on Menstrual Disorders / M. G. Munro, H. O. D. Critchley, M. S. Broder [et al.] // Int J Gynaecol Obstet. - 2011;113(6):3-13.

Поступила 20.10.2024