

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРНИ БЕРУВЧИ DSc.27.06.2017.Tib. 29.01**

РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ХУСАНХОДЖАЕВА МАЛИКА ТУРСУНХОДЖАЕВНА

**РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИК ВА
ҲОМИЛАСИ БЎЛМАГАН ДАВРЛАРДА БАЧАДОН МИОМАСИ
ДАВОСИНИНГ ЖАРРОҲЛИК ТАМОЙИЛЛАРИ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2018

Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси
Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации
Contents of the doctoral (DSc) dissertation abstract

Хусанходжаева Малика Турсунходжаевна Репродуктив ешдаги аёлларда хомиладорлик ва хомиласи бўлмаган даврларда бачадон миомаси давосининг жарроҳлик тамойиллари	3
Хусанходжаева Малика Турсунходжаевна Хирургические аспекты лечения миомы матки вне и во время беременности среди женщин репродуктивного возраста	24
Khusankhodjaeva Malika Tursunkhodjaevna Surgical aspects of treatment uterine myoma out of and during pregnancy among women of reproductive age	45
Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works	57

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАРНИ БЕРУВЧИ DSc.27.06.2017.Tib. 29.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ХУСАНХОДЖАЕВА МАЛИКА ТУРСУНХОДЖАЕВНА

**РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИК ВА
ҲОМИЛАСИ БЎЛМАГАН ДАВРЛАРДА БАЧАДОН МИОМАСИ
ДАВОСИНИНГ ЖАРРОҲЛИК ТАМОЙИЛЛАРИ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ДОКТОРЛИК (DSc)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2018

Докторлик (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2017.1.DSc/Tib28 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) тилда Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.tashpmi.uz) ва «Ziynet» таълим ахборот тармоғида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:

Каримов Заур Джавдатович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Пахомова Жанна Евгеньевна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Нигматжанов Баходур Болтаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Мавлян-Ходжаев Равшан Шухратович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

ФГАО УВОП МГМУ И. М. Сеченов номли
Россия Соғлиқни сақлаш вазирлиги

Диссертация химояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги 27.06.2017.Tib.29.01 рақамли илмий кенгашнинг 2018 йил «___» _____ соат ___ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100140, Тошкент ш., Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223.Тел./факс: (+99871) 262-33-14, e-mail: tashpmi@gmail.com).

Диссертация билан Тошкент педиатрия тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___-рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100140, Тошкент ш., Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223.Тел.: (+99871) 262-33-14).

Диссертация автореферати 2018 йил «___» _____ куни тарқатилди.
(2018 йил «___» _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси).

А. В. Алимов

Илмий даражалар берувчи илмий
кенгаш раиси тиббиёт фанлари доктори, профессор

Э. А. Шамансурова

Илмий даражалар берувчи илмий
кенгаш котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д. И. Ахмедова

Илмий даражалар берувчи илмий
кенгаш қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (докторлик (DSc) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Бутун дунёда бадачадон миомаси (БМ) энг кенг тарқалган ўсимта бўлиб, аёллар репродуктив тизими жарроҳлик касалликлари ичида етакчи ўринларидан бирини эгаллаб келмоқда. ЖССТнинг маълумотларига кўра дунёда бачадон миомасининг тарқалганлик даражаси 35%ни ташкил қилади¹. Сўнгги йилларда БМ билан касалланиш даражасининг ўсиши кузатилиб, хомиладорлик даврда учраши кўпайиб 4% ташкил қилмоқда. Хомиладорликдаги БМ нинг 81,2% ҳолатида ҳомиланинг тушиб қолиш хавфи, 39,6% ҳолатларда фетоплацентар етишмовчилик ва 10% ҳолатларда асоратлар юзага келиши кузатилмоқда. Бугунги кунда БМни даволашга бир қанча ёндашувлар: фармакологик ва жарроҳлик: гистерэктомия, миомэктомия (МЭ), МРТ назорати остида фокусланган ультратовушли абляция ва бачадон артериясини эмболизациялашни (БАЭ) ўз ичига олувчи даволаш усуллари ишлаб чиқилишига қармасдан репродуктив фаолиятнинг ёмонлашуви натижасида хомиладорликнинг эрта муддатларида бола ташлашлар ортиб бормоқда.

Жахон миқёсида БМ жарроҳлик йули билан даволаш энг самарадор усуллардан бири ҳисобланади ва у тугунларни энуклеация қилиш ёки бутун бачадонни олиб ташлаш йўли билан амалга оширилади, шу сабабли репродуктив ёшдаги аёллар орасида ногиронлик даражаси ўсиб бормоқда. Шунинг учун туғруқ фаолиятини сақлаб қолган ҳолда, БМ жарроҳлик йўли билан даволашнинг самарадор усуллари ишлаб чиқишга қаратилган кўп сонли тадқиқотлар олиб борилмоқда. Репродуктив ёшдаги аёлларда хомиладор ва хомиладорлик бўлмаган даврларда бачадон миомасини даволашда замонавий жарроҳлик амалиётини қўллаш; хомиладорларда МЭ ўтказиш самарадорлигини баҳолаш; оддий ва пролиферацияланувчи бачадон миомасида морфологик, морфометрик ва иммун-гистокимёвий хусусиятларини аниқлаш; МЭни ўтказишда бачадон реконструкциясининг янги усуллари ишлаб чиқиш; шунингдек БМ бўлган беморларни операциядан олдинги ва кейинги даволаш чора-тадбирларининг замонавий усуллари ишлаб чиқиш илмий-тадқиқотларнинг устивор йўналиши бўлиб қолмоқда.

Бугунги кунда Республикамизда репродуктив ёшдаги аёлларда учрайдиган касалликларни эрта ташхислаш ва асоратларини камайтиришга қаратилган кенг қамровли дастурий тадбирлар амалга оширилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида² «аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини оширишга, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини шакллантиришга, тиббиёт муассасаларининг моддий техника

¹ ЖССТ маълумотлари, 2014, Khaund, Lumsden, 2008; Jaslow, 2014).

² 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси

базасини мустахкамлашга йўналтирилган ҳолда соғлиқни сақлаш соҳасини, энг аввало, унинг дастлабки бўғинини, тез ва шошилишч тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, оила саломатлигини мустахкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш» вазифалари белгиланган. Бундан келиб чиққан ҳолда аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янги босқичга кўтариш, соғлом муҳит яратиш, айниқса, репродуктив ёшдаги аёллар ҳомиладорлик ва ҳомиласи бўлмаган даврларида бачадон миомасини эрта ташхислаш, қатор гинекологик касалликларни ташхислаш ва юқори замонавий усуллар ёрдамида даволаш соҳа мутахассислари олдида турган долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2016 йил 2 ноябрдаги ПҚ–2650-сон Қарори билан тасдиқланган «2016–2020 йилларда Ўзбекистонда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон Фармони билан тасдиқланган «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ва 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон Қарори билан тасдиқланган «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг V. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи³. Репродуктив ёшдаги аёлларда ҳомиладор ва ҳомиладорлик бўлмаган даврларда, бачадон миомасини даволашнинг жарроҳлик амалиётини такомиллаштиришга йўналтирилган илмий тадқиқотлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасаларида, жумладан, University of Colorado Denver; University of Florida (АҚШ); University of Oxford (Англия); University of Rome Sapienza (Италия); Institute for Quality and Efficiency in Health Care: Germany (Германия); Universidade Nova de Lisboa (Португалия); Jiao Tong University, Shandong University (Хитой); Tzu-Chi University, National Yang-Ming University, National Chiao-Tung University, Fong-Yuan Hospital (Тайван); Comenius University (Словакия); University of Oulu, Tampere University (Финландия); University Montreal, University of Calgary (Канада) олиб борилмоқда.

Жаҳонда репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон миомасини даволашнинг замонавий жарроҳлик усулларни ишлаб чиқишга йўналтирилган илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда, жумладан: бачадон

³ <http://www.ucdenver.edu>, www.ufl.edu, www.unl.pt, www.en.sjtu.edu.cn, www.cu.edu, www.ufl.edu, www.eng.tcu.edu.tw, www.nymu-e.web.ym.edu.tw, www.nctu.edu.tw, www oulu.fi, www.ox.ac.uk, www.en.sdu.edu.cn, www.fyh.mohw.gov.tw, www.uniba.sk, www.pshp.fi

миомасини ва бепуштликни профилактика кўрсаткичларини кўтаришга йўналтирилган скрининг тизими схемаси ишлаб чиқилган (Odense University, Дания); экзо- ва эндоген омилларнинг БМ га таъсири исботланган (University of Rome Sapienza, Италия); бачадон миомасини эмболизациядан кейин репродуктив фаолиятнинг тикланиши исботланган (Universidade Nova de Lisboa, Португалия); МЭ ўтказишда лапароскопик жаррохлик амалиётини қўллаш самарадорлиги ва хавфсизлиги исботланган (Tzu-Chi University, Тайван); семириш, гипертония, қондаги липидлар миқдорининг ортиши каби метаболик ўзгаришлар бачадон миомасининг ривожланишига таъсир қилиши ва бепуштликнинг юзага келиши исботланган (University of Oulu (Финландия), (Institute for Quality and Efficiency in Health Care Germany, Германия); National Institute of Endocrinology, Куба); транвагинал миомэктомиядан кейин ҳомиладорликни юзага келиши исботланган (Tampere University, Финландия);

Бугунги кунда жаҳон миқёсида репродуктив ёшдаги аёлларда ҳомиладорлик ва ҳомиладор бўлмаган даврларда бачадон миомасини даволашнинг замонавий усуллари ишлаб чиқиш бўйича қатор, жумладан куйидаги устувор йўналишларда илмий тадқиқот ишлари олиб борилмоқда: пролифератив БМни ташхислаш ва даволаш; БМнинг МЭ дан сўнг рецидив келтириб чиқарувчи асосий омилларини аниқлаш; БМнинг асоратланган шакли билан оғриган беморларда репродуктив фаолиятнинг тиклаш долзарб мавзу бўлиб қолмоқда.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Кўпгина тадқиқотчилар фикрига кўра, аъзо сақлаб қолувчи ва кичикинвазив операцияларидан кейин БМнинг рецидивланиш мавзуси етарли даражада ўрганилмаган (Пахомова Ж. Е., 2008; Ахмедова Н. М., 2012; Адамян Л. В., 2014).

БМнинг МЭдан сўнг рецидивланиши, кичикинвазив даволашдан етарли самарадорлик кузатилмаслиги ҳамда БМ гистотиби орасидаги ўзаро алоқанинг кам ўрганилганлиги ўзига эътиборни тортади (Пахомова Ж.Е., 2002; Рахимов Х.П., 2009, Радзинский В.С., 2015).

Parkar et al. (2008), Malzoni et al. (2010) томонидан лапароскопия ва ми-нилапаротомиянинг солиштирма таққослаш тахлили ўтказилиб, кам қон кетиши, касалхонада қисқа муддат бўлиши, интра- ва операциядан кейинги асоратлар сони бир хил бўлган ҳолда ҳам, фертиллиқ кўрсаткичларининг даражаси яхшироқлиги билан лапароскопиянинг очиқ усулдан устунлиги исботланган. Бу фактни Jin et al. (2009) ва Agdi M. et al. (2010) лапароскопик МЭ амалиётини юқори квалификацияли мутахассислар томонидан ўтказилгандагина тўғри бўлиши, лекин лапароскопия операциясининг давомийлироқ бўлишини таъкидлаганлар.

Л. М. Исанбаеванинг (2002, 2004) тадқиқотларида БМ даволашда гестагенлар Дюфастон ва Депо-провера самарали эканлиги аниқланган. БМ адъювант даволашнинг янги йўналишига ароматаз ингибиторлари, эстрогенлар ва эстроген рецепторлари селектив модуляторлари, ҳамда сомастатинларнинг аналогларини қўллаш киради. (Ахмедова Н. М., 2008).

Е. М. Вихляева (2016)нинг фикри буйича, БМ хомиладорларни олиб бориш акушерлик ва гинекологиянинг мухим ва қийин муаммоларидан эканлигини таъкидлайди, бунда консерватив ва оператив даволаш усулларига аниқ мезонларни ишлаб чиқиш, яъни МЭ жараёни техникасини, касалларни операциядан олдинги ва кейинги олиб боришни оптималлаштиришни талаб этади. Хомиладорликнинг биринчи триместрида МЭ ўтказиш ва кесарево кесишнинг хавфсизлиги, фертилликнинг тикланиши, ёндош фон касалликларига боғлиқлиги, МЭ усулини танлаш ҳамда бошқа омиллар таъсирини аниқлаш йўналишидаги тадқиқотлар муаммолигича қолмоқда.

Абдоминал МЭнинг аёллар репродуктив саломатлигига таъсири тўғрисидаги масала очиклигича қолмоқда. Gavani M. et al. (2008) нинг фикрича бачадон бўшлиғини очиш ёки очмасдан ўтказилувчи ушбу операция тури, тугунларнинг жойлашиши, ўлчами ва сони оператив аралашувдан кейин хомиладор бўлиш ва унинг кечишига таъсир кўрсатмайди. Шу билан бирга, МЭ ни ўтказишда лапароскопик усулнинг қўлланилиши долзарблигича қолмоқда, аммо қатор муаллифлар томонидан лапароскопик МЭ ўтказилгандан кейинги хомиладорлик вақтида бачадоннинг ёрилиш ҳолатлари баён этилган (Kelly et al., 2008; Goynumer et al., 2009; Sutton et al., 2016). Шунинг учун хомиладорликнинг турли босқичларида МЭнинг беҳатарлиги масаласи долзарблигича қолмоқда. Ёндош фон касаллигидан келиб чиққан ҳолда фертилликнинг тикланиш масалалари кўп жиҳатдан ҳал этилмаган.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасанинг илмий-тадқиқот режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг АТСС-9-2-19 «Ургент гинекологияда тухумдонлар ретенцион ўсмаларини даволаш баённомаларини жорий этиш» (2009-2011 йй.) мавзусидаги лойиҳа доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади жаррохлик даволаш усулларини бачадон миомаси кузатилган аёлларда аъзони ва репродуктив фаолиятни сақлаб қолиш мақсадида такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

хомиладор булмаган репродуктив ешдаги аёлларда БМ сини оптимал жаррохлик даволаш услубини ишлаб чиқиш;

хомиладор ва хомиладор бўлмаган аёлларда миоматоз тугун озикланиши бузилганда шошилинич МЭ ўтказишнинг самарадорлиги ва беҳатарлигини баҳолаш;

хомиладор бўлмаган аёлларда жаррохлик нуқтаи назаридан ўтказилиши ўта қийин бўлган МЭда бачадон реконструкцияси усулини ишлаб чиқиш;

шошилинич ҳолатларда хомиладор ва хомиладор бўлмаган аёлларда миоматоз тугун озикланишининг ўткир бузилиши фонида МЭ ўтказишнинг хавфсизлиги ва самарадорлигини баҳолаш;

миоматоз тугун озукланиши бузилиши мавжуд бўлган хомиладорларда МЭни ўтказишга кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар ва уни ўтказиш усулларини ишлаб чиқиш;

оддий ва пролиферацияланувчи бачадон миомасида, хомиладорлик ва хомиладор бўлмаган даврда морфологик, морфометрик ва иммун-гистокимёвий хусусиятларни аниқлаш;

хомиладор ва хомиладор бўлмаган репродуктив ёшдаги аёлларда МЭни ўтказишда ишлаб чиқилган бачадон реконструкцияси усулини, узок муддатли натижаларни ҳисобга олган ҳолда самарадорлигини исботлаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида репродуктив ёшдаги бачадон миомали 285 нафар бемор аёллар танланган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида аёллар вена қони ва зардобини, умумклиник ва биокимёвий таҳлиллар учун, бачадон биопсияси морфологик, морфометрик ва иммун-гистокимёвий таҳлиллар учун олинди.

Тадқиқотнинг усуллари. Умумклиник, биокимёвий, УТТ, кўптармоқли сканерлаш, гистеросальпингография, компьютерли томография, доплерометрия, морфологик, морфометрик, иммун-гистокимёвий ва натижаларни статистик ишлов бериш усулларидадан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгиллиги қуйидагилардан иборат:

илк бор йирик миоматоз тугунлар олиб ташлангандан сўнг бачадон деформацияси кузатилмаслиги учун, аъзо архитектурасини сақлаб қолиш ва гемостазиологик йўқотишларни олдини олиш мақсадида, чуқур уйик шакллантириш ва миометрийнинг “ортиқча” йиртмаларини оптимал тўпламини ҳосил қилиш орқали бажариладиган бачадон реконструкцияси усули ишлаб чиқилган;

БМ бўлган репродуктив ёшдаги аёлларда хомила кўтара олмаслик ва бепуштликнинг асосий омили сифатида миоматоз тугуннинг жойлашиш чуқурлиги аҳамиятли эканлиги исботланган;

бачадон қон томирларини селектив билатерал боғлаш, хомиладор бўлмаган аёллар қон йўқотишининг камайтирувчи энг яхши ва хавфсиз усули эканлиги исботланган;

миоматоз тугуннинг митотик фаоллиги ва апоптоз даражаси орасидаги юқори даражадаги реципрок боғлиқлик аниқланган: апоптознинг даражаси (CD 95) пасайиши билан пролифератив фаоллик ошади: строма хужайралари маркери Кi67экспрессияси орқали аниқланувчи пролифератив фаоллик индекси ва неоангиогенез фаоллиги курсаткичи (CD 34 эндотелий маркери)аниқланган;

БМ рецидивини башорат қилишдаги асосий омиллар: миоманинг пролиферацияловчи гистотиби, эндометрийдаги гиперпластик жараёнлар ва эндометриоз касаллиги бўлиши ва улар БМнинг пролифератив ўсишига фаоллаштирувчи таъсир қилиши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижаси:

МТ озиқланиши турғун бузилишида хомиладорлик ва хомиладорлик мавжуд бўлмаган вақтда МЭни амалга ошириш имконини берувчи янги жарроҳлик усули ишлаб чиқилган;

Йирик миоматоз тугунлар олиб ташлангандан сўнг миометрийнинг аҳамиятли йиртиқлари шаклланади. Ишлаб чиқилган усул бачадоннинг массасини сақлаб қолган равишда деформация даражасини пасайтириш

имконини яратади, репаратив фаолликни кучайтириб, операциядан кейинги асоратларни камайишига ва репродуктив фаолиятни тикланишига олиб келади;

бачадон артерияларини селектив билатерал боғлаб қўйиш ҳомиласиз аёлларда энг мураккаб миоэктомия амалиётларида қон йўқотиш даражасини камайтиришнинг энг яхши ва бехатар усули эканлиги исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган ёндошув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлари билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот морфологик, морфометрик ва иммуно-гистохимик натижаларининг илмий аҳамияти, оддий ва пролифератив миомада неоангиогенез, апоптоз, пролиферация жараёнлари ва ўсиш фаоллиги орасидаги юқори боғлиқликни аниқланишида мужассамлашган. Ўсманинг ўсиш жараёни - ҳужайра пролиферацияси ва апоптоз жараёнлари ўртасидаги баланснинг бузилиши сифатида қабул қилиниши мумкин.

Шунингдек тадқиқот натижалари БМ ўсиш механизмининг янги жиҳатларини аниқлашга имкон яратади ва оддий ва пролиферацияланувчи миома ўсиши орасидаги фарқни намоён қилади; оддий БМ ҳомиладорлик даврида ўсиш аввалом бор миоцитлар гипертрофияси ва иккиламчи ўзгаришларда намоён бўлади, миоцитлар пролиферацияси паст, ангиогенез пасайган, апоптоз маркерлар экспрессияси юқори, ўсиш зоналари кам; пролиферацияланувчи БМда миоцитларнинг яққол намоён бўлган пролиферацияси, кам даражадаги строма ҳосил бўлиши, фаол ангиогенез, апоптознинг кескин пасайганлиги аниқланди.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти жарроҳлик нуқтаи назаридан ўтказилиши ўта қийин бўлган МЭларда репродуктив ёшдаги аёлларда ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган даврларда, туғруқ аъзосини қайта шакллантиришга қаратилган такомиллаштирилган жарроҳлик усулини ишлаб чиқилишидир. Амалиётга татбиқ этилган ишланмалар туғруқ аъзосини сақлаб қолиш, репродуктив фаолиятни тиклаш, интра ва операциядан сўнг кузатиладиган асоратларни олдини олиш ва беморни операциядан кейин эрта фаоллаштиришга имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Репродуктив ёшдаги аёлларда ҳомиладор ва ҳомиладорлик бўлмаган даврларда бачадон миомасини даволашнинг жарроҳлик жиҳатлари бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Бачадонда жарроҳлик амалиётидан кейинги жароҳатни тикиш усули» бўйича Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (31. 10. 2011 й. №IAP 04432). Мазкур патент

бачадонда жарроҳлик амалиётидан кейинги жароҳатни таклиф қилинган усулда тикиш орқали асоратларни олдини олишга имкон берди;

«Эндометриозларни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2006 йил 29 декабрдаги маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма аёлларда мавжуд эндометриозларни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари қўллаш орқали клиник ҳолатни яхшилашга, касаллик асоратларини камайтиришга хизмат қилади;

репродуктив ёшдаги аёлларда ҳомиладор ва ҳомиладорлик бўлмаган даврларда бачадон миомасини ташхислаш ва даволашнинг жарроҳлик жиҳатларини қўллаш бўйича тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, РШТЎИМ ҳамда унинг Бухоро, Навоий, Самарқанд филиалларида ва ШКШ №5 амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 8н-з/68 от 03.05.2018 г. маълумотномаси). Жорий қилинган натижаларнинг иқтисодий самарадорлиги: бачадон миомасини барвақт аниқлаш ва даволашга имкон берувчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам сифатини ошириш, операциядан кейинги асоратларни 11,6% камайиши, беморни эрта фаоллаштириш ва шифохонада даволаниш муддатини қисқартириш имконини яратади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари, жумладан 7 та халқаро ва 4 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 34 та илмий иш, шулардан 1 та ихтиро патенти, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 14 та мақола, жумладан, 9 таси республика ва 6 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, олти боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 186 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Репродуктив ёшдаги аёллар бачадон миомасини даволашнинг замонавий жиҳатлари**» деб номланган биринчи бобида БМнинг этиопатогенези, ташхислаш ва даволаш, шунингдек, генератив

фаолият амалга ошмаган ёш аёлларда репродуктив статусни сақлашга оид долзарб масалалар бўйича адабиётлар шарҳи келтирилган. Консерватив ва оператив даволаш усулларининг қиёсий тавсифи ўтказилиб, ҳар бир даволаш усулининг ижобий ва салбий жиҳатлари таҳлил этилган.

Диссертациянинг «**Бачадон миомали репродуктив ёшдаги аёллар клиник тавсифи ва қўлланилган тадқиқот усуллари**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг материаллари ва услублари баён қилинган. Тадқиқот вазифаларига биноан 2001-2012 йиллар мобайнида РШТЁИМнинг шошилинич гинекология бўлимига келтирилган, репродуктив ёшдаги БМ мавжуд 285 нафар бемор аёлларни комплекс текшириш, консерватив ва оператив даволашнинг натижалари ўрганиб чиқилган. Беморлар ёши 18 дан 45 ёшгача ($34,6 \pm 5,0$) бўлган.

1 гуруҳ беморларининг клиник тавсифи: ҳомиладорлиги бўлмаган 195 БМ бўлган ва МЭ ўтказилган аёллар. Операция қилиш учун кўрсатмалар: камқонликка олиб келувчи кўп миқдордаги ҳайз қон кетишлари – 42 (21,5%); оғриқ симптоми – 35 (17,9%). Иккита симптомнинг биргаликда келиши қуйидагича кузатилган: қон кетиши ва оғриқлар 41 (21,0%); тез ўсиш ва қон кетиши 7 (3,6%); оғриқлар ва тез ўсиш 6 (3,1%). Учта симптомнинг бирга келиши 11 нафар (5,6%) беморларда қайд этилган, миоматоз тугуннинг озикланиши бузилиши туфайли шошилинич операция 31 (15,9%) ҳолатда ўтказилган (барча беморларда оғриқ симптоми кузатилган). БМнинг умумий ҳажми 8 дан 24 ҳафтагача бўлган.

195 аёлдан 30(15,4%)сига лапароскопик МЭ бажарилган. Операцияга кўрсатмалар: 12 (21,8%) ҳолатда -тухумдон кистасининг ёрилиши, 20 (36,4%) - най ичидаги ҳомиладорликнинг бузилиши, 8 (14,5%) - тухумдон кистомасининг буралиб қолиши, 5 (9,1%) - эндометриоид кистоманинг ёрилиши, 5(9,1%) - пиосальпинкс, 2 (3,6%) - йиринглаган кистоманинг ёрилиши, 2 (3,6%) - тубоовариал тузилманинг ёриб чиқиши, 1 (1,8%) - тухумдон апоплексияси.

2 гуруҳнинг клиник тавсифи: 90та ҳомиладор аёл, 100%да ушбу ҳомиласи тушиш хавфи ва миоматоз тугунинг озикланишини ўтқир бузилиши билан асоратланган, бу эса клиникага ётиш учун асосий сабаб бўлиб хизмат қилган. Амалдаги МЭ 45 нафар аёлга ўтказилган. Клиникага тушган вақтда ҳомиладорлик муддати 4 дан 35 ҳафтагача бўлган.

Қуйидаги текширув усуллари қўлланилган: умумклиник, лаборатория усуллари (қоннинг умумий таҳлили, сийдикнинг умумий таҳлили, коагулограмма, биокимёвий тестлар); махсус текширув усуллари: 3,5 ва 6,5 МГц частотали конвекс ва қин датчиклари бўлган кўп функцияли В&М Sonolayn Adara сканерида УТТ, доплерометрия, гистеросальпингография, компьютерли томография, Гистологик текширувлар: морфологик, морфометрик, иммун-гистокимёвий усулларидан фойдаланилган.

Маълумотларни статистик таҳлил қилиш учун STATISTICA – 6.0 статистик дастурларидан фойдаланилди.

Диссертациянинг «**Ҳомиладорлиги бўлмаган репродуктив ёшдаги аёлларда миомэктомия ўтказишнинг хирургик жиҳатлари**» деб

номланган учинчи бобида, йирик ва кўп сонли БМ олиб ташлашда чуқур уйик шакллантириш ва миометрийнинг ортиқча йиртмаларини “устма уст” тикиш усулида оптимал тўпламини ҳосил қилиш орқали, бажариладиган бачадон реконструкциясининг такомиллашган усули ишлаб чиқилган, бу аъзо архитектоникасини сақлаб қолиш ва гемостаз йўқотмаларини олдини олишга имкон яратади.



1-расм. Бемор У., 21 ёш. № КТ 25953/588. МЭ ўтказиш этаплари ва чуқур уйикнинг “устма уст” тарзида тикилиши

Ҳомиласиз 148 (89,7%) нафар аёлларда амалдаги МЭ ўтказишда Пфанненштиль бўйича қов устида кесим, 17(10,3%)тасида пастки-ўрта лапаротомиядан фойдаланилган. МТнинг жойлашуви (бачадоннинг олд, орқа девори, туби) бачадон бўшлиғини зарур бўлмаган очилишининг олдини олиш имконини беради, бу айниқса, бўйин МТда муҳим аҳамиятга эга, чунки йўл қўйилган хатолик цервикал каналнинг очилишига ва ундан кейинги асоратлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Бачадонни қатъий кўндаланг йўналишда кесиш 132(80,0%) ҳолатларда, қатъий бўйламасига – 8(4,8%), бошқа турлари 25(15,2%) ҳолатларда бажарилган. 17 (10,3%) ҳолатда интралигаментар МТни олиб ташлашда сербар бойлам варақлари кесилган.

МЭни бажаришда, миометрийни элуктрокаутер билан интраорган ўсманинг энг дўппайиб турган жойидан кесиш умумқабул қилинган қоида ҳисобланади, нафақат МТни қоплаб турган миометрийни, балки МТни ҳам кесиш лозим. Бу ўсма чегараларини тезда баҳолашга, ўқ қисқичлари билан ташқи тракциялаш учун ҳам имкон беради. Кўп тугунли БМ замирида МЭ ўтказишда биз битта кесим орқали имкон қадар кўпроқ МТни олиб ташладик, бу қон йўқотилишини пасайтиради, бачадонни ва унинг бўшлиғи деформациясини минималлаштириб, аъзога қўйиладиган чоклар сонини қисқартиради.

МТ энуклеция қилингандан сўнг ҳосил бўлган чуқур уйик архитектоникаси анча турли-туман бўлиб, улар МТнинг катталигига, унинг бачадон деворида ётиш чуқурлигига, МТ теварагидаги миометрий соғлом қисмларининг гипертрофияланиш даражасига ва битта кесим орқали олиб ташланувчи МТ сонига боғлиқ. Бизнинг таснифномамизга мувофиқ барча уйиклар ўлчамларига кўра кичик, ўртача ва катта, чуқурлигига кўра – юза, чуқур (ёки кратерсимон) ва йўлаксимон (бунда уйикнинг чуқурлиги унинг кенглигидан каттароқ) бўлади. Олиб ташланган МТни қоплаб турган соғлом

миометрийда катта лахтақлар ҳосил бўлиши билан кечувчи уйиклар вариантлари алоҳида ўрин тутади. Булар, одатда, йирик интраорган: интрамурал-субмукоз ва интрамурал МТ энуклеация қилинган сўнг учрайди. Мазкур лахтақлар тарзида шаклланган “ортиқча миометрий” гипертрофияланган соғлом миометрий бўлиб, уни сақлаб қолиш зарурдир. Ушбу лахтақларни резекция қилиш мумкин эмас, чунки бу операциядан кейин бачадон ўлчамларининг кичрайиб қолишига олиб келади ва навбатдаги ҳомиладорликка салбий таъсир кўрсатади. Бу каби уйикларни тикиб бекитишнинг мураккаблиги бачадонни, айниқса унинг бўшлиғини кескин деформацияланишига йўл қўймасликдан иборат, бу эса, уйикни оддийгина қайтарма усул билан тиклаш қўлланилганда, чандикланиш пайдо бўлиши ва турғун тарзда фиксацияланиши мумкин. Келтирилган асоратлар бизни МЭдан сўнг бачадонни реконструкциялашнинг хусусий усулини ишлаб чиқишга ундади.

Пайдо бўлган уйикнинг чуқурлиги ва ҳосил бўлган “ортиқча” миометрий тўқимасининг характериға кўра, асосан турли модификациядаги бир қаторли тугунли чоклар ёрдамида тикиб бекитилган, бунда атравматик игнада узоқ муддат сўрилувчи тикув иплари қўлланилган. 20 (12,1%) ҳолларда бачадон биз таклиф этган усулда – бачадонни “устма уст” реконструкцияла усулида тикланган. Бунда ортиқча лахтақнинг бир қисми уйик бўшлиғига, иккинчиси эса унинг устидан ётқизилади. Ҳар иккала лахтақ ҳам, яхши фиксацияланиши, гемостаз ва репарация учун, алоҳида остидаги тўқималарға тикиб қўйилади. Лахтақнинг бирор қисми контралатерал лахтақнинг периметрийсига ётишидан хавфсираш ноўрин бўлиб чиқди, чунки кейинчалик ҳомиладорликнинг кечиши ҳамда ўтказилган КК барча 20 (12.1%) та ҳолатларда бачадон деворининг деярли деформацияланмай, нормал репарацияланишини кўрсатди (ихтиро учун № IAP 04432 патент, ЎзР Патент идораси). Умумқабул қилинган усуллардан фойдаланилганда 5,2% ҳолларда бачадон деворининг деформацияси қайд этилади (Brady et al., 2013).

Кўп сонли МТ ёки катта ўлчамли БМда МЭ бажарилганда интраоперацион қон йўқотилишини камайтириш ва операциядан кейинги қон кетишининг олдини олиш масадида бачадон томирларини олдиндан икки томонлама боғлаб қўйиш амалға оширилган. Улар тафтиш қилинган, пуфакбачадон бурмасининг қоринпардасини ҳамда бачадон сербар бойламининг олд варағини кесиб очилган. Томирларни боғлаб қўйиш учун атравматик ниналарда сўрилувчи иплар ишлатилган. Нина бачадон бўғзининг ён девори миометрийси орқали, цервикал канални шикастлаб юбормасдан ўтказилган. Орқада нинани чиқариб олинган, сербар бойлам варақлари орқали ўтувчи ёруғлик остида томирсиз зонада чокнинг қовузлогига бачадон томирларининг кўтарилувчи шохи кириб турадиган қилиб лигатурани орқаға қайтарилган. Шундан кейин томирлар лигатураланган.

Жойлашиш сатҳига кўра БТ интрамурал-субсероз, интрамурал, интрамурал субмукоз, интралигаментар ва бўғиз турларига мансуб бўлган. Ҳомиладор бўлмаганларда фақат яккам-дуқкам интралигаментар ва бўғиздаги МТ

аниқланган. Интрамурал субмукоз МТ устунлик қилган. Аёлларнинг 49% ида якка МТ, 51% ида – кўп тугунли МТ аниқланган, 35% ида МТ сони 2 дан 4 тагача, 15% ида 5 тадан 16 тагача бўлган. 16 дан 22 см гача бўлган МТ 7% аёлларда, 10-15 см ва 6-9 см – мос равишда 39% ва 37% аёлларда аниқланган.

Жами бепушт аёлларга амалдаги МЭ ўтказилган. 61 нафарида (44,5%) бепуштлик ташхисланган: бирламчи – 33(24,1%), иккиламчи – 28 (20,4%). Бирламчи бепуштликда БМ ўлчамлари 9 дан 24 ҳафталик ҳомиладорликкача ўзгариб турган. Ушбу гуруҳда МТнинг интрамурал ва интрамурал субмукоз жойлашуви устунлик қилган - 18 (54,5%) аёлларда, 21 тасида (63,6%) кўп тугунли БМ аниқланган. МТ ўлчами бепуштликнинг келиб чиқишига таъсир кўрсатади – 87,3% беморларда доминант МТ диаметри 5,0 см дан катта бўлган. Иккиламчи бепуштликда БМ ўлчамлари ҳомиладорликнинг 9 дан 18 ҳафтагача бўлган даврида ўзгариб турган. МТнинг жойлашган сатҳи бирламчи бепуштликдагига қараганда саёзроқ бўлган. Ҳомилани кўтара олмасликка таъсир кўрсатувчи омилларга МТнинг чуқур жойлашуви ҳамда уларнинг ўлчамларини киритиш мумкин.

Ҳомиладор бўлмаган 165 аёлдан 37 (22,4±4,1%) БМ ва эндометриознинг кўшилиб келиши ташхисланган, айти чоғда бепуштлик кузатилган 61 беморда эндометриоз 28(46,0%) ҳолатда, ҳомила кўтара олмаганларда – 30 бемордан 3 тасида (10,0%) аниқланган, бепуштлик ва ҳомила кўтара олмаслик кузатилмаган 74 аёлнинг 6 тасида (8,1%) ташхисланган. Аденомиознинг диффуз шакли БМ билан кечувчи эндометриоз касаллигига учраган 37 аёлдан 23 (62,3%) тасида, ўчоқли шакли 11(29,7%) тасидаташхисланган. Эндометриозда эндометриоид гетеротопиялар коагуляцияланган, аъзони сақлаб қолган ҳолда тухумдон эндометриоид кисталари энуклеация қилинган. Операциядан кейинги даврда эндометриоз касаллиги бўлган барча аёллар а-ГнРГ қабул қилишган. 37 (22,4%) бемор МТОБ туфайли операция қилинган. Оғрик симптоми қайд этилган, 15 (40,5%) тасида у қон аралаш ажралмалар билан, 5 (13,5%) тасида БМнинг тез ўсиши билан кўшилиб келган. УТТда МТда эхозичликнинг нотекислигидан тортиб то эхонегатив ўчоқларгача, МТ ичида гипо- ва анэхоген ўчоқларнинг мавжудлиги аниқланган. МТОБда МТ жойлашган сатҳ бир текисда тақсимланган, ўлчамлари 10-15 см бўлган айрим МТлар (91,9%) устунлик қилган.

Лапароскопик МЭ 30 нафар аёлда (МТнинг субсероз жойлашуви) ургент ҳолатлар туфайли бажарилган. Бачадон ортиқларининг шошилишч патологияси хирургик коррекциялангандан сўнг лапароскопик МЭ ўтказишга киришилган. Лапароскопик МЭдан кейин пухта гемостаз ўтказиш ва кемтикни бартараф этиш учун 30 ҳолатдан 3 тасида бачадоннинг юза қисмларига лапароскопик чоклар қўйиш талаб этилган. Лапароскопик МЭда қон йўқотиш ҳажми 50,0 дан 100,0 мл гача (ўртача - 50,8±3,2мл) бўлган. Лапароскопик МЭдан кейин эътиборга молик асоратлар қайд этилмаган. Лапароскопик МЭдан кейин БМнинг қайталаниши 5(19,2%) ҳолатда учраган. МЭга боғлиқ асосий интраоперацион асоратлар аденомиоз туфайли қон кетиши ва майда мультитугунли миоматоз ўсиш оқибатида операция ўтказишнинг мумкин бўлмаганлигидан иборат бўлган. Ўчоқли аденомиоз ўта

ифодаланган инфльтрация туфайли УТТда (операциягача) йирик доминант МТни симуляциялаган. МЭни ўтказишда эндометриоз билан боғлиқ энг катта кийинчиликлар 165 аёлдан 4 тасида (2,4%) келиб чиққан. Туғмаган ёш аёлларнинг барчасида аъзони сақлаб қолишга эришилган ва 6 ой давомида а-ГнРГ тавсия қилиниши бачадон ўлчамларини нормал сақланишига олиб келган.

Интраоперацион қон йўқотилиш даражаси амалдаги МЭнинг барча ҳолатларида олиб ташланган МТ массасига ва унинг жойлашган чуқурлигига боғлиқ бўлиб, 100,0 дан 1500,0 мл гача (ўртача $260,0 \pm 15,0$ мл) бўлади. Кўп миқдордаги қон йўқотиш (1500,0 мл) 3. исмли, 22 ёш, КТ№ 12326/415, 20 ҳафтали монотугунли БМ бўлган, ҳамроҳ аденомиоз, бирламчи бепуштлик ва 15×18 см ўлчамли йирик интрамурал субмукоз МТ мавжуд беморда содир бўлган. 37(22,4%) ҳолларда катта интраоперацион қон йўқотиш хавфи рўйи-рост бўлганида бачадон артерияларининг кўтарилувчи шохларини икки томон-лама превентив боғлаб қўйилган. Ушбу ҳолатларда йўқотилган қон 200,0 дан 600,0 мл гача (ўртача $210,0 \pm 10,0$ мл) бўлиб, ўртача ҳажмлардан фарқ қилмаган. МТнинг максимал ўлчамлари 6 дан 21 см гача ораликда бўлган. Бунда 37 ҳолатдан 9 тасида (24,3%) ҳамроҳ аденомиоз қайд этилган. 37 тадан 27 тасида (73,0%) МТОБ кузатилган. Операциядан кейинги даврда асоратлар бўлмаган.

Диссертациянинг **«Ҳомиладорлар орасида асоратланган БМ клиникаси хусусиятлари ва даволаш натижалари»** деб номланган тўртинчи бобида БМга чалинган муддати 4-35 ҳафталик 90 нафар ҳомиладор аёллар кузатуви остида бўлишган. Касалхонага ётқизиш учун асосий кўрсатма ҳомиладорлик замиридаги миоматоз тугуннинг озикланишини ўткир бузилиши бўлган. Консерватив ёки операция билан даволаш, шу жумладан шошилиш кўрсатмаларга мувофиқ ҳомиладорликни тўхтатиш ҳақидаги ҳулоса БМ, айниқса консерватив усулларга инкурабел МТОБ, шунингдек тез ўсувчи БМ замиридаги хоҳланган ҳомиладорликнинг тўхташ хавфи туфайли келиб чиққан ургент асоратларни ташхислашга асосланган. Дифференциал ташхислаш клиник манзарага ва қўшимча текшириш усулларига: УТТ, доплерометрия, гемограмма ва гемостазиограммага, МТОБнинг консерватив терапиясига ва ҳомиладорликнинг тўхташ хавфига қаратилган клиник жавобга асосланган

МТОБли жами 90 аёлда тўхташ хавфи бачадон соҳасидаги тўлғоқсимон ёки санчикли оғриқлар билан намоён бўлган. Ҳомиладор бачадон соҳасидаги МТ кўринишидаги (УТТда верификацияланган) пайпасланувчи тузилма ҳамда унинг проекциясида локал оғриқнинг мавжудлигидан далолат беради. Ташхислашнинг дастлабки босқичларида давоми тўхташ хавфини нима келтириб чиқараётганлигини, яъни МТОБ ёки киприкли хорион ёхуд йўлдошнинг кўчиши каби бошқа, омилларни аниқлаш муҳимдир, буларни аниқлашнинг белгилари жинсий йўллардан қонли ажралмалар келиши ва УТТ ва доплерометрик мониторинги маълумотлари ҳисобланади (2-расм).

Тўлғоқсимон оғриқ 20,0% беморда, жинсий йўллардан қонли ажралмалар келиши 20,0%, бачадон тонусининг ошиши 20,0% аёлда

аниқланган. Қорин парда таъсирланиши белгилари, тана ҳароратининг ошиши, лейкоформуланинг чапга силжиши билан кузатиладиган лейкоцитоз барча аёлларда кузатилган. Тўлғоқсимон оғриқ 20,0% беморда, жинсий йўллардан қонли ажралмалар келиши 20,0%, бачадон тонусининг ошиши 20,0% аёлда аниқланган. Қорин парда таъсирланиши белгилари, тана ҳароратининг ошиши, лейкоформуланинг чапга силжиши билан кузатиладиган лейкоцитоз барча аёлларда кузатилган.



2-расм. Миоматоз тугуннинг озикланиши мавжуд ҳомиладорларда симптоматика хусусиятлари

Ушбу гуруҳдаги 4 аёлда ҳомиладорликни сақлаб қолиш мумкин бўлмаганлиги МТнинг йирингли нураши билан некрозга учраши, диффуз йирингли перитонит, иккиламчи аппендицит, кенг қўламли қон кетишлари, йўлдаги аборт, геморрагик шок III, ДВС (ДТИҚҚ)-синдром, полиорган етишмовчилиги, 4 даражали эндометриоз) боис гистерэктомия бажарилган. 45 аёлдан 41 тасида ҳомиладорликни сақлашга йўналтирилган МЭ ўтказилган. Она ва ҳомила учун аралашувнинг бехатарлиги ва истиқболлиги куйидагиларни ўз ичига олган: МТнинг соф субсукоз жойлашуви билан бирга жинсий йўллардаги қонли ажралма ва интрамурал субмукоз МТга бевосита ёндашиб турувчи бачадон бўшлиғи шиллиқ пардаси юзасида плацентациянинг мавжуд эмслиги, оғир экстрагенитал патология.

Ўрганилаётган муаммонинг энг муҳим жиҳати ҳомиладорлардаги МЭда қон кетишидир, чунки қонни асровчи технологияларнинг (бачадон артерияларини билатерал боғлаб қўйиш, бачадон бўйнига вақтинчалик резинали турникет қўйиш, томирларни торайтирувчи препаратлар, тугун марцеляцияси ва бошқа) қўлланиши ҳомиладорларда жиддий чеклашларга эга. Биз ҳомиладорлардаги МЭда кўтарилиувчи бачадон артерияларини превентив боғлаб қўйишнинг самарадорлигига оид тадқиқотларни учратмадик. Дастлаб қаралганда, ҳомилада келиб чиқувчи гипоксия туфайли

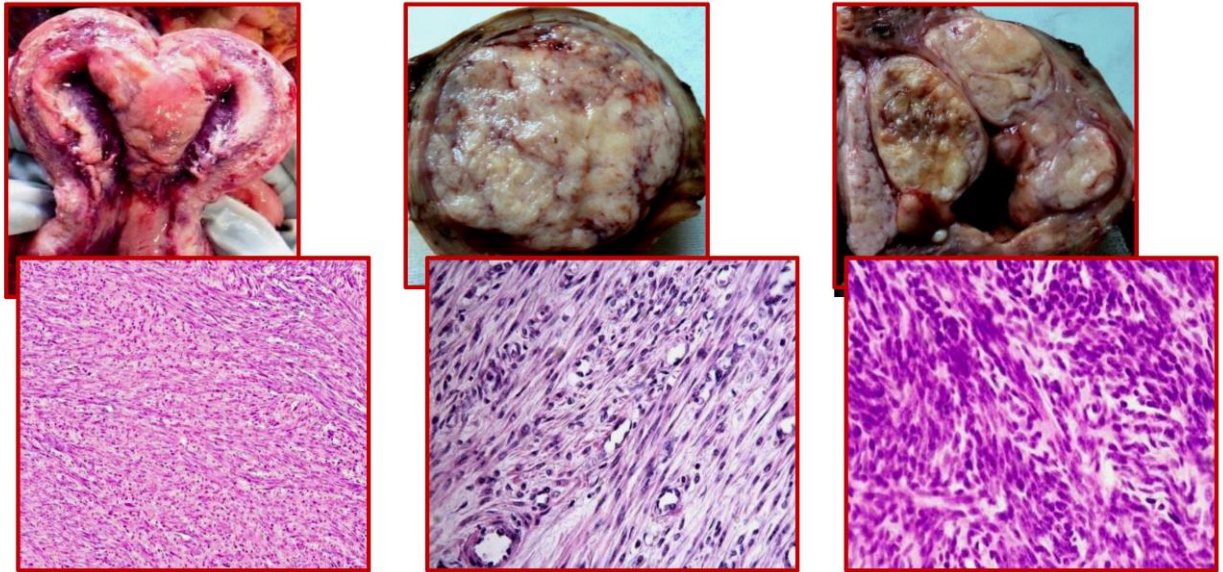
ушбу услубнинг қўлланилиши мақсадга мувофиқ келмайди. Бироқ гипоксия даражасининг бачадондаги қон оқими редукцияси даражасига боғлиқлиги ўрганилмаган. Биринчи бор ҳомиладор бўлган 20 ҳафталик муддатдаги ёш аёлда, бачадон тубидаги диаметри 22 см лик инрамурал МТ некрозида, биз МТ кўпроқ жойлашган томондаги бачадон томирларини гомолатерал боғлаб қўйиш, шу тарафдаги тухумдон хусусий бойламини клеммалаш ҳамда МЭни амалга оширдик. Тухумдон томирлари бўйлаб қон оқимини, бачадон девори тикланган захотиёқ, гемостазни назорат қилган ҳолда тикладик. Операциядан кейинги даврнинг силлиқ кечиши ҳамда 18 ҳафта ўтгач оғирлиги 3800,0 г соғлом қизчанинг муддатига етиб (КК) туғилиши яна кейинчалик 3 та ҳолатда бачадон қон оқимини редукциялашни қўллаш учун асос бўлиб хизмат қилди. Допплероетрик мониторинги назорати остида қон оқими баттафсил тикланган.

45 (50,0%)та ҳомиладорларда даволаш мувофиқ олиб борилган. 2-3 кунда давомида терапия натижалари баҳоланган. 12 ҳафталик муддатгача ҳомила ташлаш хавфи тақозо этган бачадондан кучли қон кетиши билан тушган 3 (6,7%) аёлда шошилиш равишда бачадон бўшлиғини тозалаш ўтказилган, гемостаз қониқарли бўлиб, ПММТ белгилари аста-секин лизисга учраган. 18 аёлдан 15 тасида жинсий йўллардан қонли ажралмалар келиши анча кам бўлиб, бу консерватив даво билан чекланиш имконини берган. ПММТ белгилари ўтказилаётган даволаш замирида динамикада секин-аста йўқолиб борган.

Диссертациянинг «**Бачадон миомасининг морфологик ва морфометрик тавсифи**» деб номланган бешинчи бобида тадқиқотлар натижаларининг кўрсатишича, оддий ва пролиферацияланувчи БМда неоангиогенез, апоптоз, пролиферация ва ўсиш фаоллиги жараёнлари орасида чамбарчас боғлиқлик мавжуд. Оддий БМда ҳомиладорлик вақтида ўсманинг ўсиши авваламбор, миоцитлар гипертрофияси ва иккиламчи ўзгаришлар туфайлидир, миоцитлар пролиферацияси паст, ангиогенез паст, апоптоз маркерлари экспрессияси юқори, ўсиш зоналари кам. Ҳомиладорлик даврида МТнинг ўсиши (пролиферацияланувчи БМ) негизида миоцитларнинг яққол пролиферацияси, камроқ даражада строма ҳосил бўлиши, фаол ангиогенез бўлади, апоптоз кескин пасаяди (3-расм).

Ҳомиладорларда оддий БМнинг ўсиш механизми строма-паренхима нисбатига боғлиқ бўлиб, беморларнинг 45 тадан 39 тасида секин пролиферацияловчи ўсиш ҳамда одатда, кўпроқ бачадоннинг тубида ҳамда танасида инрамурал субсероз ва мушак орасида жойлашувчи яккам-дуккам МТ билан тавсифланади. Ҳомиладорлик вақтида ўсманинг ўсиши, авваламбор, миоцитлар гипертрофияси ҳамда микроциркуляция бузилишлари ва некробиоз жараёнларининг ривожланиши билан кечувчи иккиламчи ўзгаришларга боғлиқ.

3-расм. Бачадон миомасининг морфометрик характеристикаси в астромал-паренхима компонентларининг хусусияти



Миометрий атрофива бачадоннинг чекка жойларида ўсиш зоналари кузатилмаган, пролифератив ва митотик фаоллик паст бўлган. МТ ўсмасидаги иккиламчи ўзгаришлар анча кўп учраб, булар қизил ва гиалинли дегенерация, шиш, некроз билан намоён бўлган.

МТОБда МТнинг марказий қисмларида миоцитлар нобуд бўлишининг тезлашиши содир бўлган. Ушбу муддатларда МТ ҳажмининг ўзгариши тўқима шиши, гемо- ва лимфодинамиканинг бузилишлари, деструкцияли ўзгаришлар ҳамда некроз билан боғлиқ бўлган. МТОБдаги морфологик ўзгаришлар вақт чегаралари билан чамбарчас боғлиқ бўлган. Дастлаб микроциркуляция бузилишлари ва тўқима гипоксиясининг ошиб бориши силлиқ мушак хужайраларида компенсатор ўзгаришларни чақирган, сўнгра декомпенсация бошланган – шиш пайдо бўлиб, хужайралар парчалана бошлаган. Ўсмадаги дистрофик ўзгаришларга буларнинг ривожланишидаги асоратлар сифатида эмас, балки ягона жараённинг бўғинлари сифатида қараш керак. Ҳомиладорлик МТда қон айланиши беқарорлашувининг сабабчиси бўлган.

Ҳомиладор ҳамда ҳомиладор бўлмаган вақтда рецидивланган пролиферацияланувчи БМ кўпинча центропетал йўналишда ўсиб, у МТнинг тез ўсиши, ўлчамларининг катталиги, айниқса мушаклар орасида жойлашган тугунлар сонининг кўплиги билан боғлиқ бўлиб, бачадон бўшлиғи деформациясини чақиради. Ҳомиладорлик вақтида МТ ўсишининг негизида миоцитлар гипертрофияси ва гиперплазияси, фаол ангиогенез ва суст даражада строма ҳосил бўлиши ётади. 1-4 йил муддатларда БМ рецидиви туфайли такрорий МЭ ўтказилган аёлларда, мутлақ барча ҳолатларда пролиферацияланувчи БМ кузатилган, бу тез ўсиш, кўп сонли субмукоз ва инрамурал-субмукоз жойлашган МТ билан намоён бўлган. Ўсманинг ўсиши, авваламбор, миометрий хужайраларининг пролифератив фаоллиги юқори бўлган миоцитлар гиперплазияси туфайли содир бўлган, бу ўсма ўсиши потенциалсининг юқори эканлигидан дарак беради. Ўсиш зоналари – кўп сонли. Проллиферацияланувчи БМ унинг ўсишини потенциаловчи эндометриоз (аденомиоз) билан ҳамроҳ келган. Ҳомиладор бўлмаганлар орасида МТ ўсмадаги

иккиламчи ўзгаришлар ҳомиладор аёллар гуруҳидаги бундай ўзгаришлардан ҳеч қандай фарқ қилмаган. Эндометрий гиперплазиясининг фаол шакли пролиферацияланувчи БМга (ҳомиладорлик мавжуд бўлмаган беморларда) ҳамроҳлик қилган. Проапоптоз омили CD-95 (FAS/Аро рецептор) нинг экспрессия даражаси ҳомиладорларда ҳам, ҳомиладор бўлмаган вақтда ҳам пролиферацияланувчи миоманинг рецидивлашуви манзараси кузатилган МТда минимал бўлган. Проллиферация жараёнлари апоптоз жараёнларидан устунлик қилган.

“Ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон миомасининг жарроҳлик усулида даволаш натижалари” деб номланган олтинчи бобида ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган репродуктив ёшидаги аёлларда бачадон миомасини жарроҳлик усулида даволаш натижалари баён этилган.

Бачадон инволюцияси, репродуктив функциянинг тикланиши ва БМ рецидивларини учраши тез-тезлиги олис даврда оператив даволашнинг самарадорлик кўрсаткичлари ҳисобланади (1-жадвал).

1-жадвал

Амалдаги МЭ дан сўнг фертиллик натижалари

Ҳомиладор бўлмаганлар	Ҳомиладорлик ривожланиши		Ўз ўзидан хомила ташлаш		Туғруқ				МЭдан кейин туғруқлар сони	
					вақтидан олдин		вақтида			
Бепуштлиқ I (n=33)	18	54,5	0	0	1	3,0	17	51,5	18	54,5
Бепуштлиқ II (n=28)	17	60,7	1	3,6	1	3,6	15	53,6	16	57,1
Ҳомила кўтараол-маслик (n=30)	26	86,7	6	20,0	3	10,0	17	56,7	20	66,7
МЭдан олдин турмуш қурмаганлар (n=28)	28	100	0	0	0	0	28	100	28	100
Бепуштлиқ ва кўтараол-маслик ҳолатлари учрамаган аёллар (n=12)	12	100	0	0	0	0	12	100	12	100
Ҳаммаси (n=131)	101	77,1	7	5,3	5	3,8	89	67,9	94	71,8

Бачадон ўлчамларининг қисқариш жадаллиги дастлабки «миома+бачадон» мажмуаси ҳажмига боғлиқ бўлган. Операциядан кейин 1 ой ўтгач 131 тадан 98(74,8%) тасида бачадон меъерий ўлчамларга, 28(21,4%) тасида – 6-7 ҳафталикка, 5(3,8%) тасида 8-9 ҳафталикка етган. 6 ойлик муддатига келиб меъердаги ўлчамлар 131 бемордан 125(95,4%) тасида кузатилган, қолган 6(4,6%) аёлда бачадон 5-6 ҳафталиккача кичрайган.

Допплерометрия кўрсаткичларига биноан даволашдан олдин ҳомиладор аёлларда бачадон-йўлдош қон оқимидаги бузилишлар 21,9%, ҳомила-йўлдош қон оқими бузилишлари 39,1% ва бачадон-йўлдош-ҳомила қон оқими бузилишлари 35,6% кузатилган. Даволашнинг 1 кунидан кейин, қуйидаги

кўрсаткичлар: S/D ЁБА 4,3%га ва PI 6,4%га камайди, 5 чи кунга келиб барча кўрсаткичлар назорат гуруҳи кўрсаткичларига яқинлашди (2-жадвал).

2-жадвал.

Ҳомиладор аёлларда бачадон – йўлдош - ҳомила кон оқими кўрсаткичлари

Артериялар	Назорат гуруҳи (n=30)		
	S/D	PI	RI
ЧБА	1,88±0,03	0,62±0,01	0,47±0,01
ЎБА	1,87±0,02	0,63±0,03	0,47±0,01
ЎА	2,79±0,07	0,96±0,02	0,62±0,01
Артериялар	Операциядан олдин (n=18)		
	S/D	PI	RI
ЧБА	2,41±0,03***	0,83±0,01***	0,65±0,01***
ЎБА	2,31±0,02***	0,81±0,03***	0,63±0,02***
ЎА	3,52±0,02***	2,27±0,02***	0,81±0,01***
Артериялар	Операциядан бир кун кейин		
	S/D	PI	RI
ЧБА	2,31±0,03***	0,78±0,01***	0,59±0,01***
ЎБА	2,23±0,02***	0,75±0,02**	0,61±0,01***
ЎА	3,47±0,07***	1,18±0,03***	0,75±0,01***
Артериялар	Операциядан 5 кундан кейин		
	S/D	PI	RI
ЧБА	2,21±0,11**	0,71±0,01***	0,53±0,03
ЎБА	2,19±0,26	0,71±0,09	0,52±0,04
ЎА	3,42±0,28*	1,09±0,05*	0,71±0,02***

Изоҳ: * - назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқ аҳамиятли (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Демак, 131 аёлдан 101 (77,1%) таси ҳомиладор бўлган. Ўз-ўзидан бола ташлаш (эрта ва кечки) 101 тадан мос равишда 6 (5,9%) ва 1 (0,9%) тасида рўй берган. 131 аёлдан 94 (71,8%) таси туққан: улардан 18 (54,5%) бирламчи бепуштлиқ билан, 16(57,1%) иккиламчи бепуштлиқ билан, 20 (66,7%) ҳомила кўтаролмаслик билан бўлган. 101 та аёлдан ҳомиладор бўлганлар кўрсаткичи 93,1% ни ташкил қилган. 90 (89,1%) аёлда ҳомиладорлик амалдаги МЭдан кейинги дастлабки 1,5 йил давомида, кейинроқ эса фақат 11 (10,9%) тасида кузатилган. Ҳомиладор бўлгунга қадар беморлар ёши 21 дан 38 ёшгача бўлган.

МЭдан кейин барча ҳомиладорлар: шошилиш равишда 101 тадан 5 (4,9%) таси, режали равишда – 89 (88,1%) таси КК йўли билан туғдирилган. Перинатал талофатлар ва чандикнинг етишмовчилиги белгилари бўлмаган.

МЭдан сўнг иккинчи соғлом бола туғилиши билан яқунланувчи қайта ҳомиладорликлар 101 аёлдан 16 (15,8%) тасида қайд этилган.

Амалдаги МЭдан кейин 5 йил мобайнида кузатувда бўлган 131 аёлдан 15 (11,5%) тасида БМ рецидивни рўйхатга олинган. Энг эрта рецидив (амалдаги МЭдан кейин 11-ойда) 1 (0,7%) аёлда ривожланган. БМ рецидивларининг асосий қисми бепушт ва ҳомилани кўтара олмайдиган аёлларга тўғри келган –12 (80,0%). Амалдаги МЭдан кейинги рецидивлар кузатилган барча 15 нафар аёлда кўп тугунли БМ аниқланган. Олиб ташланган МТнинг ўлчамлари 3,0 дан 18,0 см гача, уларнинг сони эса 3 тадан 16 тагача ораликда турган. Рецидивлар кузатилган 86,7% аёлларда 6 ва ундан зиёд МТ олиб ташланган. 15 аёлдан 3 тасида БМ қайталаниши амалдаги МЭдан кейин риожланган ҳомиладорлик даврида аниқланган.

2 гуруҳ ҳомиладор аёлларда МЭ натижасида ҳомиладорлик замиридаги МЭдан кейин 41 аёлдан 39 тасида ҳомиладорликни етук муддатларгача сақлаб қолишга эришилди, 2 (4,9%) пациентда у МЭдан кейинги 12-22 кунларга бориб 11-25 ҳафталик муддатларда ўз-ўзидан тўхтаган. Операция қилинганлар кузатилганда 39 аёлдан 26 тасида ҳомиладорликнинг тўхташ хавфи белгилари даврий равишда пайдо бўлиб турганлиги аниқланган, ammo улар қисқа давом этиб, яхши даволанган. 38 аёлда 37-38 ҳафталик муддатларда режали КК ўтказилган. Барча амалиётлар бизнинг иштирокимизда 5 чи сонли шаҳар клиник шифохонасида ўтказилган. Перинатал йўқотишлар бўлмаган. Бачадонда чандиқ етишмовчилиги белгилари қайд этилмаган.

Амалдаги МЭ ва лапароскопик МЭ энг мураккаб гинекологик операциялар саналади. Операциянинг яхши натижа билан яқунланиши қуйидагиларга боғлиқ: бачадон бўғиз қисмининг ҳамда фаллопий найларини (интрамурал қисми!) шикастлаб юбормаслик, сўрилмайдиган ипнинг бачадон бўшлиғига кирмаганлиги, бачадон бўшлиғининг кучли деформацияланишига йўл қўймаслик. Кўпинча МТни симуляцияловчи ўчоқли аденомиоз замиридаги инфльтрация жараёнини ўз вақтида аниқлаш муҳимдир. Малакали УТТ эндометриоз инфилтратини МТ сифатида хато идентифицирлаши мумкин, бу эса операция вақтида бундай инфилтратнинг ҳожатсиз олиб ташланишига олиб келади. Бизнинг маълумотларимизга кўра, ҳатто кечиктириб юборилган ҳолатларда ҳам бачадонни сақлаб қолиш ҳамда а-ГнРГни қўллаб ҳомиладор бўлиш учун яхшигина имкониятлар мавжуд. Янглишиб МТга ўхшатиб юборилган йирик эндометриоз инфилтратини заруратсиз олиб ташланган ҳолатларда сийрак «П-симон» чоклар қўйиш лозим. Бундай ҳолатларда, одатда, кон кетиши кузатилмайди, бачадондаги жароҳат эса яхши чандиқланади.

Замонавий адабиётларни таҳлил этиш ва хусусий тажрибабачадон томирларини билатерал боғланишини МЭни ўтказишда энг самарали қонни асровчи технология сифатида қабул қилиш имконини беради. МТ олиб ташлангандан сўнг бачадонни реконструкциялаш усулини танлаш долзарб ҳисобланади. Умуман олганда, репродуктив ёшдаги аёллар орасида амалдаги МЭ натижалари қонқарли бўлиб, қатор жиҳатлари (фертиликнинг тикланиши, рецидивларнинг камлиги, бачадондаги чандиқнинг мустаҳкамлиги ва кон йўқотишнинг озлиги) бўйича ЛМЭга нисбатан афзалликларга эга.

Умуман олганда, замонавий адабиётларни ҳар томонлама таҳлили ўтказилганда, ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган репродуктив ёшдаги аёлларда амалдаги МЭнинг натижалари қониқарли ва бир қатор кўрсаткичлар (фертиликнинг тикланиши, рецидивланиш, бачадондаги чандикнинг турғунлиги ва кам даражадаги қон йўқотиш) бўйича лапароскопик МЭдан кўра маъқулроқдир, шундан келиб чиққан ҳолда танланган йўналишимиз тўғрилигига ва биз томондан таклиф қилинган БМнинг жарроҳлик даволаш усули репродуктив ёшдаги аёлларда самарадор эканлигига асос бўла олади.

Сўзимиз охирида шуни айтиб ўтиш керакки, БМ муаммоси яққол ёшга боғлиқлиги тасдиқланди. Консерватив в ва каминвазив даволаш учун асос бўлган акушер гинекология илмининг ривожланишидаги ҳаммага маълум ютуқларига қарамасдан, БМ - замонавий жарроҳлик муаммолари майдонида қолмоқда, тадқиқотимиздан олинган натижалар эса бу йўналишда янги ютуқларга йўл очди ҳамда ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган аёлларда репродуктив фаолиятни сақлаб қолган ҳолатда, аъзо сақловчи операция қилишга эришилди.

ХУЛОСА

1. Симптомли БМни жарроҳлик нуқтаи назаридан ўта қийин бўлган йирик ва кўп сонли БМ олиб ташлашда чуқур уйик шакллантириш ва миометрийнинг ортиқча йиртмаларини “устма уст” тикиш усулида оптимал тўпламини ҳосил қилиш орқали, бажариладиган бачадон реконструкциясининг такомиллашган усули ишлаб чиқилган, бу аъзо архитектурасини сақлаб қолиш ва гемостаз йўқотмаларини олдини олишга имкон яратади. Интра ва опреациядан кейинги қон кетишнинг олдини олиш мақсадида ҳомиладор бўлмаган аёлларда икки томонлама бачадон томирлари шохларини боғлаш амалга оширилган.

2. Ҳомила ташлаш хавфи фонида юз берган миоматоз тугун озикланишини ўткир бузилишида туғруқ аъзосини ва ҳохланган ҳомиладорликни сақлаб қолишнинг охирги резерви бўлиб, аъзосақловчи ва ҳомиладорликни давом этишига имкон яратувчи МЭ ҳисобланади.

3. Ҳомиладорларда МЭ ўтказишга кўрсатма бўлиб, миоматоз тугун озикланишини ўткир бузилиши, ўсиши тезлашган ҳамда кўшни аъзолар фаолияти бузилиши билан кечувчи йирик тугунли БМ, қарши кўрсатма бўлиб йўлдошнинг кўчиши, майда мультитугунли БМ, ўткир миоматоз тугуннинг озукланиши бузилишининг йирингли-яллиғланиш асоратлари, ҳомиладор-ликнинг тўхтатилишини тақозо этувчи оғир экстрагенитал патология, оғир преэклампсия ва бошқа асоратлар киради.

4. Миоматоз тугуннинг митотик фаоллиги ва апоптоз даражаси орасидаги юқори даражадаги реципрок боғлиқлик аниқланган: апоптознинг даражаси (CD 95) пасайиши билан пролифератив фаоллик ошади: строма хужайралари маркери Кi67экспрессияси орқали аниқланувчи пролифератив фаоллик индекси ва неоангиогенез фаоллиги курсаткичи (CD 34 эндотелий маркери). БМнинг пролифератив шакли ва эндометриоз касаллиги умумий патогенетик асосга эга ва ўзаро фаоллаштирувчи таъсир қилади.

5. МЭдан сўнг БМ рецидиви дастлабки ўсмадаги митотик фаоллик даражаси билан корреляцияланади. Митотик фаол БМ мавжуд беморларга МЭдан кейин профилактика мақсадида операциядан кейинги эрта тикланиш даврида а-ГнРГ билан даволаш кўрсатилган. МЭдан кейин БМнинг қайталаниши (7,3-11,6%) мазкур амалиётнинг ўтказилишини тўхтатиб турувчи омил бўлиб хизмат қилмаслиги лозим.

6. Ўтказилган жарроҳлик амалиётидан сўнг ҳомиладор бўлмаган аёлларда фертиллиқ тикланиши 101(77,1%) аёлда кузатилди, улардан 94(71,8%) соғлом бола туғдилар, 5(4,9%) вақтидан олдин туғруқ кузатилди, 89(88,1%) ўз вақтида туғруқ кузатилди. Ҳомиладорларда ҳомиладорлик фонидаги МЭдан сўнг ҳомиладорликни етилганлик муддатигача сақлаб қолиш 39(43,3%), 2(2,2%) ўз ўзидан ҳомила ташлаш МЭ ўтказилгандан сўнг 12 ва 22 куни кузатилди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ХУСАНХОДЖАЕВА МАЛИКА ТУРСУНХОДЖАЕВНА

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ
ВНЕ И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУК-
ТИВНОГО ВОЗРАСТА**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ
ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2018

Тема докторской (DSc) диссертации зарегистрирована за B2017.1. DSc/Tib28 в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан

Диссертация выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.tashpmi.uz) и информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziynet.uz).

Научный консультант:	Каримов Заур Джавдатович доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Пахомова Жанна Евгеньевна доктор медицинских наук, профессор Нигмаджанов Боходур Болтаевич доктор медицинских наук, профессор Мавлян-Ходжаев Равшан Шухратович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	ФГАО УВО ПМГМУ имени Сеченова Минздрав России

Защита диссертации состоится «__» _____ 2018 г. в ____ часов на заседании научного совета 27.06.2017.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте (Адрес: 100140, г. Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, 223.Тел./факс: (+99871) 262-33-14; e-mail: tashpmi@gmail.com).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирована за №__), (Адрес: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район ул. Богишамол, 223.Тел./факс: (+99871) 262-33-14).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2018 год.
(Протокол рассылки № __ от _____ 2018 года).

А. В. Алимов

Председатель научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Э. А. Шамансурова

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д. И. Ахмедова

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (DSc) диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Во всем мире миома матки является наиболее часто встречающейся опухолью и занимает одно из ведущих мест в числе хирургических заболеваний репродуктивной системы женщин. По данным ВОЗ частота миомы матки (ММ) в популяции составляет 35%⁴. В последние годы растет заболеваемость ММ во время беременности и частота ее составляет до 4%. Осложненное течение беременности при сочетании ее с ММ наблюдается в 81,2% случаев с угрозой прерывания беременности, в 39,6% случаев развитие фетоплацентарной недостаточности и в 10% развитие других осложнений во время беременности. В настоящее время, разработано несколько подходов к лечению ММ фармакологический, хирургический: гистерэктомия, миомэктомия (МЭ), МРТ-контролируемую фокусированную ультразвуковую абляцию и эмболизацию маточной артерии (ЭМА), несмотря на это наблюдается непрерывный рост самопроизвольных выкидышей на ранних сроках беременности вследствие ухудшения репродуктивной функции.

В мировой практике хирургическое лечение ММ считается одним из самых эффективных методов, который заключается либо в энуклеации узлов, либо в удалении матки, вследствие чего наблюдался рост инвалидизации среди женщин репродуктивного возраста. В связи с этим в направлении разработки эффективных методов хирургического лечения ММ, без утери детородной функции ведутся многочисленные исследования. Применение современных хирургических методов в лечении ММ вне и во время беременности среди женщин репродуктивного возраста; оценка эффективности проведения МЭ у женщин вне и во время беременности; морфологические, морфометрические и иммуно-гистохимические особенности при простой и пролиферирующей ММ; разработка новых методов реконструкции матки при проведении МЭ; также разработка современных подходов пред- и послеоперационного ведения больных с ММ являются приоритетными направлениями для дальнейших научных исследований.

На сегодняшний день в нашей стране проводятся широкомасштабные программные мероприятия по ранней диагностике и снижению осложнений различных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста. На период 2017-2021 год в стране разработана стратегия действий Республики Узбекистан, по пяти приоритетным направлениям⁵ «...способствующих повышению качества оказания медицинской помощи населению, оздоровлению, обеспечению и

⁴ ЖССТ маълумотлари, 2014, Khaund, Lumsden, 2008; Jaslow, 2014).

⁵ Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах.

укреплению материальной технической базы медицинских учреждений первичного звена и скорой неотложной помощи, охрана семьи, материнства и детства...». На основании вышеизложенного повышение качества оказания медицинской помощи населению, создание здоровой среды, особенно ранняя диагностика ММ среди женщин репродуктивного возраста вне и во время беременности, ранняя диагностика гинекологических заболеваний и лечение с применением современных методов, являются наиболее актуальными проблемами, стоящими перед специалистами данной области.

Данное диссертационное исследование в определённой степени служит решению задач указанных в Указе Президента Республики Узбекистан «О мерах по усовершенствованию систему защиты материнства и детства в Узбекистане на период 2016-2020 гг.» подтвержденный УП-№2650 от 2 ноября 2016 года, в Постановлении Президента «О стратегических мерах для развития Республики Узбекистан» подтвержденный ПП-№4947 от 7 февраля 2017 года и Указе Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на период 2017-2021гг» подтвержденный УП-№3071 от 20 июня 2017 года и других нормативно-правовых документах.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики V. «Медицина и фармакология».

Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации⁶. Проблемам совершенствования хирургических аспектов лечения ММ вне и во время беременности среди женщин репродуктивного возраста посвящены научные исследования ведущих научных центров и высших учебных заведений в мире, в частности: University of Colorado Denver; University of Florida (США); University of Oxford (Англия); University of Rome Sapienza (Италия); Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Germany (Германия); Universidade Nova de Lisboa (Португалия); Jiao Tong University, Shandong University (Китай); Tzu-Chi University, National Yang-Ming University, National Chiao-Tung University, Fong-Yuan Hospital (Тайвань); Comenius University (Словакия); University of Oulu, Tampere University (Финляндия); University Montreal, University of Calgary (Канада).

Во всем мире проводятся научные исследования направленные на разработку современных методов хирургического лечения ММ у женщин репродуктивного возраста: разработана схема скринингового контроля, для повы-

⁶ <http://www.ucdenver.edu>, www.ufl.edu, www.unl.pt, www.en.sjtu.edu.cn, www.cu.edu, www.ufl.edu, www.eng.tcu.edu.tw, www.nymu-e.web.ym.edu.tw, www.nctu.edu.tw, www.oulu.fi, www.ox.ac.uk, www.en.sdu.edu.cn, www.fyh.mohw.gov.tw, www.uniba.sk, www.pshp.fi

шения показателей профилактики ММ и бесплодия женщин (Odense University (Дания)); доказано влияние экзо и эндогенных факторов на развитие ММ (University of Rome Sapienza (Италия)); установлено, восстановление репродуктивной функции после ЭМА (Universidade Nova de Lisboa (Португалия)); доказано, что лапароскопическая миомэктомия является наиболее безопасной и эффективной при проведении МЭ (Tzu-Chi University (Тайвань)); доказано, что метаболические изменения в организме, повышение концентрации липидов крови, ожирение, гипертоническая болезнь непосредственно влияют на развитие ММ и приводят к бесплодию (University of Oulu (Финляндия), National Institute of Endocrinology (Куба), Institute for Quality and Efficiency in Health Care Germany (Германия)); доказана возможность наступления беременности после трансвагинальной МЭ (Tampere University (Финляндия)).

На сегодняшний день во всем мире продолжают исследования, направленные на разработку современных методов лечения ММ у женщин репродуктивного возраста вне и во время беременности по приоритетным направлениям исследований: диагностика и лечение пролиферативных форм ММ; выявление основных факторов вызывающих рецидивы ММ после МЭ; вопросы восстановления репродуктивной функции у больных с осложненной формой миомы матки после МЭ.

Степень изученности проблемы. Большинство исследователей считают, что недостаточно изучен вопрос рецидива ММ после органосохраняющих вмешательств, включая малоинвазивные (Пахомова Ж. Е., 2008; Ахмедова Н. М., 2012; Адамян Л. В., 2014).

Обращает на себя внимание малоизученность взаимосвязи гистотипа ММ и её рецидива после МЭ или недостаточной эффективности после малоинвазивного лечения (Пахомова Ж.Е., 2002; Рахимов Х.П., 2009; Радзинский В.С., 2015).

В то же время сравнительный анализ лапароскопии и минилапаротомии, выполненный Parkar et al. (2008), Malzoni et al. (2010), показал преимущество лапароскопии по сравнению с открытым подходом: меньший объем кровопотери, более короткий срок госпитализации и лучшие показатели фертильности при одинаковом уровне интра- и постоперационных осложнений. Такого же мнения придерживаются Jin et al. (2009) и Agdi M. et al. (2010) при условии выполнения лапароскопической МЭ квалифицированными специалистами, однако длительность операции при лапароскопии была выше.

По некоторым данным Л.М. Исанбаевой (2002, 2004) в лечении ММ эффективны гестагены: Дюфастон и Депо-провера. К новому направлению адьювантного лечения ММ относят использование ингибиторов ароматаз и

селективных модуляторов эстрогенов и эстрогенных рецепторов, а также аналогов соматостатина (Ахмедова Н.М., 2008).

Е. М. Вихляева (2016) считает, что тактика ведения беременных с ММ представляет одну из сложнейших проблем в акушерстве и гинекологии, она требует разработки четких критериев к выбору консервативного и оперативного методов лечения, оптимизации техники выполнения МЭ у беременных, а также пред- и послеоперационного ведения больных. Вопросы безопасности МЭ вне- и во время первых триместров беременности и кесарева сечения (КС), восстановления фертильности, зависимости её от сопутствующего фона, способов МЭ и других факторов в значительной степени остаются дискуссионными, несмотря на интенсивные исследования в этой области.

Остается открытым вопрос о влиянии абдоминальной МЭ на репродуктивное здоровье женщин (Gavani M. et al, 2008) считают, что этот тип операции – с открытием полости матки или без-, не влияет на возможность беременности и ее течение в дальнейшем после оперативного вмешательства; так же, как и локализация, размер и число МУ. Вместе с тем актуальным остается применение лапароскопического доступа при выполнении МЭ, но рядом авторов описаны случаи разрыва матки во время беременности после перенесенной лапароскопической МЭ (Kelly et al., 2008; Goynumeretal., 2009; Suttonetal., 2016). Поэтому вопросы безопасности МЭ на разных этапах беременности остаются актуальными. Во многом не решены вопросы восстановления фертильности, в зависимости от сопутствующего фона.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках прикладного научного проекта Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи АТСС-9-2-19 «Внедрение протокола лечения ретенционных образований яичников в ургентной гинекологии» (2009-2011 гг.).

Цель исследования совершенствование хирургических методов лечения с целью органосохранения и репродукции среди женщин с миомой матки.

Задачи исследования:

разработать оптимальный способ хирургического лечения симптомной ММ у женщин репродуктивного возраста вне беременности;

разработать метод реконструкции матки в наиболее сложных в хирургическом плане проведение МЭ у небеременных;

оценить эффективность и безопасность проведения МЭ в ургентных условиях среди небеременных и беременных женщин на фоне острого НПМУ;

разработать показания, противопоказания и методы проведения МЭ у беременных с НПМУ;

изучить морфологические, морфометрические и иммуно-гистохимические особенности при простой и пролиферирующей ММ вне- и во время беременности;

доказать эффективность включая отдаленные результаты разработанного способа реконструкции матки при проведении МЭ у женщин репродуктивного возраста вне и во время беременности.

Объектом исследования явились 285 больных женщин с ММ репродуктивного возраста.

Предметом исследования явились кровь и сыворотка крови женщин для проведения общеклинических и биохимических исследований, биопсия матки для морфологических, морфометрических и иммуно-гистохимических исследований.

Методы исследования. Были использованы общеклинические, биохимические, УЗИ, многофункциональное сканирование, доплерометрия, гистеросальпингография, компьютерная томография, морфологические, морфометрические, иммуно-гистохимические исследования и статистические методы обработки полученных результатов.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые разработан способ реконструкции матки после удаления крупных МУ, путем формирования ниши, оптимальной упаковкой «излишних» лоскутов миометрия, что сохраняет архитектонику органа без выраженной деформации полости матки и ущерба гемостазу при проведении МЭ вне и во время беременности;

доказано, что селективная билатеральная перевязка маточных артерий является наилучшим и безопасным способом снижения уровня кровопотери среди небеременных. Установлено, что уровень кровопотери зависит от степени глубины залегания МУ и чем глубже расположен узел, тем больше ожидаемая кровопотеря;

доказано, что одним из ведущих факторов невынашивания и бесплодия у женщин репродуктивного возраста с ММ является степень глубины залегания МУ;

установлена тесная реципрокная связь между уровнем апоптоза и митотической активностью в МУ: чем ниже значения апоптоза CD 95, тем выше показатели пролиферативной активности: индекс пролиферативной активности по экспрессии Ki67 маркера клеток стромы и активность неоангиогенеза (CD 34 маркер эндотелия);

доказано, что в прогнозе рецидива ведущими факторами явились: пролиферирующий гистотип ММ, гиперпластические процессы в эндометрии,

эндометриоидная болезнь, которые взаимно потенцирует пролиферативный рост ММ.

Практические результаты исследования.

разработанный нами хирургический метод, позволяющий провести МЭ как вне-, так и во время беременности, в случаях стойкого НППМУ;

после удаления крупных МУ в наружной части матки формируется значительные лоскуты миометрия. Разработанный способ позволяет снизить степень деформации всей матки, сохраняя массу органа, тем самым, не допуская деформации полости матки, нормализует репаративную активность, что приводит к уменьшению послеоперационных осложнений и восстановлению репродуктивной функции.

селективная билатеральная перевязка маточных артерий предотвращает массивное кровотечение и способствует снижению уровня кровопотери при сложных вмешательствах МЭ у небеременных.

Достоверность результатов исследования подтверждается использованными в исследовании современными, апробированными взаимодополняющими клиническими, лабораторно-инструментальными и статистическими методами, достаточным количеством больных, адекватностью полученных результатов теоретическим и практическим выкладкам, сопоставлением полученных результатов с зарубежными и отечественными исследованиями, заключением, подтверждением полученных результатов полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов морфологических, морфометрических и иммуно-гистохимических исследований заключается в определении тесной взаимосвязи между процессами неоангиогенеза, апоптоза, пролиферации и активностью роста при простой и пролиферирующей миомах. Опухолевой рост можно рассматривать как нарушение баланса между двумя процессами клеточной пролиферацией и апоптозом.

Также результаты исследований позволили раскрыть новые аспекты механизма роста ММ и установить различие в росте простой и профилирующей ММ: в простой ММ рост опухоли во время беременности обусловлен, прежде всего, гипертрофией миоцитов и вторичными изменениями, пролиферация миоцитов низкая, с низким ангиогенезом, экспрессия маркеров апоптоза высокая, зон роста мало, а в пролиферирующей ММ имеет место выраженная пролиферация миоцитов, в меньшей степени строомообразование, активный ангиогенез, апоптоз резко снижен.

Практическая значимость результатов исследования заключается в разработке усовершенствованного хирургического способа восстановления детородного органа в особо сложных случаях в хирургическом плане проведе-

ния МЭ у женщин репродуктивного возраста вне и во время беременности. Внедренные разработки позволяют сохранить детородный орган, восстановить репродуктивную функцию, предупредить развитие интра- и послеоперационных осложнений и способствуют ранней активизации пациента после операции.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных научных результатов, хирургических аспектов лечения ММ вне и во время беременности среди женщин репродуктивного возраста:

«Способ ушивания раны на матке после оперативного лечения матки» №IAP 04432 получен патент агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан от 31.10.2011 г. Данный способ позволяет снизить степень деформации всей матки, уменьшить после операционного осложнения.

Выпущены методические рекомендации: «Современные методы диагностики и лечения эндометриоза» (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 29.12.2006 г.). Данные методические рекомендации позволяют выявить основные факторы, приводящие к развитию эндометриоза, механизм их развития, обеспечивающие раннюю выявляемость, диагностику, профилактику и лечения данного заболевания.

Результаты разработанных методов диагностики и хирургического лечения ММ вне и во время беременности среди женщин репродуктивного возраста, внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи г. Ташкента, а также внедрены в Бухарском, Навоийском, Самаркандском и в других филиалах Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и ГКБ №5. (Заключение Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан 8н-з/68 от 03.05.2018 г.). Экономическая эффективность внедрения результатов исследования обусловлена: значительным улучшением качества оказания специализированной медицинской помощи, создающей основу для ранней диагностики и лечения ММ; снижением количества послеоперационных осложнений на 11,6%, создающее условия для ранней активизации после операции и сокращению периода госпитализации.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на научно-практических конференциях, в том числе, 7 международных и 4 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 34 научных работ, из них: 14 журнальных статей, в том числе 9 в республиканских и 6 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций, получен 1 патент.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 6-ти глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 186 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цель и задачи исследования, а также объект и предмет исследования, указано соответствие исследований приоритетным направлениям науки и технологий Республики Узбекистан, изложены научная новизна, теоретическая и практическая значимость полученных результатов, даны сведения по внедрению результатов исследований в практику, опубликованным работам и по структуре диссертации.

В первой главе «**Актуальные вопросы лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста**» диссертации проанализированы теоретические аспекты вопросов этиопатогенеза, диагностики, лечения ММ, представлены данные научных публикаций по актуальным вопросам сохранения репродуктивного статуса у молодых женщин. Проведена сравнительная характеристика консервативных и оперативных методов лечения, проанализированы преимущества и недостатки существующих методов диагностики и профилактики, а также определены нерешенные или требующие уточнения аспекты этой проблемы.

Во второй главе «**Клиническая характеристика и методы исследования женщин репродуктивного возраста с миомой матки**» диссертации описаны материалы и методы исследования. Согласно, задачам исследования, изучены результаты комплексного обследования, консервативного и оперативного лечения 285 больных женщин с ММ репродуктивного возраста, поступивших в отделение неотложной гинекологии РНЦЭМП за период 2001-2012 гг. Возраст больных – от 18 до 45 ($34,6 \pm 5,0$) лет.

Клиническая характеристика больных 1 группы: 195 женщин вне беременности с ММ, которым проведена МЭ. Показанием к операции были обильные менструации с анемизацией у 42 (21,5%), симптом боли – у 35 (17,9%). Сочетанными показаниями для операции стали симптом кровотечения и боли у 41 (21,0%), быстрого роста и кровотечения у 7 (3,6%), боли и быстрого роста у 6 (3,1%) пациенток. Сочетание всех трех симптомов наблюдалось у 11 (5,6%) больных. Показанием к экстренной операции в виду НПМУ наблюдалось у 31 (15,9%) женщины (у всех отмечался симптом боли). Общий размер ММ колебался от 8 до 24 недель беременности.

Из 195 женщин 30 (15,4%) произведена лапароскопическая МЭ. Показаниями к операции были: разрыв кисты яичника у 12 (21,8%), нарушенная трубная беременность у 20 (36,4%), перекрут кистомы яичника у 8 (14,5%),

разрыв эндометриодной кисты у 5 (9,1%), пиосальпингс у 5 (9,1%), разрыв нагноившейся кисты у 2 (3,6%), прорыв тубоовариального образования у 2 (3,6%), апоплексия яичника у 1 (1,8%). Всем больным произведена симуль-тантная МЭ.

Клиническая характеристика 2 группы: 90 беременных женщин, у кото-рых данная беременность осложнилась угрозой прерывания и НПМУ у 100%, что послужило основным поводом для поступления в нашу клинику. Сроки беременности при поступлении от 4 до 35 нед.

Использованы общеклинические, лабораторные методы, УЗИ на мно-гофункциональном сканере В&М Sonolayn Adara с конвексным и влагалищ-ными датчиками частотой 3,5 и 6,5 МГц, доплерометрия, гистеросальпинго-графия, КТ. Гистологические исследования: морфологические, морфометри-ческие, иммуно-гистохимические методы исследования. Для статистической обработки данных использована статистическая программа STATISTICA – 6.0

В третьей главе «Хирургические аспекты проведения миомэктомии у женщин репродуктивного возраста вне беременности» разработан оптимальный способ реконструкции матки с формированием ниши и опти-мальной упаковкой излишних лоскутов миометрия «внахлест», при удалении крупных МУ и множественной ММ, что сохраняет архитектуру органа без выраженной деформации полости матки и ущерба гемостазу (рис.1).

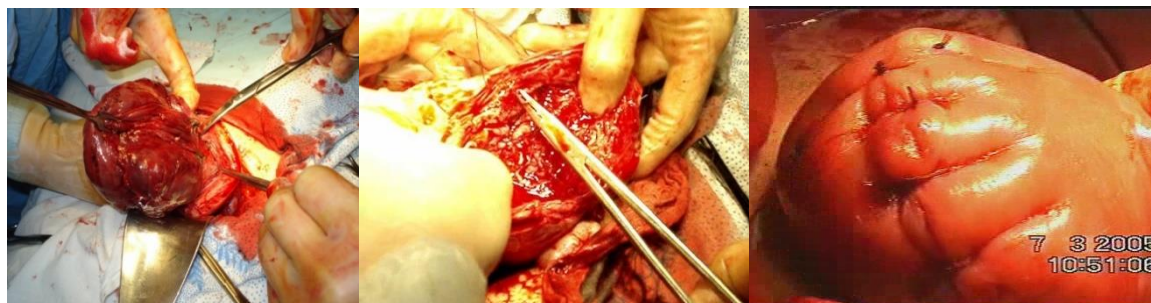


Рис. 1. Больная У. 21 года. № ИБ 25953/588. Этапы проведения МЭ с ушива-нием ниши «внахлест»

При проведении традиционной МЭ использовали надлобковый разрез по Пфанненштилю – у 148 (89,7%) и нижнесрединный доступ – у 17 (10,3%). Локализация МУ (передняя, задняя стенка матки, дно матки) позволяет не допускать ненужного вскрытия полости матки, что особенно важно при ше-ечных МУ, т.к. ошибка может привести к вскрытию цервикального канала с последующими осложнениями. Строго поперечное направление разреза на матке выполняли в 132 (80,0%) случаях, строго продольное – в 8 (4,8%), иные варианты – у 25 (15,2%). В 17 (10,3%) случаях производили вскрытие листка широкой связки при удалении интралигаментарных МУ.

При проведении МЭ является секция миометрия электрокаутером в проекции наибольшей выпуклости интраорганной опухоли, следует рассекать не только покрывающий МУ миометрий, но и сам МУ. Это позволяет быстро оценить границы опухоли, захватить её пулевыми щипцами для наружных тракций. При проведении МЭ на фоне многоузловой ММ мы удаляли максимальное число МУ из одного разреза, что снижает кровопотерю, уменьшает число швов на матке без существенной деформации органа и его полости.

После энуклеации МУ архитектура образовавшихся ниш весьма разнообразна, завися от величины МУ, глубины его залегания в стенке матки, степени гипертрофии окружающих МУ здоровых участков миометрия и числа МУ, удаляемых из одного разреза. По нашей классификации все ниши делятся по размерам на малые, средние и большие, по глубине – на поверхностные, глубокие (кратерообразные) и тоннелеобразные, когда глубина ниши превосходит её ширину. Особняком стоят варианты ниш, когда возникают обширные лоскуты здорового миометрия, покрывавших удаленные МУ. Встречаются они, как правило, после энуклеации крупных интраорганальных: интрамурально-субмукозных и интрамуральных МУ. Данные «излишки миометрия» представляют собой гипертрофированный здоровый миометрий, который необходимо сохранить. Резецировать эти лоскуты нельзя, т.к. это неминуемо приведет к уменьшению размеров матки после операции и негативно скажется на последующей беременности. Сложность ушивания таких ниш заключается в недопущении резкой деформации органа, в особенности полости матки, которая может возникнуть и стабильно фиксироваться в результате рубцевания, если использовать простой погружной метод восстановления ниши. Это и побудило нас разработать собственный способ реконструкции матки после МЭ.

Образовавшуюся нишу ушивали в один слой преимущественно узловыми швами в различных модификациях в зависимости от глубины ниши и характера возникавших «излишков» ткани миометрия, применяли длительно рассасывающийся шовный материал на атравматических иглах. В 20 (12,1%) случаях матку восстанавливали по собственному способу реконструкции матки «внахлест». При этом одна часть излишнего лоскута ложится в полость ниши, а вторая поверх него. Оба лоскута самостоятельно подшиваются к подлежащим тканям для лучшей фиксации, гемостаза и репарации. Опасения, что одна из частей лоскута ложится, на периметрий контрлатерального лоскута оказались излишними, т.к. последующее течение беременности и проведение КС показало во всех 20 (12,1%) случаях нормальную репарацию органа без существенной деформации стенки матки (патент на изобретение № IAP 04432, Патентное Ведомство РУз). При использовании общепринятых методов деформацию стенки матки отмечают в 5,2% случаев (Bradyetal., 2013).

Для снижения интраоперационной кровопотери и предупреждения послеоперационного кровотечения при МЭ множественных МУ или ММ больших размеров проводили предварительную двухстороннюю перевязку восходящих ветвей маточных сосудов. После их ревизии вскрывали брюшину

пузырно-маточной складки и передний листок широкой маточной связки. Для перевязки сосудов использовали рассасывающийся шовный материал на атравматических иглах. Иглу проводили через толщу миометрия боковой стенки перешейка спереди назад, не повреждая цервикальный канал. После выкола сзади обратного хода лигатуры осуществляли под проходящим светом через листки широкой связки в бессосудистой зоне таким образом, чтобы в кольцевой хват шва вошел восходящий ствол маточных сосудов. После этого лигировали сосуды.

По уровню залегания МУ относились к интрамурально-субсерозным, интрамуральным, интрамурально-субмкозным, интралигаментарным и перешеечным. У небеременных определялись только единичные интралигаментарные и перешеечные МУ. Доминировали интрамурально-субмкозные МУ. У 49% определялись единичные МУ, у 51% - многоузловые. у 35% число МУ варьировало от 2 до 4, у 15% - от 5 до 16. МУ от 16 до 22 см определялись у 7% женщин, 10-15 см и 6-9 см соответственно у 39% и 37%.

Всем женщинам с бесплодием была проведена традиционная МЭ. Бесплодие диагностировано у 61 (44,5%): первичное - у 33 (24,1%), вторичное - у 28 (20,4%). При первичном бесплодии размеры ММ варьировали от 9 до 24 нед. беременности. В этой группе доминировало интрамуральные и интрамурально-субмкозное расположение МУ - у 18 (54,5%) женщин, и у 21 (63,6%) выявлена, многоузловая ММ. Размер МУ влияет на развитие бесплодия - у 87,3% больных диаметр доминантного МУ превышал 5,0 см. При вторичном бесплодии размеры ММ варьировали от 9 до 18 нед. беременности. Уровень залегания МУ был менее глубоким, чем при первичном бесплодии. К факторам, влияющим на невынашивание, можно отнести глубокую локализацию МУ и их размер.

Из 165 небеременных сочетание ММ и эндометриоза диагностировано у 37 (22,4%), в то время как у 61 пациентки с бесплодием эндометриоз выявлен в 28 (46,0%) случаях, с невынашиванием - у 3 (10,0%) из 30 больных, а у 74 женщин без бесплодия и невынашивания диагностирован у 6 (8,1%). Диффузная форма аденомиоза выявлена у 23 (62,3%) из 37 женщин с эндометриоидной болезнью, сопровождавшей ММ, а очаговая - у 11 (29,7%). При эндометриозе проводили коагуляцию эндометриоидных гетеротопий, энуклеацию эндометриоидных кист яичников с сохранением органа. В послеоперационном периоде все женщины с эндометриоидной болезнью принимали а-ГнРГ. 37 (22,4%) больных оперировали по поводу НПМУ. Отмечался болевой симптом, у 15 (40,5%) он сочетался с кровянистыми выделениями и у 5 (13,5%) с быстрым ростом ММ. На УЗИ выявлены неравномерность эхоплотности до эконегативных очагов в МУ, участки гипо- и анэхогенных областей в толще МУ. При НПМУ уровень залегания МУ распределялся равномерно, преобладали единичные МУ (91,9%) размерами 10-15 см.

Лапароскопическая МЭ выполнена у 30 женщин (субсерозной локализация МУ), во время операций по поводу ургентных состояний придатков матки. После хирургической коррекции неотложной патологии придатков матки, приступали к проведению лапароскопической МЭ. Для достижения лучшего

гемостаза и ликвидации ниши после лапароскопической МЭ в 3 случаях из 30 потребовался лапароскопический шов на поверхностных отделах матки. Кровопотеря при лапароскопической МЭ колебалась от 50,0 до 100,0 мл (в среднем – $50,8 \pm 3,2$ мл). Существенных осложнений после лапароскопической МЭ не отмечено. После лапароскопической МЭ рецидив ММ отмечен у 5 (19,2%). Основные интраоперационные осложнения, связанные с МЭ представлены кровотечением, обусловленные аденомиозом, и невозможностью проведения операции из-за мелко-мультиузлового миоматозного роста. Очаговый аденомиоз из-за выраженной инфильтрации на УЗИ (до операции) симулирует крупный доминантный МУ, наибольшие сложности при проведении МЭ, связанные с эндометриозом, возникли у 4 (2,4%) женщины из 165. У всех молодых нерожавших женщин удалось сохранить органы, с последующим, 6-месячным курсом лечения а-ГнРГ который нормализовал величину матки.

Уровень интраоперационной кровопотери во всех случаях традиционной МЭ зависел от массы удаленных МУ и глубины их залегания, колеблясь от 100,0 до 1500,0 мл (в среднем $260,0 \pm 15,0$ мл.). Единственный случай большой кровопотери (1500,0 мл) произошел у больной З., 22 лет, №ИБ 12326/415 с моноузловой ММ 20 нед., с сопутствующим аденомиозом, первичным бесплодием и крупным интрамурально-субмукозным МУ 15×18 см. В 37 (22,4%) случаях при очевидном риске большой интраоперационной кровопотери производили превентивную двухстороннюю перевязку восходящих ветвей маточных артерий. В этих случаях кровопотеря колебалась от 200,0 до 600,0 мл (среднем $210,0 \pm 10,0$ мл.), не отличаясь от средних объемов. Максимальные размеры МУ колебались от 6 до 21 см. При этом в 9 (24,3%) из 37 случаев имел место сопутствующий аденомиоз. В 27 (73,0%) случаях из 37 отмечалось НПМУ. В послеоперационном периоде осложнений не было.

В четвертой главе **«Клинические аспекты хирургического лечения осложненной миомы матки у беременных»** диссертации описаны результаты лечения осложненной ММ среди беременных. Под наблюдением находились 90 беременных с ММ, в сроке 4-35 нед. Главным показанием для госпитализации было НПМУ на фоне беременности. Решение о консервативном или оперативном способе лечения, в том числе прерывания беременности по экстренным показаниям, основывалось на диагностике urgentных осложнений, вызванных ММ, в особенности инкурабельного консервативными методами НПМУ, а также угрозы прерывания желанной беременности на фоне быстрого роста ММ. Дифференциальная диагностика основывалась на клинической картине и дополнительных методах исследования: УЗИ, доплерометрии, динамики гемограммы и гемостазиограммы, характеризовавшегося клиникой острого живота, клиническом ответе на консервативную терапию НПМУ и угрозе прерывания беременности (рис. 2).

У всех 90 женщин с НПМУ угроза прерывания выражалась в схватко- или приступообразных болях в области матки. Пальпируемое образование в области беременной матки в виде МУ (верификация УЗИ) и наличие локальной болезненности в его проекции. На первых этапах диагностики важно вы-

яснить, чем вызвана угроза прерывания: НПМУ или др. факторами: отслойкой ворсистой хориона или плаценты, верифицирующими признаками которых были кровяные выделения из половых путей и данные УЗИ и доплерометрического мониторинга.

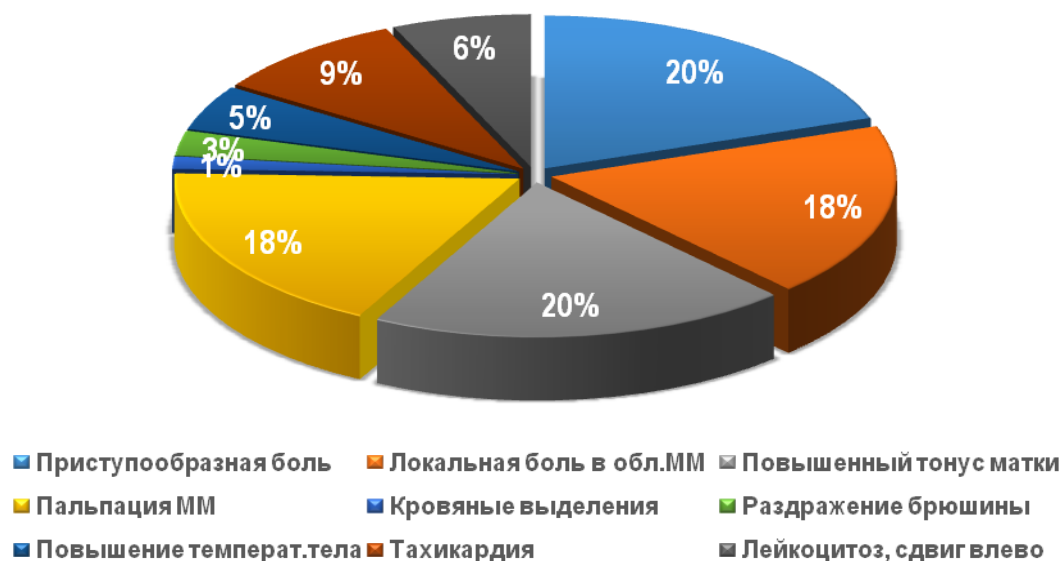


Рис. 2. Характер симптоматики у беременных с нарушением питания миоматозного узла

Приступообразная боль отмечалась у 20,0%, кровянистые выделения из половых путей - у 20,0%, повышенный тонус – у 20,0%. Симптомы раздражения брюшины, повышение температуры тела, лейкоцитоз с реакцией влево также был характерен для всех женщин.

У 4 женщин 1б группы выполнена гистерэктомия в связи с невозможностью сохранить беременность (некроз МУ с гнойным расплавлением доминантного МУ, диффузный гнойный перитонит, вторичный аппендицит, профузное маточное кровотечение (аборт в ходу, геморрагический шок III, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность, эндометриоз 4 ст.).

41 из 45 женщин проведена МЭ с ориентацией на сохранение беременности. Безопасность и перспективность вмешательства для матери и плода включали: субмукозную локализацию МУ в чистом виде с отсутствием кровяных выделений из половых путей и плацентации на поверхности слизистой полости матки, непосредственно прилегающей к интрамурально-субмукозному МУ, тяжелую экстрагенитальную патологию и желанную беременность. Характер миоматозного роста в зависимости от срока беременности у женщин, оперированных по органосохраняющему типу.

Важнейшим аспектом изучаемой проблемы является кровотечение при МЭ у беременных, так как использование известных кровосберегающих технологий (билатеральная перевязка маточных артерий, временный резиновый турникет на шейку матки, сосудосуживающие препараты, марцеляция МУ и

др.) у беременных имеет существенные ограничения. Мы не встречали исследований по эффективности превентивной перевязки восходящих маточных артерий при МЭ у беременных. На первый взгляд, из-за возникающей гипоксии плода, использование этой методики неприемлемо. Однако зависимость уровня гипоксии от степени редукции маточного кровотока не изучена. У первобеременной молодой женщины в сроке 20 нед., с некрозом интрамурального МУ в дне матки, 22,0 см в диаметре, нами выполнена гомолатеральная перевязка маточных сосудов на стороне преимущественной локализации МУ, временное клеммирование собственной связки яичника на той же стороне, МЭ. Пуск кровотока по яичниковым сосудам производили сразу по завершении восстановления стенки матки, контролируя гемостаз. Последующая гладкая динамика с рождением (КС) доношенной здоровой девочки массой 3800,0 г через 18 нед. после операции, послужила основанием для последующего использования редукции маточного кровотока ещё в 3 случаях. По данным доплерометрического мониторинга кровотоков был восстановлен.

У 45 (50,0%) беременных было проведена консервативная терапия. Лечение было направлено на пролонгирование беременности. В течение 2-3 суток оценивали результаты терапии. У 3 (6,7%) женщин, поступивших с обильным маточным кровотечением, требовавшим неотложного прерывания беременности сроком до 12 недель в экстренном порядке проведено выскабливание полости матки, гемостаз был удовлетворительным, а признаки НПМУ постепенно лизировались. У 15 из 18 женщин кровянистые выделения из половых путей были существенно меньше, позволяя ограничиваться консервативной терапией. Признаки НПМУ в динамике постепенно исчезали на фоне проводимого лечения.

В пятой главе **«Морфологическая и морфометрическая характеристика миомы матки»** диссертации приводятся результаты исследований, направленные на корреляционную связь между процессами неоангиогенеза, апоптоза, пролиферации и активностью роста при простой и пролиферирующей ММ. В простой ММ рост опухоли во время беременности обусловлен прежде всего гипертрофией миоцитов и вторичными изменениями, пролиферация миоцитов низкая, с низким ангиогенезом, экспрессия маркеров апоптоза высокая, зон роста мало. В основе роста МУ во время беременности (пролиферирующая ММ) имеет место выраженная пролиферация миоцитов, в меньшей степени стромообразование, активный ангиогенез, апоптоз резко снижен.

Механизм роста простой ММ у беременных обусловлен стромально-паренхиматозными соотношениями и у 39 из 45 характеризовался медленным пролиферативным ростом и, как правило, единичными МУ, располагающимися преимущественно интрамурально-субсерозно и межмышечно в дне

и теле матки. Рост опухоли во время беременности был обусловлен, прежде всего, гипертрофией миоцитов и вторичными изменениями с нарушением микроциркуляции и развитием некробиотических процессов. Зоны роста в окружающем миометрии и отдаленных участках матки отсутствовали, пролиферативная и митотическая активность была низкой. Вторичные изменения в МУ опухоли развивались достаточно часто и проявлялись красной и гиалиновой дегенерацией, отеком, некрозом. При НПМУ происходила ускоренная гибель миоцитов в центральной зоне МУ. Изменение объёма МУ в эти сроки было связано с отёком ткани, нарушениями гемо- и лимфодинамики, деструктивными изменениями и некрозом. Морфологические изменения при НПМУ были четко связаны с временными границами. Сначала расстройства микроциркуляции и нарастание тканевой гипоксии обуславливали компенсаторные изменения в гладкомышечных клетках, затем наступала декомпенсация - развивался отек, и начиналось разрушение клеток. Дистрофические изменения в опухоли следует рассматривать не как осложнения в процессе развития последней, а как звенья единого процесса. Беременность являлась причиной дестабилизации кровообращения в МУ (рис. 3).

Пролиферирующая ММ вне и во время беременности при рецидиве обусловлена быстрым ростом, большими размерами, большим количеством МУ, преимущественно межмышечного расположения, чаще принимающее центрипетальное направление роста, вызывая деформацию полости матки. В основе роста МУ во время беременности лежала гипертрофия миоцитов и их гиперплазия, активный ангиогенез и в меньшей степени стромообразование.

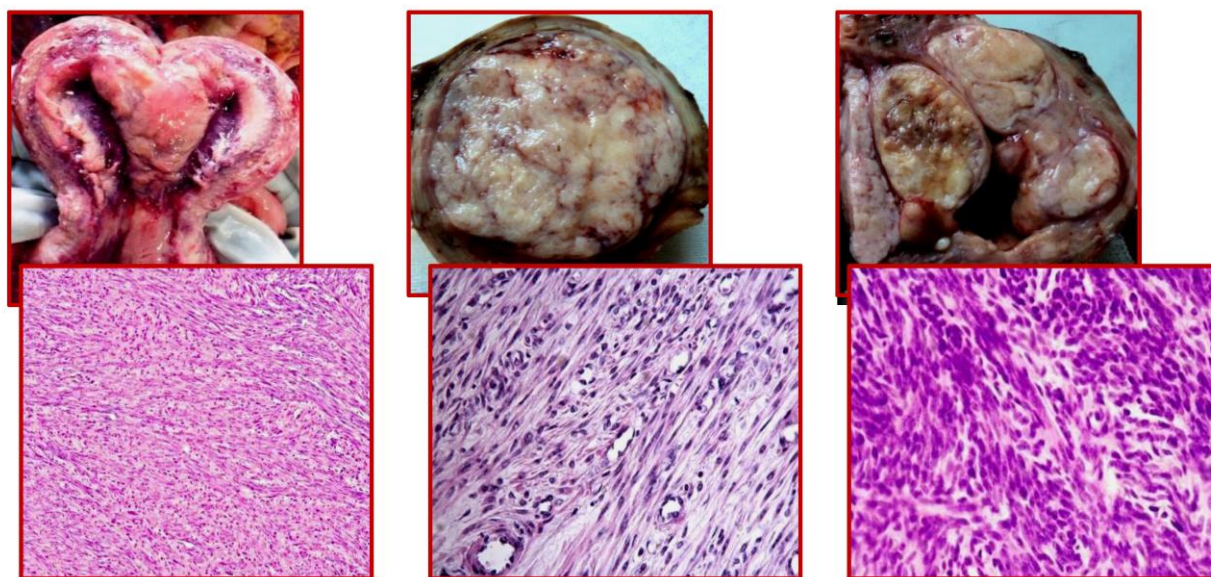


Рис. 3. Морфометрическая характеристика миомы матки и особенности стромального компонента

У женщин с повторной МЭ, проведенной в связи с рецидивом ММ в сроках 1-4 года, наблюдалась пролиферирующая ММ во всех без исключения случаях, характеризующаяся быстрым ростом, множественными МУ, имеющими субмукозное и интрмурально-субмукозное расположение. Рост опухоли был обусловлен, прежде всего, гиперплазией миоцитов с высокой пролиферативной активностью клеток миометрия, свидетельствуя о высокой потенции опухолевого роста. Зоны роста - множественные. Пролиферирующие ММ сочетались с эндометриозом (аденомиозом), который потенцировал их рост. Вторичные изменения в МУ опухоли среди небеременных ничем не отличались от подобных изменений в группе беременных женщин. Активная форма гиперплазии эндометрия сопутствовала пролиферирующей ММ (у пациенток вне беременности).

В шестой главе «**Результаты хирургического лечения миомы матки вне и во время беременности у женщин репродуктивного возраста**» проанализированы результаты хирургического лечения миомы матки вне и во время беременности у женщин репродуктивного возраста.

Показателями эффективности оперативного лечения в отдаленный период служили: инволюция матки, восстановление репродуктивной функции и частота возникновения рецидивов ММ. (табл. 1).

Таблица 1

Результаты фертильности после традиционной МЭ

Небеременные	Наступление беременности		Самопроизвольный выкидыш		Роды				К-во родов после МЭ	
					преждевременные		в срок			
Бесплодие I (n=33)	18	54,5	0	0	1	3,0	17	51,5	18	54,5
Бесплодие II (n=28)	17	60,7	1	3,6	1	3,6	15	53,6	16	57,1
Не вынашивание (n=30)	26	86,7	6	20,0	3	10,0	17	56,7	20	66,7
Бывшие вне брака до МЭ (n=28)	28	100	0	0	0	0	28	100	28	100
Без бесплодия и невынашивания (n=12)	12	100	0	0	0	0	12	100	12	100
Всего (n=131)	101	77,1	7	5,3	5	3,8	89	67,9	94	71,8

Темп уменьшения размеров матки зависел от первоначального объема комплекса «миома+матка». Через 1 мес. после операции матка достигла нор-

мальных размеров у 98 (74,8%) из 131, соответствовала 6-7 неделям – у 28 (21,4%), 8-9 недель – у 5 (3,8%). К 6 месячному сроку нормальные размеры наблюдали у 125 (95,4%) пациенток из 131, у остальных 6 (4,6%) женщин матка уменьшилась до 5-6 недель.

По данным доплерометрии, у беременных было установлено, что до лечения нарушение маточно-плацентарного кровотока составило 21,9%, плодово-плацентарного 39,1% и маточно-плацентарно-плодового кровотока 35,6%.

После лечения показатели кровотока к концу 1 суток, в частности S/D ПМА уменьшилось всего на 4,3%, PI – на 6,4%, так по всем показателям на 5 сутки все показатели практически нормализовались приблизились к показателям контроля, но не достигая их (табл. 2).

Таблица 2

Показатели маточно-плацентарно-плодового кровотока у беременных

Артерии	Контрольная группа (n=30)		
	S/D	PI	RI
ПМА	1,88±0,03	0,62±0,01	0,47±0,01
ЛМА	1,87±0,02	0,63±0,03	0,47±0,01
АП	2,79±0,07	0,96±0,02	0,62±0,01
Артерии	До операции (n=18)		
	S/D	PI	RI
ПМА	2,41±0,03***	0,83±0,01***	0,65±0,01***
ЛМА	2,31±0,02***	0,81±0,03***	0,63±0,02***
АП	3,52±0,02***	2,27±0,02***	0,81±0,01***
Артерии	Через сутки после операции		
	S/D	PI	RI
ПМА	2,31±0,03***	0,78±0,01***	0,59±0,01***
ЛМА	2,23±0,02***	0,75±0,02**	0,61±0,01***
АП	3,47±0,07***	1,18±0,03***	0,75±0,01***
Артерии	Через 5 суток после операции		
	S/D	PI	RI
ПМА	2,21±0,11**	0,71±0,01***	0,53±0,03
ЛМА	2,19±0,26	0,71±0,09	0,52±0,04
АП	3,42±0,28*	1,09±0,05*	0,71±0,02***

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Таким образом, из 131 женщины забеременели 101 (77,1%). Самопроизвольный аборт (ранний и поздний) произошел соответственно у 6 (5,9%) и у 1 (0,9%) из 101. Всего родили 94 (71,8%) женщины из 131: среди них с первичным бесплодием родили 18 (54,5%); с вторичным бесплодием 16 (57,1%);

с невынашиванием 20 (66,7%); а из 101 женщины показатель забеременевших составил 93,1%.

У 90 (89,1%) женщин беременность наступала в первые 1,5 года после традиционной МЭ, а в последующий период – только у 11 (10,9%). Возраст пациенток к моменту возникновения беременности колебался от 21 до 38 лет. Все беременные после МЭ родоразрешены путем КС в ГКБ № 5: в экстренном порядке – 5 (4,9%) из 101, в плановом – 89 (88,1%). Перинатальных потерь и признаков несостоятельности рубца не было. Повторные беременности с рождением второго здорового ребенка после МЭ зарегистрированы у 16 (15,8%) из 101 женщины.

Из 131 женщины, наблюдавшихся в течение 5 лет после традиционной МЭ, рецидив ММ отмечен у 15 (11,5%). Самый ранний рецидив (на 11 месяце после традиционной МЭ) возник у 1 (0,7%) женщины. Основное число рецидивов ММ приходилось на женщин с бесплодием и невынашиванием – 12 (80,0%). У всех 15 женщин с рецидивом после традиционной МЭ была выявлена многоузловая ММ. Размеры удаленных МУ колебались от 3,0 до 18,0 см, а их число от 3 до 16. У 86,7% женщин с рецидивами было удалено 6 и более МУ. У 3 из 15 женщин рецидив ММ выявлен во время наступившей беременности после традиционной МЭ.

Во 2 группе беременных женщин, в результате проведенной МЭ сохранить беременность до доношенного срока удалось у 39 из 41 женщины после МЭ на фоне беременности, а у 2(4,9%) пациенток она прервалась самопроизвольно на 12 - 22 дня после проведения МЭ в сроках 11 - 25 нед. Наблюдение за прооперированными выявило периодическое возобновление признаков угрозы прерывания беременности у 26 из 39 женщин, однако они были кратковременными и успешно поддавались терапии. У 38 проведено плановое КС в сроках 37-38 нед. Все вмешательства проходили с нашим участием в Городской клинической больнице №5. Перинатальных потерь не было. Признаков несостоятельности рубца на матке не отмечено.

Традиционная МЭ и лапароскопическая МЭ относятся к наиболее сложным гинекологическим операциям. Результат операции обусловлен: неповреждением перешеечного отдела матки и фаллопиевых труб (интрамуральный отдел), непроникновением нерассасывающегося шовного материала в полость матки, недопущением выраженной деформации полости матки. Важно своевременное распознавание инфильтративного процесса на почве очагового аденомиоза, зачастую симулирующего МУ. Квалифицированное УЗИ может ложно идентифицировать эндометриоидный инфильтрат как МУ, что во время операции приводит к ненужной секции такого инфильтрата. По нашим данным даже в запущенных случаях есть хорошие шансы сохранения матки и возникновения беременности при использовании а-ГнРГ. В случаях неоправданной секции массивного эндометриоидного инфильтрата, ошибоч-

но принятого за МУ, необходимо наложение редких «П-образных» швов. Кровотечения в таких случаях, как правило, не наблюдается, а рана на матке успешно рубцуется.

Анализ современной литературы и собственный опыт позволил нам остановиться на билатеральной перевязке маточных сосудов как на наиболее эффективной кровосберегающей технологии при проведении МЭ. Актуальным является выбор метода реконструкции матки после удаления МУ. В целом результаты традиционной МЭ среди женщин репродуктивного возраста удовлетворительны и по ряду аспектов (восстановление фертильности, рецидивов, состоятельность рубца на матке и меньшая кровопотеря), имеет преимущества перед лапароскопической МЭ.

В целом результаты традиционной МЭ у женщин репродуктивного возраста вне и во время беременности удовлетворительны и по ряду аспектов (восстановление фертильности, рецидивов, состоятельность рубца на матке и меньшей кровопотери), имеет преимущества перед лапароскопической МЭ с привлечением всестороннего анализа современной литературы по данному вопросу, позволяет быть уверенным в правильности выбранного направления и предложенного нами хирургического лечения ММ среди женщин репродуктивного возраста.

В заключение можно констатировать, что проблему ММ отличает ярко выраженный возрастной аспект. Несмотря на известные успехи развития всей акушерско-гинекологической науки, на базе которых строится консервативное и малоинвазивное лечение, ММ по-прежнему остается в поле проблем современной хирургии, а полученные результаты позволили достигнуть новых успехов в этом направлении и осуществить органосохраняющее вмешательство вне и во время беременности с сохранением репродуктивной функции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Разработан оптимальный способ лечения симптомной ММ в наиболее сложных в хирургическом плане случаях после удаления крупных МУ и множественной ММ, путем реконструкции матки с формированием ниши и оптимальной упаковкой «излишних» лоскутов миометрия, что сохраняет архитектуру органа без выраженной деформации полости матки и ущерба гемостазу. С целью профилактики интра- и послеоперационного кровотечения произведено двухсторонняя перевязка стволов маточных сосудов у небеременных.

2. Последним резервом сохранения детородного органа и желанной беременности при остром НПМУ на фоне угрозы прерывания является МЭ с ориентацией на органосохранение и пролонгирование беременности.

3. Показанием к МЭ у беременных являются острое НПМУ, крупно узловая ММ с ускоренным ростом и нарушением функции соседних органов, а противопоказанием к МЭ: отслойка плаценты, мелко-мульти узловая ММ,

гнойно-воспалительные осложнения, вызванные НПМУ, тяжелая экстрагени- тальная патология, тяжелая преэклампсия и другие.

4. Установлена тесная реципрокная связь между уровнем апоптоза и митотической активностью в МУ: чем ниже значения апоптоза CD 95, тем выше пролиферативная активность ММ: CD 34 маркер эндотелия и Ki67 маркер клеток стромы. Пролиферирующая ММ и эндометриоз имеют общую патогенетическую основу и взаимоусиливающее влияние.

5. Рецидивирование ММ после МЭ коррелирует с уровнем митотиче- ской активности в исходной опухоли. Больным с митотически активной ММ после МЭ с профилактической целью показана терапия а-ГнРГ в ранний реа- билитационный период после операции. Рецидив ММ после МЭ (7,3-11,6%) не должен служить сдерживающим фактором для проведения МЭ.

6. В результате проведенного оперативного вмешательства вне бере- менности восстановление фертильности составило у 101 (77,1%): из них 94 (71,8%) родили здоровых детей, у 5 (4,9%) – преждевременные роды, у 89 (88,1%) женщин – в срок. У беременных сохранить беременность до доно- шенного срока удалось у 39 (43,3%) после МЭ на фоне беременности, а у 2 (2,2%) пациенток она прервалась самопроизвольно на 12 и 22 сутки после проведения МЭ.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06. 2017.Tib.29.01 ON AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREES AT TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL
INSTITUTE**

**REPUBLICAN SCIENTIFIC CENTER FOR EMERGENCY MEDICAL
CARE**

HUSANKHODJAEVA MALIKA TOURSUNKHODJAEVNA

**SURGICAL ASPECTS OF TREATMENT OF THE UTERINE MYOMA
OUT SIDE AND DURING PREGNANCY AMONG WOMEN OF REPRO-
DUCTIVE AGE**

14.00.01 - Obstetrics and gynecology

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTORAL DISSERTATION (DSc)
ON MEDICAL SCIENCE**

TASHKENT – 2018

The theme of doctoral (DSc) dissertation was registered at the Supreme Attestation Committee at the Cabinet of Ministers of Republic of Uzbekistan under number B2017.1.DSc.Tib.28

The doctoral dissertation has been prepared at the Republican Scientific Center For Emergency Medical Care

The abstract of the dissertation was posted in two (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.tashpmi.uz) and on the website of “ZiyoNet” information-educational portal at (www.ziynet.uz).

Scientific consultant:

Karimov Zaur Javdatovich
Doctor of Medicine, Professor

Official opponents:

Pahomova Janna Evgenevna
Doctor of Medicine, Professor

Nigmajanov Bahodur Boltaevich
Doctor of Medicine, Professor

Mavlyan-Khodjaev Ravshan Shukhratovich
Doctor of Medicine, Professor

Leading organization:

The defence of the dissertation will be held on “___” _____ 2018, at ___ at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.29.01 at Tashkent Pediatric Medical Institute (Address: 223 Bogishamol str., Yunusabad district, 100140 Tashkent. Tel./Fax (+99871) 262-33-14), e-mail: mail@tashpmi.uz).

The dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent Pediatric Medical Institute (registered under No.____). Address: 223 Bogishamol str., Yunusabad district, 100140 Tashkent. Tel./Fax (+99871) 262-33-14.

The abstract of dissertation was distributed on “___” _____ 2018 y.
(Registry record No. ____ dated “___” _____ 2018 y.)

A.V. Alimov

Chairman of the Scientific Council on Award
of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

E. A. Shamansurova

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award
of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

D. I. Akhmedova

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific
Council on Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medicine, Professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (DSc) dissertation)

The aim of the research: to increase indices of organ preservation and reproduction in young women with UM

The object of the research: 285 women of reproductive age with UM and unrealized generative function admitted to the department of urgent gynecology of Republican Research Center of Emergency Aid in 2001-2012. Age of the patients varied from 18 to 45 ($34,6 \pm 5,0$) years.

Indices of infertility, habitual miscarriage, structure and character of urgent complications in women of reproductive age with UM (in nonpregnants as well as during pregnancy). Development of protocols of maintenance of women of reproductive age (nonpregnants and during pregnancy). Characterization of UM recurrence causes after ME, carried out in nonpregnant and during pregnancy. Clinical and morphological features of myomatous growth in women of reproductive age (in nonpregnants and during pregnancy). Estimation of efficiency of developed standards for restoration of fertility and maintenance of pregnancy in women of reproductive age with UM.

The scientific novelty of the study is as follows:

A multifactorial analysis of the results of the study was carried out, which allowed the development of differentiated standards for diagnosis and surgical treatment in women of reproductive age from uterine myomas;

In the dynamics of recurrent uterine fibroids (after myoectomy), morphological and morphometric features of simple and proliferating uterine myomas were studied during and outside pregnancy, molecular-biological indices of apoptosis processes were studied. The main causative factors and prognostic criteria for relapse of MM after ME have been established.

It was shown that in the prognosis of relapse the leading factors were proliferating fibroid histoma, hyperplastic processes in the endometrium, endometriosis disease.

For the first time with incurable (conservative methods) cases of persistent malnutrition of myoma nodes, standards have been developed that make it possible to successfully perform ME in both outside and during pregnancy.

It is established that in the issue of successful reconstruction of the uterus after removal of myomatous nodes.

For the first time, the own method of reconstruction of the uterus during ME has been introduced into clinical practice, both among non-pregnant women and pregnant women.

Introduction of research results. Based on the scientific results, surgical aspects of MM treatment outside and during pregnancy among women of reproductive age:

"Method for suturing a wound on the uterus after surgical treatment of the uterus" № IAP 04432 received a patent of the Agency for Intellectual Property of the Republic of Uzbekistan dated October 31, 2011. This method allows to reduce the degree of deformation of the entire uterus, to reduce after an operation complication.

Methodical recommendations were issued: "Modern methods of diagnosis and treatment of endometriosis" (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated 29.12.2006). These methodological recommendations allow us to identify the main factors leading to the development of endometriosis, the mechanism of their development, ensuring early detection, diagnosis, prevention and treatment of this disease.

The results of the developed methods of diagnosis and surgical treatment of MM outside and during pregnancy among women of reproductive age have been introduced into practical health care, in particular, the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in Tashkent, and also implemented in Bukhara, Navoi, Samarkand and other branches Republican Scientific Center for Emergency Medical Care and State Clinical Hospital No. 5. (Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan 8n-c / 68 dated May 3, 2013). The economic effectiveness of the implementation of the study results is due to: significant improvement in the quality of specialized medical care providing the basis for early diagnosis and treatment of MM; a reduction in the number of postoperative complications by 11.6%, creating conditions for early activation after surgery and shortening the period of hospitalization.

Structure and scope of the dissertation. The thesis consists of an introduction, 6 chapters, conclusion, list of used literature. The volume of the thesis is 186 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Ниязматова Г.И., Касымова Д.М., Хусанходжаева М.Т. Бачадонда жаррохлик амалиётидан кейинги жароҳатни тикиш усули // Ихтирога патент IAP 04432. Рўйхатдан ўтган сана 31.10.2011.
2. Каримов З.Д., Ниязматова Г.И., Хусанходжаева М.Т., Тухтабаева Б.М. Консервативная миомэктомия во время беременности // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2008. - №3. – С. 33-38. (14.00.00, 11).
3. Каримов З. Д., Касымова Д. М., Хусанходжаева М. Т., Тухтабаева Б. М. Случай проведения консервативной миомэктомии при ишемии крупного интрамурально-субмукозного миоматозного узла // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2008. - №4. – С. 84-90. (14.00.00, 11)
4. Каримов З.Д., Ниязматова Г.И., Хусанходжаева М.Т., Тухтабаева Б.М. Органосберегающее хирургическое лечение миомы матки во время беременности // Акушерство и гинекология. - Москва, 2009. - №6. – С. 31-33. (14.00.00, 1)
5. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т. Касымова Д.М., Случай ишемии миоматозного узла у первобеременной женщины // Вестник экстренной медицины.- Ташкент, 2010. - №4. – С. 73-76. (14.00.00, 1).
6. Каримов З.Д., Ниязматова Г.И., Хусанходжаева М.Т. Касымова Д.М. Реконструктивно-пластические операции на матке в проблеме восстановления фертильности // Хирург. - Москва, 2010. - №9. – С. 60-65. (14.00.00, 149).
7. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т. Касымова Д.М. Случай ишемии миоматозного узла у первобеременной женщины // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2010. - №4. – С. 73-76. (14.00.00, 11).
8. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т. Консервативная миомэктомия в проблеме восстановления фертильности у молодых женщин // Журнал акушерства и женских болезней. - Санкт-Петербург, 2011. - №4. – С. 41-47. (14.00.00, 47)
9. Хусанходжаева М.Т., Каримов З.Д. Современное ведение больных с миомой матки // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2012. - №4. – С. 37-41. (14.00.00, 11).
10. Хусанходжаева М.Т., Каримов З.Д. Случай консервативной миомэктомии у беременной в первом триместре // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2012. - №4. – С. 52-56. (14.00.00, 11).
11. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Эффективность редукции маточного кровотока при проведении миомэктомии у беременных // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». - Москва. 2012. – С. 78-82. (14.00.00, 48).
12. Хусанходжаева М.Т., Каримов З.Д. Консервативная миомэктомия у беременных // Вестник экстренной медицины. Ташкент, 2012. - №3. – С. 86-88. (14.00.00, 11).

13. Каримов З.Д., Магрупов Б.А., Хусанходжаева М.Т. Морфология простой и пролиферирующей миомы матки при беременности // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – Москва, 2013. – С. 41-45. (14.00.00, 48).

14. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Репродуктивная функция после проведенной консервативной миомэктомии // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2015. - №1. – С. 49-56. (14.00.00, 11).

15. Хусанходжаева М.Т. Протокольное ведение больных с миомой матки у женщин репродуктивного возраста // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. -Ташкент, 2017. - №3-4. - С.150-152. (14.00.00, 11).

16. Khusankhodjaeva M.T. Morphological, morphometric changes in momomatous nodes in women with uterine momory // European science rewiev. – Vienta, 2018. –№3-4. - P. 62-63. (14.00.00, 19).

II бўлим (II часть; part II)

17. Касымова Д.М., Хусанходжаева М.Т. Ведение больных с миомой матки на догоспитальном этапе // Материалы Научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе». - Ташкент, 2010. – С. 65-66.

18. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Хирургические аспекты консервативной миомэктомии // Материалы IX Республиканской Научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи». - Навои, 2010. – С. 189.

19. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т. Консервативная миомэктомия у беременных // Материалы XII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». - Москва, 2011. – С. 84-85.

20. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Консервативная миомэктомия во время беременности // Материалы II Съезда Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи. - Ташкент. 2011. – С. 64-65.

21. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Абдикулов Б.С. Reconstructive-plastic operations on uterus within the fertility recovery problem // Medical and health science journal. - Чехия, 2011. - Vol. 8. – P. 32-39

22. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Myomectomy with the pregnant // Medical and health science journal. - Чехия, 2011. - Vol. 9. P. 38-46

23. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т. Опыт проведения консервативной миомэктомии во время беременности // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2012. - №2. – С. 119. (14.00.00, №11).

24. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Патогенетические аспекты рецидива миомы матки после консервативной миомэктомии // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2013. - №3. – С. 93.

25. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Хирургические и репродуктивные аспекты миомы матки во время беременности // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2013. - №3. – С. 94.

26. Хусанходжаева М.Т., Каримов З.Д., Неотложная консервативная миомэктомия у беременных // I Съезд врачей неотложной медицины. -

Москва, 2012. – С. 94.

27. Хусанходжаева М.Т., Каримов З.Д., Результаты проведения консервативной миомэктомии у беременных // III Конгресс хирургов Казахстана с международным участием «Инновации в хирургии», Вестник хирургии Казахстана. – 2012. - №1. – С. 206-207

28. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т., Профилактика массивной кровопотери при проведении консервативной миомэктомии у беременных // III Конгресс хирургов Казахстана с международным участием «Инновации в хирургии». Вестник хирургии Казахстана. – 2012. - №1. – С. 214.

29. Каримов З.Д., Хусанходжаева М. Т., Reduzierung der gebärmutter durchblutung wahrendder myomektomie beischwangeren // Internationaler. Kongress Fachmesse. EURO MEDICA Hannover 2012 Programm Abstracts P. 121-122

30. Каримов З. Д., Хусанходжаева М. Т., Schwere gebärmutter verletzung bei schwangeren // Internationaler. Kongress Fachmesse. EURO MEDICA Hannover 2012 Programm Abstracts P. 123-124

31. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т. Профилактика массивной кровопотери при проведении консервативной миомэктомии по экстренным показаниям// III Конгресс хирургов Казахстана с международным участием «Инновации в хирургии», Вестник хирургии Казахстана. – 2012. - №1. – С. 204-205.

32. Хусанходжаева М. Т. Проведение миомэктомии во время беременности // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент 2017. - №3-4. - С. 170.

33. Хусанходжаева М.Т. Гомолатеральная перевязка восходящего отдела маточной артерии в профилактике массивной кровопотери при проведении миомэктомии у беременных // Шошилич тиббиёт ахборотномаси. – Ташкент 2017. - №4. - С 185.

34. Хусанходжаева М.Т. Органосохраняющие хирургические вмешательства во время беременности // Шошилич тиббиёт ахборотномаси. – Ташкент 2017. - №4. - С. 185-186.