

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА
ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ЮЛДАШЕВ САНЖАР КЕЛДИЯРОВИЧ

**БАЧАДОН МИОМАСИ КУЗАТИЛГАН РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ
АЁЛЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Юлдашев Санжар Келдиярович

Бачадон миомаси кузатилган репродуктив ёшдаги аёлларни
жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштириш..... 3

Юлдашев Санжар Келдиярович

Совершенствование хирургического лечения пациенток с миомой
матки в репродуктивном возрасте 21

Yuldashev Sanjar Keldiyarovich

Improving the surgical treatment of patients with uterine myoma in the
reproductive age..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published scientific works 43

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ЮЛДАШЕВ САНЖАР КЕЛДИЯРОВИЧ

**БАЧАДОН МИОМАСИ КУЗАТИЛГАН РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ
АЁЛЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.01 – Акушерлик ва гинекология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий Аттестация комиссиясида В2017.1.PhD/Tib13 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Акушерлик ва гинекология Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси (www.tashpmi.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziyounet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Алиева Дилфуза Абдуллаевна**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Султанов Саидазим Насирович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Аюпова Фарида Мирзаевна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **Тошкент врачлар малакасини ошириш институти**

Диссертация ҳимояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.29.01. рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «__» _____ куни соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100140, Тошкент, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223. Тел./факс: +99871-262-33-14), e-mail: mail @tashpmi. uz)

Диссертация билан Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (__ рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100140, Тошкент, Юнусобод, Боғишамол кўчаси, 223.Тел./факс: +99871-262-33-14).

Диссертация автореферати 2018 йил «__» _____ да 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
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори,
профессор

Д.И.Ахмедова

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

КИРИШ (Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти. Бачадон миомаси аёллар жинсий органларида кўп учрайдиган зарарсиз ўсмалардан бири ҳисобланади. ЖССТнинг маълумотларига кура дунёда бачадон миомасининг тарқалганлик даражаси 35 фоизни ташкил қилади.¹ Бачадон миомаси гинекологик касалликлар структурасида 25-30 фоизни ташкил этиб, уларнинг 20 фоиздан 40 фоизи туғиш ёшидаги аёлларга тўғри келади. Сўнгги йилларда ушбу патологиянинг «ёшариш»га мойиллиги ортмоқда, яъни фаол репродуктив ёшдаги 30 ёшгача бўлган аёлларнинг ушбу касалликка чалиниши кучаймоқда. Бу ёшдаги аёлларда касалликнинг учраш даражаси 13-27 фоизни ташкил этади.

Жаҳон миқёсида бачадон миомасини жарроҳлик йўли билан даволаш тактикаси самарадорлигини ошириш мақсадида қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бунда, жарроҳлик технологияси, бачадонни кесиш жойи ва йўналишини танлаш, бачадонда тўлақонли чандиқ ҳосил бўлиши ва тикиш ашёларини қўллаш жараёнидаги камчиликларни бартараф этишга қаратилган изланишларга алоҳида эътибор қаратиш лозим. Замонавий тиббиётда ушбу масалалар ечимига бағишланган изланишларда бачадон миомаси ўрнини тикиш жараёнида жарроҳлик усулини такомиллаштириш юқори самара беради.

Бугунги кунда республикамиз соғлиқни сақлаш тизимида оналик ва болалик муҳофазасига алоҳида эътибор қаратилмоқда. Айниқса репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон миомасининг олдини олиш ва башорат қилиш муҳим аҳамият эга. Бачадон миомасининг олдини олиш, эрта ташхислаш ва даволаш бўйича олиб борилаётган амалий ишлар натижаларидан келиб чиқиб унинг репродуктив ёшдаги аёлларда учраш ҳолатини камайтириш талаб этилмоқда. Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг 2017-2021 йилларда бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...оила саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, оналар ва болаларнинг сифатли тиббий хизматга эришишини кенгайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш, чақалоқлар ва болалар ўлимини камайтириш бўйича комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш»² га қаратилган муҳим вазифалар белгилаб берилган. Бу борада аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш, бачадон миомасида хавф омилларини аниқлаш ва самарали даво чораларини ишлаб чиқишга қаратилган технологияларни такомиллаштириш долзарб бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ги Фармони ва 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам

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

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони

кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Диссертация тадқиқоти республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида амалга оширилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бачадон миомаси репродуктив ёшда кўп учрайдиган зарарсиз ўсмалардан ҳисобланиб, гистерэктомиа бачадон миомасини даволашда жарроҳлик аралашувнинг асосий тури (81-92%) бўлиб қолмоқда (Адамян Л.В., Ланчинский В.И., Долецкая Д.В., Краснопольский В.И., Вихляева Е.М., С.А.Петракова ва ҳаммуал.). Маълумки, радикал операциялар натижасида ёш аёллар туғиш функциясини амалга ошириш имкониятидан маҳрум бўлишади, уларда психоэмоционал бузилишлар ривожланади, нейроэндокрин асоратлар пайдо бўлади (Коржувев С.И., Ланчинский В.И., Пашков В.М., Вихляева Е.М.). S.Angioni ва ҳаммуаллифлар маълумотларига кўра бепуштликнинг бошқа омиллари бўлмаганда лапароскопик миомэктомиа ва абдоминал миомэктомиядан сўнг ҳомиладор бўлиш даражаси ўзаро деярли тенг бўлиб, 50% ни ташкил этади.

Сўнгги йилларда репродуктив ёшдаги, бачадон миомаси бўлган беморларда органини сақлаб қолувчи операцияни бажариш имкониятлари ва зарурати кенг муҳокама этилмоқда. Бачадон ҳажми йирик бўлган ҳолатларда ва кўплаб миоматоз тугунлар аниқланганда миомэктомиyani амалга ошириш мақсадга мувофиқлиги хусусида турли фикрлар мавжуд. Н.П.Васильченко фикрига кўра, миомэктомиа ўсма ҳажми ва жойлашувидан қатъи назар амалга оширилиши мумкин.

Ўзбекистонда олиб борилган тадқиқотларда миомэктомияда бачадон артерияларини боғлаш усулининг қўлланиши, миомэктомиядан сўнг бачадонга оддий чок тушириш бўйича маълумотлар учрамайди, ваҳоланки бу бачадондаги битиш жараёнларини камайтириб, аёллардаги репродуктив функцияни сақлаб қолиш имкониятини беради. Миомэктомиа операциялари учун беморларни танлаб олиш мезонларини янада ишлаб чиқиш зарур. Келгуси ҳомиладорлик ва туғруқларда бачадоннинг ёрилишини олдини олишнинг муҳим омили сифатидаги тўлақонли жарроҳликдан кейинги чандикни шакллантириш бўйича оптимал шароитларни таъминлашга қаратилган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш, қон йўқотиш ва жарроҳликдан кейинги яллиғланиш асоратларининг олдини олишнинг ишончлироқ усуллари излаб топишни талаб этади. Ушбу муаммоларни ҳал этиш нафақат илмий-амалий, балки ижтимоий аҳамият ҳам касб этади. Буларнинг бари шу масалалар юзасидан йўналтирилган ўрганишни давом эттиришни талаб этади.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Акушерлик ва гинекология Республика

ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази илмий тадқиқот ишлари режасининг ИТСС.3.1 «Бачадон миомаси бўлган беморларда репродуктив функцияни сақлаб қолиш ва жарроҳликдан сўнг реабилитация қилишнинг жарроҳлик усулини ишлаб чиқиш» (2010-2012 йй.) мавзусидаги лойиҳаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади репродуктив функцияни сақлаб қолиш учун бачадон миомасини жарроҳлик усули билан даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқиш ва такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

2003-2009 йиллар давомида АваГ РИИАТМ даги жарроҳлик аралашувлари структурасида бачадон миомаси сабабли ўтказилган жарроҳлик амалиётлар миқдорини аниқлаш;

репродуктив ёшдаги аёлларда миомэктомияда миоматоз тугун ўрнини тикишнинг янги технологиясини ишлаб чиқиш;

миомэктомияни бошдан кечирган аёлларда жарроҳлик турига қараб, жарроҳлик кечиши ва жарроҳликдан кейинги эрта жараёнларни қиёсий таҳлил қилиш;

жарроҳлик амалиёти турига қараб, бачадондаги чандик ҳолатини ташхислашнинг клиник ва иммунологик усуллари баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида бачадон миомаси бўлган 675 аёлнинг касаллик тарихи, анъанавий миомэктомия усули бажарилган 102 нафар беморлар гуруҳи (назорат) ва биз таклиф этган усулда жарроҳлик амалиёти ўтказилган 46 та аёл (асосий гуруҳ) олинди.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб клиник-анамнестик ва лаборатория-инструментал кўрсаткичлар, жарроҳлик материаллари, қон зардоби ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотларда замонавий функционал, иммунологик ва статистик усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

репродуктив функцияни сақлаб қолиш имконини берадиган, қўпол чандиклар ҳосил бўлиш хавфининг олдини олувчи, миоматоз тугун ўрнини тикишнинг янги технологияси яратилган;

миомэктомияни амалга оширишда бачадоннинг икки жуфт магистрал қон томирини жарроҳлик вақтида боғлаш, жарроҳлик вақтида ва ундан кейинги қон йўқотишни, жарроҳлик жараёнини такомиллаштирувчи сабаблар исботланган;

ИЛ-6 ва ФНО- α миқдори ортишининг миоматоз тугун сони ва ҳажмига боғлиқлиги исботланган ҳамда операциядан сўнг яллиғланишга хос цитокинлар индукцияси кучайиши аниқланган;

жарроҳлик аралашувларидан сўнг ИЛ-1 индукцияси асосида миометрида яллиғланиш жараёнларини эрта ташхислаш мезонлари ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

жарроҳлик вақтида миоматоз тугун жойини тикишнинг янги усулини жорий этиш бачадондаги қўпол чандиклар ҳосил бўлиши, қон айланишини яхшилаш, ятроген бепуштликни камайтириш имконини берган;

таклиф этилаётган миомэктомия вақтида миоматоз жойни тикиш технологиясини жорий этиш “жарроҳлик стресси”ни жиддий камайтириш имкони яратилган;

миомэктомияни ўтказишда бачадоннинг магистрал қон томирларини селектив боғлаш усулини жорий этиш орқали жарроҳлик вақтида ва ундан кейинги асоратларни камайтириш йуллари ишлаб чиқилган;

жарроҳлик аралашувларидан сўнг ИЛ-1 индукцияси асосида миометридаги яллиғланиш жараёнини эрта ташхислашнинг мезонларини жорий этиш миометридаги маҳаллий яллиғланиш жараёнлари ривожланиш хавфини прогноз қилиш ва даволаш-профилактика чора-тадбирларини ўтказиш илмий асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги 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 маълумотлар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти бачадон артерияларини боғлаш орқали миомэктомия ўтказиш зарурлигининг илмий асосланганлиги, жарроҳлик аралашувлари кетма-кет ўтказилганлиги, жарроҳликдан кейинги яллиғланиш-инфилтратив жараёнларини эрта ташхислашда ИЛ-1 дан фойдаланиш ва миоматоз тугунни тикишда қон оқимини сақлаб қолиш шароитлари яратилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти миомэктомияда жарроҳлик усулларини танлаш мезонлари бўйича таклиф этилган ёндашувлар, миоматоз тугунларини олиб ташлаш, тугун жойини тикиш ва бачадон артерияларини боғлаш бўйича янги технологиялар, консерватив миомэктомияни ўтказишда жарроҳликдан кейинги асоратларни эрта ташхислаш мезонлари республиканинг барча туғруқ марказларида қўлланишдан иборат.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Янги миомэктомия усулини ишлаб чиқиш бўйича олиб борилган илмий тадқиқот натижалари асосида:

«Бачадон миоматоз тугуни ўрнини тикиш усули» бўйича Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти (IAP 05170) олинган. Мазкур ихтиро натижасида бачадондаги жароҳатни тавсия этилган усулда тикиш орқали жарроҳлик вақтида ва ундан кейинги асоратларнинг олдини олишга имкон яратилган;

«Бачадон миомаси бўлган фаол репродуктив ёшдаги аёлларда лапаротомик йўл билан консерватив миомэктомиянинг янги усули» номли услубий тавсиянома ишлаб чиқилган ва тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 1 февралдаги 8н-м/1-сон маълумотномаси). Ушбу

тавсиянома бачадонида миома бўлган беморларни даволашда асосий қўлланма сифатида хизмат килган;

бачадон миомасини жарроҳлик йўли билан даволаш бўйича ишлаб чиқилган технология Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази, Жиззах, Навоий, Нукус ва Наманган вилоятлари перинатал марказлари клиник амалиётига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг йил 10 ноябрдаги 8н-д/50-сон маълумотномаси). Бунинг натижасида бачадон миомасини жарроҳлик йўли билан даволаш сифати ошган, жарроҳликдан кейинги асоратлар ва даволаш харажатлари камайган ҳамда беморлар ҳаёт сифатини яхшилашга эришилган.

Тадқиқот натижаларининг синовдан ўтиши. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманда, жумладан, 3 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 20 та илмий иш, шулардан 1 та ихтиро патенти, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 10 та мақола, жумладан, 7 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхати, иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 118 саҳифани ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсади ва вазифалари кўрсатилган, объект ва предмети тавсифланган, мавзунинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ҳамда амалий аҳамияти баён этилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилганлиги, чоп этилган ишлар ҳамда диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Бачадон миомаси этиопатогенези тўғрисидаги замонавий тасаввурлар, жарроҳлик йўли билан даволаш усулларини оптималлаштириш**» деб номланган биринчи бобида назарий фикрлар таҳлил қилинган ва бачадон миомаси патогенези асосий бўғинларига бағишланган тадқиқотлар тизимлаштирилган, репродуктив ёшдаги аёлларда ушбу патологияни даволаш бўйича баҳсли ва ҳал этилмаган муаммолар кўриб чиқилган, оператив акушерлик ва гинекологияда бачадон артериясини боғлаш усулининг қўлланиши, бачадондаги чандиқ ҳолатини аниқлаш усуллари, шунингдек, бу муаммонинг ҳал этилмаган ва аниқланиши керак бўлган турли жиҳатлари баён этилган.

Диссертациянинг «**Тадқиқотнинг клиник материали ҳамда протоколи**» деб номланган иккинчи бобида клиник материалнинг умумий тавсифи берилган, тадқиқот усуллари ҳақида маълумот келтирилган. Олдинга

қўйилган мақсад ва белгиланган вазифаларга эришиш учун тадқиқот бир неча босқичда амалга оширилган: 1) АваГ РИИАТМнинг оператив гинекология бўлимига 2005-2009 йиллар давомида бачадон миомаси белгилари билан келиб тушган 675 та репродуктив ёшдаги аёллар касаллик тарихларининг ретроспектив таҳлили келтирилган; 2) бачадон миомаси сабабли оператив даволанган 40 ёшгача бўлган 148 та аёлнинг комплекс текшируви ва жарроҳлик усулида даволаниши кўриб чиқилган.

Бемор аёлларнинг тадқиқотга жалб этилишига қуйидаги ташхислаш мезонлари бош сабаб бўлган: УТТ ва бимануал текширув натижаларига кўра бачадон миомаси аниқланиши; интерстициал ва интерстициал-субсероз, ўлчами 5 см ва ундан ортиқ бўлган миоматоз тугунлар жойлашуви; ҳайз келиши; беморнинг тадқиқотда иштирок этишга розилиги. Қуйидагилар беморларнинг тадқиқотдан чиқариб ташланишига бош сабаб бўлди: тадқиқотгача 6 ой давомида гормонал препаратлар қабул қилгани тўғрисидаги маълумотлар; тадқиқот давригача 1 ой давомида антибактериал препаратларни қабул қилганлиги тўғрисидаги маълумотлар; кичик чанок аъзоларида онкологик касалликлар аниқланиши; аёлнинг тадқиқотда иштирок этишидан бош тортиши.

Жарроҳлик усулига қараб бачадон миомаси бўлган аёллар 2 та гуруҳга ажратилган: 1-гуруҳ – биз таклиф этган миомэктомиянинг янги усулида операция қилинган 46 нафар бемор (асосий гуруҳ). Ушбу гуруҳдаги барча аёллар янги миомэктомия усулини қўллашга розилиги тўғрисидаги тилхат ёзиб берганларидан сўнг операция қилинди. 2-гуруҳ (назорат гуруҳи)ни анъанавий усулда операция қилинган 102 нафар бемор ташкил этди.

Иш давомида анамнестик кўрсаткичлар ўрганилди. Улар қуйидагилар: преморбид фон хусусиятлари, ирсий мойиллик, аввал ўтказилган ва ҳозирда мавжуд экстрагенитал ва гинекологик касалликлар, аввал ўтказилган гинекологик ва бошқа турдаги жарроҳлик аралашувлари. Аёл организмнинг махсус функциялари: менструал, жинсий ва репродуктив жиҳатларига алоҳида эътибор қаратилди. Мазкур касалликни ўрганиш давомида бачадон миомасининг аниқланиш вақти ва аниқлангандаги ўлчамлари ўрганилди, шикоятлар, касалликнинг ривожланиш тарихи, касаллик кечишидаги ўзига хосликлар, аввалги даволаниш тури ва унинг натижалари таҳлилга тортилди. Биринчи ҳайз кўриш кеч бошланиш кўрсаткичлари юқорилиги аниқландики (соғлом ёшдаги аёлларга қараганда 3,3 марта кўпроқ), бу, бизнингча, дисгормонал ўзгаришлар ва миоматоз тугунлар ривожланишини олдиндан белгилаб берган. Ҳайз кўриш муддати 3 кундан 10 кунгача давом этган, ўртача олиб қараганда $6,0 \pm 0,4$ кунни ташкил этган. Меноррагий типига кўра ҳайз кўриш циклининг бузилиши 64,9% аёлларда, кўп қон кўриш – 72,9% беморда, альгоменорея - 39,9% аёлда аниқланган, кичик тос органларини УТ текширув натижаларига кўра эндометрий гиперплазияси аниқланмаган. Текширувдан ўтказилган 148 та бачадон миомаси бўлган аёлнинг 45,2% ҳомиладор бўлмаган, текширилганларнинг 27% бир мартадан ҳомиладор бўлган, улардан фақат 50% туғруқ билан яқунланган, 12,2% аёллар икки марта ҳомиладор бўлган, улардан 16,7% ҳомиладорлик билан яқунланган, 10,8% аёл уч марта ҳомиладор бўлган (48 та ҳомиладорлик), 30

(62,5%) та ҳомиладорлик туғруқ билан яқунланган. Камдан-кам ҳолларда текширувдан ўтказилган аёллар 4 ва 5 марта ҳомиладор бўлган (жами 32 та ҳомиладорлик, улардан 37,5%и туғруқ билан яқунланган). Ўртача олганда ҳомиладорликлар сони $1,36 \pm 0,15$ га тенг бўлган. Бачадон миомаси ташхиси қўйилган аёлларда туғруқ сони ўртача $0,33 \pm 0,2$ ни ташкил этган.

Текширувдан ўтказилган аёлларнинг касаллик таҳлили натижасида болаликда касалликка чалиниш ёхуд экстрагенитал касалликни бошидан кечириш юқори даражаси аниқланди: нейроциркулятор дистония шаклидаги юрак-қон томир тизими патологияси (48,6%), турли даражадаги камқонлик (14,9%), турли даражадаги семизлик (8,8%), ошқозон-ичак тизими патологияси (8,1%) ва дисгормонал бузилишларга олиб келиши мумкин бўлган бошқа касалликлар. Текширувдан ўтказилган аёлларда шунингдек турли генитал касалликлар ҳам аниқланган: бирламчи (45,2%) ва иккиламчи (23,6%) бепуштлик.

Иш жараёнида лабораториявий текшируларнинг стандарт тўплами қўлланди, хавфли инфекцияларни бартараф этиш учун тестлар ўтказилди, электрокардиограмма ва кўкрак қафаси органларини рентгенологик текширув натижаларига кўра юрак ва ўпка аҳволи баҳоланди. Беморларнинг барчасида қириндиларни микроскопик текширувдан ўтказиш йўли билан флора табиати аниқланди, жинсий йўл билан ўтадиган инфекциялар культурал ва иммунологик текширувдан ўтказилди. Бачадон бўйнининг қин қисмидаги эпителий қириндиси цитологик жиҳатдан ўрганилди. Беморлар операциядан олдин терапевт ҳамда анестезиолог билан суҳбатлашди, суҳбат натижаларига кўра керакли мутахассиларга кўрсатмалар берилди.

Кичик чаноқ аъзоларини ультратовушли ва доплерометрик текширув «Toshiba» SSA-140, A-250, A-230 ва «Combison» фирмасининг ультратовушли аппаратларида амалга оширилган, трансабдоминал УТТ бачадоннинг узунлиги, эни, олд-орқа ўлчамларини аниқлаш имконини берадиган бўйлама, энлама, кўндаланг ва қия сканерлаш орқали амалга оширилди. Миома тугунлари миқдори, уларнинг ўлчамлари, тузилиши ва топографик жойлашуви аниқланган, эндометрий қалинлиги, бачадон бўшлиғининг миоматоз тугунлар билан деформацияланиши; тухумдонлар ўлчамлари ва тузилиши, шунингдек, кичик тосда бошқа ҳажмдор ҳосилалар бор-йўқлиги аниқланган ва баҳоланган.

Кольпоскопия 10 карра катталаштириш йўли билан «Leistgang» (Германия) фирмасининг TransFormer Тур4 моделидаги бинокуляр кольпоскоп ёрдамида амалга оширилди. Зарурат туғилганда бачадон бўйни биопсияси амалга оширилиб, кейинчалик биоптат морфолик текширилган.

Иммунофермент текширувлар ЎзФА Иммунология институтида ўтказилган. Проявлиғланиш цитокинлари миқдори «Вектор-Бест» (Россия, Новосибирск) тижорат тестлари ёрдамида иммунфермент таҳлил усулида аниқланди. Натижаларнинг миқдорий баҳоланиши Excel 2004 дастури ёрдамида амалга оширилган, бу оптик зичликнинг стандарт антиген учун концентрацияга боғлиқлигини кўрсатади. Тест-тизимлар кўрсаткичларидан фойдаланишда усулнинг сезgirлиги 2-30 пг/мл га тенг. Операциядан аввалги даврда бачадон

бўйни ва танаси шиллик қавати, шунингдек, операция аралашувлари натижасида олиб ташланган тўқималар гистологик ва цитологик текширувлари стандарт усуллар асосида АваГ РИИАТМ патоморфология лабораториясида амалга оширилган.

Текширув натижалари Pentium-IV шахсий компьютерида Microsoft Office Excel-2012 дастурий пакети ёрдамида статистик таҳлил учун дастурий таъминот воситасида қайта ишланди. Статистик аҳамиятли кўрсаткичлар сифатида $P < 0,05$ ишончлилиқ даражаси олинди.

Диссертациянинг «**Бачадон миомаси сабабли жарроҳик йўли билан даволанган аёллар касаллик тарихининг ретроспектив таҳлили, беморларнинг клиник тавсифи**» деб номланган учинчи бобида АваГ РИИАТМ оператив гинекология бўлими маълумотларига кўра касалликнинг тарқалиш частотаси ва тузилиши ретроспектив таҳлили натижалари ёритилган. АваГ РИИАТМ клиникасига 2005-2009 йилларда миома ташхиси билан келиб тушган барча аёллардан (1496 аёл) 675 (45,1%) таси бачадон миомаси сабабли жарроҳлик орқали даволанган. Текширувдан ўтказилган беморларнинг 217 таси эрта репродуктив ёшда бўлиб (40 ёшгача), 32,1%ни ташкил этган. Ёшига қараб, бачадон миомаси бўлган барча аёллар 2 та гуруҳга ажратилган: 1-гуруҳ – 217 (32,1%) та репродуктив ёшдаги беморлар (40 ёшгача), уларнинг ўртача ёши $34,37 \pm 0,09$ ни ташкил этди, 2-гуруҳни 458 (67,9%) нафар пери- ва менопаузали ёшдаги аёллар (40 ёшдан ортиқ) ташкил этиб, уларнинг ўртача ёши $47,27 \pm 0,09$ ёшни ташкил этган.

Иккала ёш тоифасида турли даражадаги қон кетишлар (47,5 ва 61,1%), қорин пастидаги турли даражадаги оғриқлар (38,2 ва 41,9%), миоматоз тугун ўсиши (53,5 ва 58,5%), кўшни органлар функцияси бузилиши (2,3 ва 2%), бирламчи ва иккиламчи бепуштлик (9,2 ва 0,9%, гуруҳларга мувофиқ) бачадон миомасининг асосий клиник белгиси сифатида намоён бўлди (1-жадвал).

УТли текширувда миоматоз тугунлар ўлчамлари асосан 10 ҳафтагача (43,1%) ва 11 дан 20 ҳафтагача бўлган (52,6%).

1-жадвал

Турли ёш тоифасидаги аёлларда миома клиник белгиларининг учраш даражаси

Аёллар ёши	1-гуруҳ, n=217		2-гуруҳ, n= 458		Жами, n=675	
	n	%	n	%	n	%
Қон кетишлар	103	47,5*	280	61,1	383	56,7
Оғриқлар	83	38,2	192	41,9	275	40,7
Миоматоз тугун ўсиши	116	53,5	268	58,5	384	56,9
Бошқа органлар функциялари бузилиши	5	2,3	9	2,0	14	2,1
Бепуштлик	20	9,2*	12	0,9	32	4,7

Изоҳ: * - 1- ва 2-гуруҳ кўрсаткичлари ўртасидаги фарқ ишончли.

2005-2009 йиллар давомида бачадон миомаси бўлган аёлларда асосан радикал жарроҳлик усуллари қўлланган. Масалан, 84,4% аёлларда радикал

операциялар амалга оширилган, уларнинг аксарияти пери- ва менопаузали аёлларнинг 95,8%ида ўтказилган бўлиб, репродуктив ёшдаги аёллар гуруҳида эса 60,4% аёлларда бажарилган. Миомэктомия лапаротомик ёки лапароскопик кириш орқали репродуктив ёшдаги 13,9 ва 0,9% аёлларда миомани жарроҳлик усулида даволаш миомэктомия ўтказиш орқали амалга оширилган (38,7% аёлда), бу 8,8 баравар кўп демакдир, $P < 0,001$). Бунда операциялар асосан лапаратом кириш воситасида амалга оширилган (лапароскопик киришга қараганда 15,44 баравар кўпроқ, $P < 0,001$). Аксарият ҳолларда, аёлларда миомэктомия ўтказиш режалаштирилганига қарамай, айрим аёлларда операция давомида оператив аралашув ҳажмини субтотал ва тотал гистерэктомиягача ошириш эҳтиёжи туғилди. Бунда операцияни ҳажмини кенгайтиришга кўпинча кўп сонли миоматоз тугунлар сабаб бўлган, айниқса миоматоз тугунлар аралаш кўринишда жойлашган бўлса. Катта ўлчамли интрамурал жойлашган миоматоз тугунлар энуклеацияси мураккабликлари пайдо бўлиши, операция муддати чўзилиши, интраоперацион қон кетиш ҳажми ортишига олиб келган. Операция пайтида операция аралашуви туридан қатъи назар асосан орка мия анестезияси қўлланган (83,7% ҳолатларда). Операция давомийлиги турлича бўлган: 30 дақиқадан 90 дақиқাগача. Улар операция аралашуви ҳажмига қараб 45 дан 60 дақиқাগача давом этган ва ўртача $79,4 \pm 2,4$ дақиқани ташкил этган, бу кўрсаткич айниқса катта ёшдаги аёлларда кўпроқ учрайди. Бизнингча, тотал гистерэктомия ва унинг ўсимталарини олиб ташлаш кўринишидаги ҳажмдор операция аралашувлари билан боғлиқ бўлган. Катта ёшдаги аёллар гуруҳида операция вақтида қон йўқотиш ҳажми репродуктив ёшдаги аёллар гуруҳига қараганда юқори бўлган ва ўртача $240,8 \pm 10,7$ мл ни ташкил этган.

Ретроспектив текширувлар юзасидан олинган натижалар бизнинг минтақада репродуктив ёшдаги аёллар ўртасида бачадон миомаси ва уни жарроҳлик усули билан даволаш даражаси ортиб бораётганини кўрсатмоқда. Бу ёшдаги аёлларнинг репродуктив функцияни йўқотишига олиб келувчи тотал ва субтотал гистерэктомия улуши миома сабабли лапаротомик кириш билан амалга ошириладиган операция аралашувлари умумий сонининг ярмидан ортигини ташкил этади. Юқорида келтирилган маълумотлар кўплаб миоматоз тугунлари бўлган репродуктив ёшдаги аёлларда репродуктив функцияни сақлаб қолиш масаласини кўриб чиқиш лозимлигини кўрсатади.

Шу муносабат билан биз назорат (102 та бемор) ва асосий (46 та аёл) гуруҳдаги репродуктив ёшдаги аёлларда касалликнинг клиник кечишини таҳлил қилдик. Асосий ва назорат гуруҳларида миома кўпи билан 2 йил аввал аниқланган.

Шу билан бирга бачадон ихчамлиги текширувдан ўтказилган аёлларда катта фарқ билан кузатилган: 2 ҳафтадан 22 ҳафтагача. Назорат ва асосий гуруҳдаги аёлларнинг 64,7 ва 60,9%ида бачадон ихчамлиги ўлчамлари 10 ҳафтагача бўлган, 34,3 ва 32,6% беморларда 11 дан 20 ҳафтагача бўлган ва фақат айрим ҳоллардагина уларнинг ўлчамлари 20 ҳафтадан ошган. УТ ли текширувда яқка миоматоз тугунлар гуруҳларга мос равишда 51 ва 67,4% аёлларда, кўп сонли миоматоз тугунлар 49 ва 32,6% аёлларда учраган. Текширувдан ўтказилган

аёлларда миоматоз тугунлар миқдори 1 дан 22 оралиғида бўлиб, назорат ва асосий гуруҳдаги аёлларда ўртача $5,2 \pm 0,8$ ва $3,3 \pm 0,6$ га тенг бўлган. Назорат ва асосий гуруҳдаги беморларнинг 54,9 ва 67,4% да миоматоз тугунлар ўлчамлари 6-10 см оралиғида бўлган. Якка миома ҳолларида тугунларнинг минимал ҳажми диаметри 5 см га, максимал ҳажми диаметри эса 35 см га тенг бўлган ва ўртача $13,12 \pm 0,48$ ва $12,88 \pm 0,71$ см ни ташкил этган. Кўп сонли миомада назорат гуруҳидаги беморларда тугунларнинг минимал ҳажми диаметри 0,5 см дан 10 см гача бўлган, ўртача $3,12 \pm 0,23$ см га тенг бўлган; максимал ҳажми диаметри 6,5 см дан 14 см гача бўлиб, ўртача $9,94 \pm 0,63$ см ни ташкил этган. Асосий гуруҳ беморларида тугунларнинг минимал ҳажми 0,5 см дан 5 см гача бўлган, ўртача – $3,47 \pm 0,33$ см га тенг бўлган, тугунларнинг максимал ҳажми диаметри 5 см дан 20 см гача бўлган, ўртача $9,71 \pm 0,77$ см ни ташкил этган. Тугунларнинг ўсиши (1 йил давомида 4 ва ундан ортиққа ўсиши) 62,7 ва 54,3% аёлларда кузатилган.

УТ-текширувлар миоматоз тугун жойлашуви вариантыни аниқлаш имконини берган. Масалан, аёлларнинг умумий гуруҳида миоматоз тугунлар асосан интерстициал жойлашган (69,6% ҳолатда). Тугунларнинг субмукоз ва субсероз жойлашув вариантлари текширилган аёлларнинг 5,4 ва 3,4%ида аниқланган. Бунда биз гуруҳларда маълум фарқланишлар борлигини аниқладик: улар асосий гуруҳ аёлларда кўпроқ бўлиб, назорат кўрсаткичларидан мос равишда 1,33 ва 10,9 баробар ортиқ бўлган, чунки миоматоз тугуннинг субсероз жойлашуви назорат гуруҳида аниқланмаган. Кўпгина ҳолларда текширувдан ўтказилган беморларда миоматоз тугунлар жойлашувининг аралаш вариантлари кузатилган. 30,4 ва 69,6% аёлларда тугунлар асосан бачадоннинг олд деворида жойлашган бўлиб, 25,5 ва 13% ҳолларда бачадоннинг орқа деворида кузатилган. 31,8% беморда миоматоз тугунлар бачадоннинг турли қисмларида жойлашган. Операция қилинган аёлларнинг операциядан кейинги материални патоморфологик текшириш натижалари атипия белгилари бўлмаган лейомиоматоз тугунлар борлигини кўрсатди (74,1%).

Диссертациянинг «**Бачадон миомасини жарроҳлик усулида даволаш усуллари**» деб номланган тўртинчи бобда биз ишлаб чиққан лапаротомик миомэктомия янги усули, жарроҳлик усулида даволаш натижалари ҳақида маълумотлар келтирилган.

Лапаротомик миомэктомия бажариш техникасининг асосий тамойиллари.

Қорин бўшлиғига кириш Джоэль-Коэн бўйича кўндаланг кесик орқали ва айрим ҳолларда қуйи ўрта кесик орқали амалга оширилган. Қорин бўшлиғи очилганидан сўнг кичик чаноқ аъзолари текширувдан ўтказилиб, жарроҳлик вазияти баҳоланди. Визуал ва пайпаслаш орқали миоматоз тугунлар миқдори, ҳажми ва жойлашуви аниқланган.

Бачадонни мустаҳкамлаш туби томонидан тикиш орқали амалга оширилади. Шу мақсадда бачадон текширилганда бачадонни мустаҳкамлаш учун фойдаланган тугун (кўпинча энг катта ёки қулай жойлашган тугун)ни аниқладик.

Бачадон артерияларини боғлаш. Миомэктомия бажаришдан аввал интраоперацион қон кетишлар ҳажми ортишининг олдини олиш ва кичик

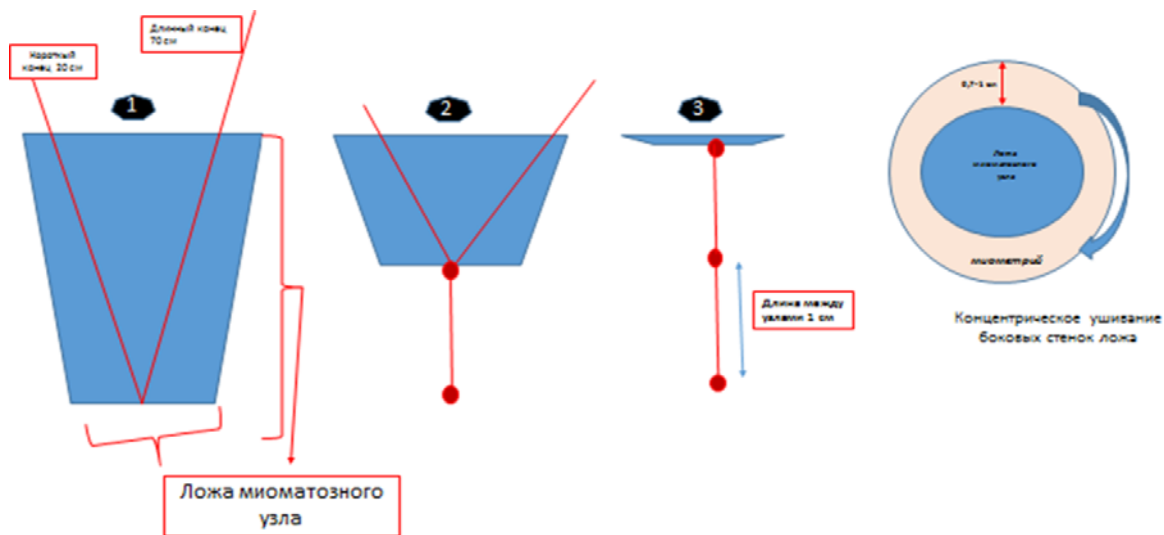
тугунларни ҳам кўриш ва сезиш имконини берадиган оптимал операция майдонини ҳосил қилиш учун биз бачадон қон томирларини боғладик. Боғлаш тактикаси қуйидагидан иборат: бунинг учун бачадон тўқимасини қовурға яқинида, бачадон артериясининг юқориловчи тармоғи тўғрисида, бачадон тўқимасининг бир қисми лигатурага тушадиган қилиб тикилади. Нина бурчаги бачадонга нисбатан 90° ни ташкил этиши керак. Шу нинанинг орқага ҳаракати билан бачадондан 2 см нарида, бачадон артерияси лигатура илмоғига кирадиган қилиб қон томирлар йўқ жойдан бачадоннинг кенг боғлами тешилди. Лигатура боғланган. Иккинчи томондан ҳам худди шундай муолажа бажарилган.

Бачадонни кесиш. Бачадонни кесиш йўналишларини танлашда миоматоз тугунлар жойлашуви, миқдори, чуқурлиги, миометрий ва қон томирлар архитектуронасини эътиборга олдик.

Тугунлар энуклеацияси ўткир ва ўтмас йўллари билан амалга оширилган. Кўндаланг кесилгандан сўнг бачадон девори тугуни юқори қисми миометрий ҳудудлари ёндашган тугундан ажратилди. Сўнг тупфер билан капсула сурилиб, ўткир йўл билан толали улагичлар кесилиб, тугун энуклеацияланди. Тугун капсуласи элементлари бачадон девори мускул структураларининг элементлари эканлигини ҳисобга олиб, уларни кесмадик. Капсуланинг кесилган ҳудудлари тез қисқариб, уларнинг қалинлиги 2-3 барабар ошган, бу уларнинг функционал тўлақонлигидан далолат беради.

Бачадондаги ярани тикиш учун ўзимиз модификациялаган узлуксиз циркуляр чокдан фойдаландик (Расм 1). Бачадонга чок туширишда атрауматик нинадан фойдаланиб, фақат синтетик сўрилувчан № 1 рақамли тикиш материални қўладик. Чокни боғлаб, лигатуранинг калта учини ўртадан ташқарига чиқардик, иккинчи узунроқ учи билан яра ўрнининг ён деворларини концентрациялаб тикдик, ҳар бир чокдан сўнг боғладик. Бунда чок сони тугун катталиги ҳамда унинг чуқурлигига боғлиқ бўлган. Тикишнинг сўнгги чоки субсероз бажарилиб, қорин бўшлиғига чиқарилмади. Лигатура учларини боғлаб, яра ўрни бўшлиғига киритиб қўйдик. Шу тариқа яра ўрни деворлари ҳам горизонтал, ҳам вертикал йўналишда максимал тортилдики, бу кейинчалик тўлақонли чандик ҳосил қилиш имконини берган. Бу репродуктив функцияни яхшироқ сақлаб қолиш имконини берган. Бачадон юзасида лигатураларнинг йўқлиги қорин бўшлиғида битишмалли жараёнлари эҳтимолни камайтиради.

Шу тариқа, олинган маълумотлар миома ўрнини минимал тикиш бачадонда қўпол чандик ҳосил бўлишининг олдини олади, ва ўз-ўзидан чандикда бурмалар ҳосил бўлишига йўл қўймайди. Бачадон артерияларини сўрилувчи материал билан селектив боғлаш жарроҳ учун операция аралашуви вақтида оптимал шароит яратишини кўрсатди, бу эса интраоперацион қон йўқотишнинг олдини олиш, операция вақтини қисқартиришга ёрдам беради ва энг асосийси операция вақтида операцион усулларни қийинлаштирувчи айрим сабабларни бартараф этади, бундан ташқари, бачадон чандиғи атрофида қон айланшини тиклашга ёрдам беради ва бу унинг тез битишига имкон беради.



Расм 1. «Миоматоз тугунни тикиш усули» № IAP 05170 2016 йил 15 февралда Ўзбекистон Республикасида интеллектуал мулк учун патент олинган.

Такдим этилган миомэктомия усули интраоперацион кон йўқотишнинг пасайишига сабаб бўлди ва, бизнингча, бу кенгайган қон қуйилишининг олдини олиб, йирик бачадон қон-томирларини боғлаш билан боғлиқ.

Биз ишлаб чиққан таклиф этилган усул бўйича кўрсатма қуйидаги ҳолатларда амалга оширилди:

- миоманинг катта ўлчамларида (55,1%),
- миоматоз тугун ўчоқлари, бачадоннинг кенгайган ва деформацияланган бўшлиғи (интерстициал центрипетал ўсиш билан) (55,1%),
- ўсманинг тез ўсиши (37%),
- беморларнинг анемизацияси (27,8%),
- бепуштлик (27,8%),
- тугунларнинг атипик (паст ёки интралигаментар) жойлашуви (10,7%),

Таклиф этилган усул бўйича миомэктомияни амалга оширишнинг қарши кўрсатмаларини биз мутлақ ва нисбийга бўлдик.

Мутлақ қарши кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- текширилаётган беморларда рак олди ва бачадон бўйни, эндометрия, тухумдон ва бошқа органларнинг хавфли касалликлари аниқланганда;
- миоманинг хавфли тури пайдо бўлиши тахмин қилинганда;
- бачадон миомасининг аденомиозанинг диффуз билан келганлиги;
- жинсий органларда йирингли яллиғланиш жараёнининг мавжудлиги;
- юқумлилик белгиси бор тугунлар некрози.

Нисбий қарши кўрсатмаларга операция самараси паст бўлган ва асоратлари хавфи юқори бўлган ҳолатлар киритилди:

- 40 ёш ва ундан юқори ёш;
- илгари жинсий органларда операция амалга оширилган кейин акс этган чандиқ жараёни ёки яллиғланиш касалликлари;
- аденомиоз тугунлари билан бачадон миомасининг борлиги;

Диссертациянинг “Бачадон миомасини операцион даволашнинг ишлаб чиқилган техникаси самарадорлигини баҳолаш” деб номланган бешинчи бобида ишлаб чиқилган усулни қўллаш самарадорлигини баҳолаш натижалари акс эттирилган. Биз таклиф этган миомэктомия усули самарадорлигини операциягача, шунингдек, операция аралашувидан кейинги 3 ва 5 кунда динамикада клиник жиҳатдан, инструментал ва лабораториявий баҳолаш. Шундай қилиб кузатувимиз бўлган беморларнинг (асосий гуруҳ) даволаниш куни максимум 5 кун бўлди, таққослаш гуруҳиники 7 кунгача чўзилди. Бунга сабаб операциядан кейинги эрта даврда тана ҳароратининг кўтарилиши ва операциядан кейинги яранинг 7-8 кунга бориб битиши бўлди. Назорат гуруҳига нисбатан асосий гуруҳдаги аёлларда операциядан кейинги биринчи яра битиши 4-5 кунда белгиланди. Миомэктомия олиб боришда ҳарорат кўтарилиши ва яллиғланиш жараёнларининг ривожланиши назорат гуруҳига нисбатан кам бўлган ва бу беморларнинг стационар даволаниш муддатларининг қисқариши билан боғлиқ.

Яллиғланиш реакцияси шаклланиш механизмида яллиғланишга қарши цитокинлар муҳим аҳамиятга эга. Улар яллиғланиш жараёнининг жадаллигини акс эттиради ва уларнинг мезони сифатида хизмат қилиши мумкин. Шунга кўра операциядан кейинги даврда уларнинг зардобдаги миқдорини динамикада ўрганишга қизиқиш уйғонди. Ўтказилган тадқиқот натижасида бачадонда миома бўлган аёлларда операциягача бўлган даврда ИЛ-1 миқдори ошишга мойиллиги белгиланди. Қон зардобда ИЛ-6 миқдорининг мутлақо соғлом аёлларга нисбатан 2,38 марта ($P < 0,001$) ва асосий ҳамда назорат гуруҳдагиларга нисбатан 2,37 марта ($P < 0,001$), ФНО- α гуруҳларга мос равишда – 2,14 ($P < 0,001$) ва 2,01 марта ($P < 0,001$) ошган. Ўрганилаётган цитокинларни батафсил таҳлил қилиш улардаги ўзгаришларининг айрим хусусиятларини кўрсатди. Хусусан, агар ИЛ-1 миқдорининг норматив меъёрдан ортгани асосий ва назорат гуруҳдаги 15,4 ва 11,1% аёлда белгиланган бўлса, ИЛ-6 миқдори 92,3% ($P < 0,001$) ва 88,9% ($P < 0,001$) беморда, ФНО- α бўлса мос равишда –76,9 ($P < 0,01$) ва 77,8% ($P < 0,01$) аёлларда ошган, яъни бачадон миомаси бўлган аёлларда айнан ушбу цитокинларнинг ошиши хос.

Тадқиқотимизнинг кейинги босқичи миомэктомиядан сўнг яллиғланишга қарши цитокинлар миқдорини динамикада ўрганиш бўлди. Ушбу режа асосида олиб борилган тадқиқот миомэктомиядан сўнг 3-кунда цитокинлар миқдорининг сезиларли ошганини кўрсатди (2-жадвал) кейинчалик уларнинг 3-кунга нисбатан айрим пасайишга мойиллиги белгиланди. Таъкидлаш лозимки, ИЛ-1нинг миомэктомиядан сўнг 3-кунда юқори кўрсаткичи фақат 55,5% текширилган аёлларда белгиланди, шунда ИЛ-6 ва ФНО- α нинг юқори кўрсаткичи барча операция қилинган беморларда белгиланди.

Цитокинлар миқдори, айниқса ИЛ-1нинг қиёсий таҳлили операциядан кейинги яллиғланиш реакцияларининг ривожланишида унинг прогностик аҳамитини кўрсатди. Асосий гуруҳда цитокинлар миқдорини таҳлил қилиш бошланғич параметрларга нисбатан цитокинларнинг экспрессиясини кўрсатди, бироқ уларнинг даражаси назорат гуруҳига нисбатан сезиларли паст бўлган.

Тадқиқотнинг 5-кунида цитокинлар миқдори бошланғич параметрлардан сезиларли фарқланмади. Бу операция амалга оширилган аёлларда эрта яллиғланиш реакцияси ва гипертермия мавжудлигига мос келади.

2-жадвал

Миомэктомиядан сўнг яллиғланишга қарши цитокинларнинг динамикадаги ҳолати ($M \pm m$)

Гуруҳлар ва тадқиқот муддати (сутка)	Цитокинлар таркиби, пг/мл		
	ИЛ-1	ИЛ-6	ФНО- α
Мутлақо соғлом	1,41 \pm 0,11	2,06 \pm 0,17	1,02 \pm 0,06
Назорат гуруҳи:			
Операциягача	1,48 \pm 0,17	4,91 \pm 0,40 ^a	2,19 \pm 0,22 ^a
Операциядан сўнг 3-сутка	2,01 \pm 0,13 ^b	7,54 \pm 0,94 ^{a,b}	2,95 \pm 0,31 ^a
Операциядан сўнг 5-сутка	1,97 \pm 0,19 ^a	6,56 \pm 0,58 ^{a,b}	2,66 \pm 0,27 ^a
Асосий гуруҳ			
Операциягача	1,64 \pm 0,15	4,88 \pm 0,35 ^a	2,05 \pm 0,17 ^a
Операциядан сўнг 3-сутка	1,90 \pm 0,09	5,46 \pm 0,42 ^{a,b}	2,30 \pm 0,21
Операциядан сўнг 5-сутка	1,53 \pm 0,10 ^a	3,82 \pm 0,32 ^{a,b,b}	1,93 \pm 0,21 ^{a,b}

Изоҳ: а – статистик жиҳатдан мутлақо соғлом аёллар кўрсаткичларига нисбатан ишончли, $p > 0,05$; б – статистик жиҳатдан бошланғич даража билан таққослаганда ишончли, $p > 0,05$; в – статистик жиҳатдан назорат гуруҳи кўрсаткичлари билан таққослаганда ишончли, $p > 0,05$.

Олинган маълумотларга асосланиб биз операция аралашувидан сўнг миометрида яллиғланиш жараёнини эрта ташхислаш мезонларини ишлаб чиқдик. Биз ИЛ-1 миқдори операциягача ошмагани ва яллиғланиш реакцияси аёлларда дастлаб белгиланмаганидан келиб чиқдик. Шунга қарамай ушбу цитокин миқдори қон зардобидан кенг фарқланиш билан: 0,81дан 2,86 пг/мл гача ўзгариб турган. Шунга кўра, биз уларнинг градацияси амалга оширишга қарор қилдик: 1,6 пг/мл гача – 0 балл – яллиғланиш реакциясининг йўқлиги, 1,7дан 2,5 пг/мл гача – 1 балл – яллиғланиш жараёни ўчоқларининг ривожланиш хавфи, 2,6дан 3,4 пг/мл гача – 2 балл – ўртача маҳаллий яллиғланиш жараёнининг мавжудлиги, 3,4 пг/мл дан юқори – миометрида яққол акс этган яллиғланиш жараёнининг мавжудлиги. Бундай градацияга асосланиб биз ИЛ-1 нинг зардобдаги миқдори натижаларини таҳлил қилдик.

Келтирилган материаллардан кўришиб турибдики, операциягача бачадон миомаси бўлган кўпчилик беморларда яллиғланиш реакцияси ўчоқларининг ривожланиш хавфи йўқлиги белгиланди, фақат асосий гуруҳдаги 30,8 ва 7,7% аёлларда яллиғланиш реакцияси ва хавф белгиланди. Операциядан кейин 3-суткада 66,7% беморда яллиғланиш реакцияси ривожланиш хавфи, 22,2% беморда эса – мўътадил акс этган яллиғланиш жараёни белгиланди. Бироқ улар клиник жиҳатдан пайдо бўлмаган, беморларда дискомфорт, субфебрилитет ва бошқа белгилар пайдо бўлган. Уларни даволаш бошланғич яллиғланиш реакция белгиларини йўқ қилишга ёрдам берди, ИЛ-1 миқдори бунда 5-суткада 22,2% аёлда юқори кўрсаткичда сақланиб қолди, бу эса инфилтратив-яллиғланиш реакциясининг сақланиб қолганлигини кўрсатади. Хавф мавжуд бўлган гуруҳ

аёлларини ўз вақтида даволаш юқорида кўрсатилган белгиларни бартараф этишга ёрдам берди, бироқ улар операция қилинганларнинг 33,3%ида сакланиб қолди ва узоқ муддат даволашни талаб этди. Асосий гуруҳдаги аёлларда операциядан кейин 3-кунда 84,6% беморда инфилтратив-яллиғланиш жараёнининг ривожланиш хавфи белгиланди, лекин улар клиник жиҳатдан пайдо бўлмаган. Ўз вақтида даволашнинг 5-кунида хавф мавжуд бўлган беморлар сонининг 30,8%гача пасайишига олиб келди.

Қон зардобида ИЛ-1 даражаси миқдори бўйича яллиғланиш-инфилтратив ўчоқларининг падо бўлишини эрта ташхислаш мезонлари: 1,6 пг/мл гача – хавф йўқлиги; 1,7-2,5 пг/мл (норматив меъёрдан 1,2-1,6 марта ошиши) – яллиғланиш жараёнларининг ривожланиш хавфи; 2,6-3,4 пг/мл (норматив меъёрдан 1,65-2,12 марта ошиши) – миометрида мўътадил яллиғланиш-инфилтратив жараёнларнинг мавжудлиги; 3,6 пг/мл ва юқори (норматив меъёрдан 2,2 мартадан кўпроқ ошиши) – операция қилинган беморлар миометрийсида яққол намоён бўлган яллиғланиш-инфилтратив жараёнларнинг мавжудлиги.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ИЛ-1 миқдори градацияси бўйича миометрида яллиғланиш жараёни ўчоқларининг ривожланиш хавфини прогнозлаш ва даволаш-профилактика чораларини олиб бориш мумкин. Ушбу градацияни операциядан кейинги яллиғланиш-инфилтратив пайдо бўлишни эрта аниқлаш мақсадида гинекология бўлимларига кенг жорий этиш мумкин. Юқоридагиларни ҳисобга олиб, хулоса қилиш мумкинки, миомэктомия “жарроҳлик стресси”ни келтириб чиқармайдиган, кам шикастли усул ҳисобланади. Бу эса иммун тизимининг ишлаш ҳолати маркерлари мидори даражасининг ўзгармаслиги ва асосий гуруҳдаги аёлларда яллиғланишга қарши цитокинлар ИЛ-1, ИЛ-6 ва ФНО- α ҳимоя реакцияларининг ривожланишини исботлайди.

Миомэктомиянинг асосий мақсади репродуктив аъзони сақлаш, шунингдек, аёлларнинг репродуктив функциясини тиклашдан иборат.

ХУЛОСА

1. Репродуктив ёшдаги бачадон миомаси бўлган аёлларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлилдан ўтказилганда, бирламчи ва иккиламчи бепуштлик даражаси юқори эканлигини кўрсатди (45,3 ва 23,6%). Қуйидагилар беморларда операция ўтказишга кўрсатма бўлган: бепуштлик, миоматоз тугунларнинг тезда ўсиши (35%) ва менометрорагия (15%). Бачадон миомаси сабабли радикал жарроҳлик ўтказиш улуши 60,4% ни ташкил этиб, миомэктомия 14,8% да кузатилди.

2. Миоматоз тугун жойини тикиш бўйича таклиф этилган янги технология мускул тўқималарини тикилган ва ёндош худудлар ишемиясиз репозиция ҳолида сақлаб туриш имконини беради, қон билан таъминланиш бузилмаганлиги сабабли бачадон ташқи юзасида қўпол чандиқлар ҳосил бўлишининг олдини олади, бачадон ташқи юзасида чокларнинг йўқлиги битиш жараёнлари ривожланиши хавфини камайтиради ва репродуктив функцияни сақлаб қолиш имконини беради.

3. Миомэктомия ўтказишда бачадондаги икки жуфт магистрал қон томирни боғлаш ушбу қон айланиш ўзанидаги қон кетишини вақтинча тўхтатишга олиб келади, жарроҳлик вақтида ва ундан кейинги қон кетиш даражасини камайтиради, жарроҳлик амалиёти давомийлигини қисқартиради, жарроҳлик усулини мураккаблаштирувчи сабабларни бартараф этади ва жарроҳликдан кейинги асоратларни олдини олиш имконини беради.

4. Бачадон миомаси бўлган аёлларда ИЛ-6 ва ФНО- α яллиғланишга хос цитокинлари синтези кучаяди; ИЛ-1 миқдори эса деярли ўзгармайди. Жарроҳлик аралашувлари яллиғланишга хос цитокинлар миқдорини оширади. Биз қўллаган миомэктомия усули камжароҳатли бўлиб, “жарроҳлик стресси”ни келтириб чиқармайди, бу эса цитокинлар миқдорининг кам ўзгариши ва ҳарорат реакцияси билан исботланади.

5. ИЛ-1 индукцияси асосида жарроҳлик аралашувларидан сўнг миометрийда яллиғланиш жараёнларини эрта ташхислаш мезонлари ишлаб чиқилди, унинг миқдори меъёрий кўрсаткичлардан ошмади. ИЛ-1 миқдорининг ўсишига кўра миометрийда маҳаллий яллиғланиш жараёнлари ривожланиш хавфини башорат қилиш ҳамда даволаш-профилактика тадбирларини ўтказиш кераклиги исботланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
ДОКТОРА НАУК 16.07.2013.Тib.18.01 ПРИ ТАШКЕНТСКОМ
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И
ГИНЕКОЛОГИИ**

ЮЛДАШЕВ САНЖАР КЕЛДИЯРОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ
ВОЗРАСТЕ**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2018

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2017.1.PhD/Tib13.

Докторская диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом центре акушерства и гинекологии.

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

Научный руководитель:	Алиева Дилфуза Абдуллаевна доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Султанов Саидазим Насирович доктор медицинских наук, профессор Аюпова Фариди Мирзаевна доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Ташкентский институт усовершенствования врачей

Защита состоится «__» _____ 2018 г. в ____ часов на заседании научного совета DSc.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: mail@tashpmi.uz)

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.
(реестр протокола рассылки № __ от _____ 2018 года).

А. В. Алимов

Председатель научного совета по присуждению
учёной степени доктора наук, д.м.н., профессор

Э.А.Шамансурова

Ученый секретарь научного совета по присуждению
учёной степени доктора наук, д.м.н., профессор

Д.И. Ахмедова

Председатель научного семинара при научном совете
по присуждению учёной степени доктора наук, д.м.н.,
профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Миома матки является одной из наиболее часто встречающейся доброкачественных опухолей женской половой сферы. Миома матки составляет 25-30% в структуре гинекологической заболеваемости, причем от 20% до 40% из них числа составляют женщины репродуктивного возраста. По данным ВОЗ частота миомы матки в популяции составляет 35%¹. В последние годы отмечена тенденция к «омоложению» данной патологии; возрастает число женщин, страдающих этим заболеванием, в активном репродуктивном периоде (в возрасте до 30 лет). Частота ее в этой возрастной группе составляет 13-27%.

Во всём мире в этом направлении также ведутся научные исследования. Однако и в настоящее время существует много нерешенных и противоречивых вопросов, касающихся техники операции, выбора места и направления разреза на матке, используемого шовного материала и обеспечения условий для формирования полноценного рубца на матке. Важнейшее значение в решении этих проблем имеет разработка и совершенствование методов органосохраняющего лечения миомы матки, что связано возрастающей потребностью женщин в решении репродуктивных проблем и нормального функционирования организма женщин.

В нашей стране на сегодняшний день проводятся целевые реформы по поднятию на новый уровень медицинского обслуживания. В Стратегии Действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017–2021 годы определены следующие задачи, как «укрепление здоровья семьи, охрана материнства и детства, расширение услуг медицинской помощи детям и матерям, оказания им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, предпринять в широком масштабе меры по снижению младенческой и детской смертности»² Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан «О мерах по усовершенствованию системы защиты материнства и детства в Узбекистане на период 2016-2020 гг.» подтвержденный ПП-№4947 от 7 февраля 2017 года и Указе Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республике Узбекистан на период 2017-2021гг.» подтвержденный УП-№3071 от 20 июня 2017 года и других нормативно-правовых документах.

¹ ВОЗ, 2014, Khaund, Lumsden, 2008; Jaslow, 2014).

² Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017–2021 годах» от 7 февраля 2017 года.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Миома матки является одной из наиболее часто встречающейся доброкачественных опухолей женской половой сферы. По данным большинства исследователей гистерэктомия остаётся основным видом оперативного вмешательства (81-92%) при лечении миомы матки (Адамян Л.В., 2008; Ланчинский В.И., Долецкая Д.В., Краснопольский В.И., Вихляева Е.М., С.А.Петракова и соавт.). Известно, что в результате радикальных операций молодые женщины лишаются возможности реализовать детородную функцию, у них развиваются психоэмоциональные расстройства, появляются нейроэндокринные осложнения (Коржуев С.И., Ланчинский В.И., Пашков В.М., Вихляева Е.М.). По данным S.Angioni и соавт. частота наступления беременности после лапароскопической миомэктомии и абдоминальной миомэктомии при отсутствии прочих факторов бесплодия примерно одинакова и составляет около 50%.

В последние годы широко обсуждаются вопросы возможности и целесообразности выполнения органосохраняющей операции у пациенток с миомой матки репродуктивного возраста. Существуют различные мнения о целесообразности проведения миомэктомии при больших размерах матки и обнаружении большого количества миоматозных узлов. По мнению Н.П. Васильченко проведение миомэктомии возможно независимо от размеров опухоли и ее локализации.

В исследованиях, проведенных в стране мы не нашли сведений по применению при миомэктомии перевязки маточных артерий, накладывания шва в матке после миомэктомии, которые уменьшили спаечные процессы в матке и способствовали бы сохранению репродуктивной функции женщин. Необходима дальнейшая разработка критериев отбора больных для операции миомэктомии. Требуют дальнейшей разработки мероприятия, направленные на обеспечение оптимальных условий по формированию полноценного послеоперационного рубца, как важного фактора профилактики разрывов матки при последующих беременностях и родах, поиск более надежных способов профилактики кровопотери и послеоперационных воспалительных осложнений. Решение этих проблем имеет не только научно-практическое, но и социальное значение. Все это требует дальнейшего продолжения направленного изучения по этим вопросам.

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.

Диссертационная работа входит в план НИР Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерства и гинекологии по программе: ИТСС.3.1 «Разработка хирургического метода сохранения репродуктивной функции и

послеоперационной реабилитации женщин с миомой матки» (2010-2012 гг.)

Целью исследования является усовершенствование техники оперативного вмешательства и разработка новых методов хирургического лечения миомы матки для сохранения репродуктивной функции.

Задачи исследования:

определение частоты операции по поводу миомы матки в структуре оперативных вмешательств в РСНПМЦ АиГ за период 2003-2009гг и изучения их результатов;

разработка новой технологии ушивания ложа миоматозного узла при миомэктомии у женщин репродуктивного возраста;

проведение сравнительного анализа течения операции и раннего послеоперационного периода у женщин, перенесших миомэктомию в зависимости от вида перенесенного оперативного вмешательства;

оценка информативности клинических и иммунологических методов диагностики состояния рубца на матке в зависимости от вида перенесенного оперативного вмешательства.

Объектом исследования явились истории болезни 675 женщин с миомой матки, 102 пациентки (контрольная) с традиционным методом миомэктомии, и 46 женщин (основная группа), оперированных по предложенному нами методу.

Предмет исследования явились клинико-anamнестические и лабораторно-инструментальные данные, операционный материал, сыворотка крови.

Методы исследования. Были использованы современные функциональные, биохимические, иммуноферментные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования:

предложена новая технология ушивания ложа миоматозного узла, предотвращающая образование грубых рубцов, риск развития спаечного процесса и сохранение репродуктивной функции;

доказана эффективность интраоперационной перевязки двух пар магистральных сосудов матки при проведении миомэктомии в снижении интра- и послеоперационной кровопотери; укорочении продолжительности операции; устранении причин, усложняющих оперативное вмешательство;

доказана зависимость повышения уровня ИЛ-6 и ФНО- α от количества и объема миоматозного узла, что указывает на высокую активность пролиферативных процессов; еще большая индукция провоспалительных цитокинов после оперативного вмешательства;

разработаны критерии ранней диагностики воспалительного процесса в миометрии после оперативных вмешательств на основе индукции ИЛ-1, доказана высокая их прогностическая эффективность.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказано, что новой технологии ушивания ложа миоматозного узла позволяет предотвратить образование грубых рубцов на матке, улучшить кровоснабжение, снижению спаечного процесса, ятрогенного бесплодия.

внедрение в оперативную гинекологию предлагаемого способа консервативной миомэктомии и технологии ушивания миоматозного ложа позволило существенно снизить «хирургический стресс»;

интраоперационная перевязки магистральных сосудов матки при проведении миомэктомии способствует снижению интра- и послеоперационной кровопотери и послеоперационных осложнений;

разработаны критерии ранней диагностики воспалительного процесса в миометрии после оперативных вмешательств на основе индукции ИЛ-1 позволило прогнозировать риск развития локальных воспалительных процессов в миометрии и проводить лечебно-профилактические мероприятия.

Достоверность результатов исследования определяется применением теоретических подходов и методов, использованием достаточного числа больных, а также клиническими, функциональными, иммуноферментными и статистическими методами исследования, полученные результаты основываются на сопоставлении с зарубежными и отечественными исследованиями; заключения, полученные результаты были подтверждены полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования заключается в научном обосновании необходимости миомэктомии с перевязки маточных артерий. Последовательности проведения оперативных вмешательств, создании условий сохранения кровотока при сшивании миоматозного узла и использования ИЛ-1 в раннем прогнозировании послеоперационных воспалительно-инфильтративных процессов.

Практическое значение результатов исследования состоит в том, что предлагаемые подходы критерии к выбора оперативного метода при миомэктомии, новые технологии ушивания ложа узла и перевязке маточных артерий, критерии ранней диагностики послеоперационных осложнений при проведении консервативной миомэктомии могут быть использованы во всех родильных центрах республики.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по по разработке новой методике миомэктомии:

«Способ ушивания ложа миоматозного узла матки» № IAP 05170 получен патент по интеллектуальной собственности Республике Узбекистан от 15 февраля 2016 года. Данный способ позволяет уменьшить послеоперационных осложнений;

выпущена методические рекомендации: «Новый метод консервативной миомэктомии лапаротомическим доступом у женщин с миомой матки активного репродуктивного возраста» (Справка министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8н-м/1 от 01/02/2016). Данные

методические рекомендации позволяют раннюю диагностику и лечения данного заболевания;

результаты разработанных хирургических методов лечения миомы матки внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерстве и гинекологии г Ташкента, Навоийской, Джизакской, Нукусской и Наманганской областном перинатальной центре. (Справка Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан – 8н-д/50 от 10.11.2017). Экономическая эффективность внедрения результатов исследования обусловлена: значительным улучшением качество оказания специализированной медицинской помощи, снижение послеоперационных осложнений.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе, 3 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, из них: 10 журнальных статей, в том числе 7 в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций, получен 1 патент.

Структура и объем диссертации. Структура диссертации состоит из введения, четырех глав, заключения, списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 118 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные представления этиопатогенеза миомы матки, оптимизация хирургических методов лечения»** проанализированы теоретические аспекты и систематизированы исследования, посвященные основным звеньям патогенеза миомы матки, проанализированы спорные и нерешенные вопросы лечения данной патологии у женщин репродуктивного возраста.

Во второй главе диссертации **«Клинический материал и протокол исследования»** дана общая характеристика клинического материала, описаны методы исследования. Для достижения поставленной цели и решения намеченных задач исследование проводилось в несколько этапов: 1)

ретроспективный анализ 675 историй болезни женщин репродуктивного возраста, поступивших в отделение оперативной гинекологии РСНПМЦАиГ, в 2005-2009 гг., с диагнозом симптомная миома матки; 2) комплексное обследование и хирургическое лечение 148 женщин с миомой матки.

Основными диагностическими критериями включения пациенток в исследование были: наличие миомы матки по данным УЗИ и бимануального исследования; локализация миоматозных узлов: интерстициальная и интерстициально-субсерозная; размер миоматозного узла: 5 см и более; наличие менструаций; согласие пациентки на участие в исследовании. Критерии исключения пациенток из исследования: наличие сведений о приеме гормональных препаратов в течение 6 месяцев до исследования; наличие сведений о приеме антибактериальных препаратов в течение 1 месяца до исследования; наличие онкологических заболеваний органов малого таза; отказ женщины от участия в исследовании.

В зависимости от способа оперативного вмешательства женщины с миомой были разделены на 2 группы: 1-я группа - 46 пациенток с миомой матки, оперированных предложенным нами новым способом консервативной миомэктомии (основная). Все женщины данной группы были оперированы после получения письменного информированного согласия к проведению нового метода консервативной миомэктомии (КМЭ). 2-ю (контрольную) группу составили 102 пациенток с миомой матки, оперированных традиционным методом.

В процессе работы изучены анамнестические данные, включавшие: особенности преморбидного фона, наследственную предрасположенность, перенесенные и сопутствующие экстрагенитальные и гинекологические заболевания, перенесенные оперативные гинекологические и другие вмешательства. Особое внимание уделялось изучению специфических функций женского организма: менструальной, половой и репродуктивной. Выявлена высокая частота позднего наступления менархе (в 3,3 раза чаще, чем у практически здоровых женщин), что, на наш взгляд, предопределяло развитие дисгормональных изменений и развития миоматозных узлов, так как. Продолжительность менструации варьировала от 3 дней до 10 дней, в среднем составила $6,0 \pm 0,4$ дня. Нарушения менструального цикла по типу меноррагий установлены 64,9% женщин, обильные менструации – у 72,9% пациенток, альгоменорея- у 39,9% женщин, по данным УЗ-исследования органов малого таза гиперплазии эндометрия не выявлено. Из обследованных 148 женщин с миомами матки у 45,2% беременность не наступила, по одной беременности имели 27% обследованных, из них только у 50% завершились родами, по две беременности имели 12,2% женщин, из них родами завершились в 16,7% случаях, по три беременности имели 10,8% женщин (48 беременностей), родами завершились 30 (62,5%) беременностей. В единичных случаях у обследованных были по 4 и 5 беременностей (всего 32 беременностей, которые завершились в 37,5% случаях родами). В среднем количество беременностей составило $1,36 \pm 0,15$. В среднем количество родов

у пациенток с миомой матки составило $0,33 \pm 0,2$. Обследованные женщины предъявляли жалобы на первичное (45,2%) и вторичное (23,6%) бесплодие.

В процессе работы был использован стандартный спектр лабораторных исследований, проводили тесты для исключения опасных инфекций, состояние сердца и легких оценивали по результатам электрокардиограммы и рентгенологического обследования органов грудной клетки. У всех больных определяли характер флоры влагалища путем микроскопического исследования мазков, исследование инфекций передающихся половым путем методом ПЦР. Пациентки перед оперативным лечением консультированы терапевтом и анестезиологом, по показаниям осуществлялись консультации необходимых специалистов.

Ультразвуковое и доплерометрическое исследование органов малого таза проводили на ультразвуковых аппаратах фирмы «Toshiba» SSA-140, A-250, A-230 и «Combison», трансабдоминальное УЗИ осуществляли серией продольных, поперечных и косых сканирований, позволяющих измерить длину, ширину, передне-задний размеры матки. Определяли количество узлов миомы, их размеры, структуру и топографическое расположение, оценивали толщину эндометрия, наличие деформации полости матки миоматозными узлами; размеры и структуру яичников, а также наличие прочих объемных образований малого таза.

Кольпоскопию проводили с помощью бинокулярного кольпоскопа фирмы «Leistgang» (Германия), модель TransFormer Typ4, при 10-кратном увеличении. Проводили цитологическое исследование эпителия влагалищной части шейки матки и цервикального канала.

Иммуноферментные исследования проведены в Институте иммунологии АН РУз. Определение уровня провоспалительных цитокинов проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» (Россия, Новосибирск). Количественная оценка результатов проводилась с использованием программы на Excel 2004, отражающих зависимость оптической плотности от концентрации для стандартного антигена. Чувствительность метода при использовании данных тест-систем – 2-30 пг/мл. Гистологическое и цитологическое исследование слизистой оболочки тела и шейки матки в предоперационном периоде, а также тканей, удаленных при оперативном вмешательстве, проводилось в лаборатории патоморфологии РСНПЦАиГ по стандартным методикам.

Результаты исследования обрабатывались с помощью программного обеспечения для статистического анализа на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета MicrosoftOffice Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$.

В третьей главе «Ретроспективный анализ историй болезни женщин, подвергшихся хирургическому лечению по поводу миомы матки, клиническая характеристика больных» освещены результаты ретрос-

пективного анализа частоты и структуры заболеваемости, по данным отделения оперативной гинекологии РСНПМЦАиГ. Из общего числа (1496 женщин), поступивших в клинику РСНПМЦ АиГ в 2005-2009 гг. с диагнозом миома матки, 675 (45,1%) были подвергнуты оперативному лечению по поводу миомы матки. Среди обследованных пациенток, 217 женщин были раннего репродуктивного возраста (до 40 лет), составляя 32,1%. В зависимости от возраста все женщины с миомой матки были разделены на 2 группы: 1-я группа – 217 (32,1%) пациенток репродуктивного возраста (до 40 лет), средний возраст их составил 34,37±0,09 лет, 2-я группа – 458 (67,9%) пери- и менопаузального возраста (свыше 40 лет), средний возраст их составил 47,27±0,09 лет.

Основными клиническими проявлениями миомы матки в обеих возрастных группах были кровотечения различной интенсивности (47,5 и 61,1%), боли внизу живота различной выраженности (38,2 и 41,9%), рост миоматозного узла (53,5 и 58,5%), нарушение функции соседних органов (2,3 и 2%), первичное и вторичное бесплодие (9,2 и 0,9%, соответственно группам) (табл. 1).

При ультразвуковом исследовании размеры миоматозных узлов в основном соответствовали до 10 недель (43,1%) и от 11 до 20 недель (52,6%).

Таблица 1

Частота встречаемости клинических проявлений миомы матки у женщин различного возраста

Возраст женщин	1-я группа, n=217		2-я группа, n= 458		Всего, n=675	
	n	%	n	%	n	%
Кровотечения	103	47,5*	280	61,1	383	56,7
Боли	83	38,2	192	41,9	275	40,7
Рост миоматозного узла	116	53,5	268	58,5	384	56,9
Нарушения функции других органов	5	2,3	9	2,0	14	2,1
Бесплодие	20	9,2*	12	0,9	32	4,7

Примечание: * - различия между показателями 1-й и 2-й групп достоверны.

У женщин с миомой матки за период 2005-2009 гг. в основном применялись радикальные хирургические методы лечения. Так, у 84,4% женщин проведены радикальные операции, причем в основном они были проведены у женщин пери- и менопаузального периодов, тогда как у пациенток репродуктивного возраста они были проведены у 60,4% женщин. Миомэктомия лапаротомическим или лапароскопическим доступом осуществлены у 13,9 и 0,9%, у женщин репродуктивного возраста хирургическое лечение миомы в подавляющем большинстве случаев складывалось проведением консервативной миомэктомии (у 38,7%), что в

8,8, $P < 0,001$ раза чаще).

При этом операции осуществлялись в основном лапаротомным доступом (в 15,44, $P < 0,001$ раза чаще, чем лапароскопическим доступом). В большинстве случаев, несмотря на планирование проведения миомэктомии, во время операции пришлось расширять объем оперативного вмешательства до субтотальной и тотальной гистерэктомии. При этом наиболее частыми причинами к расширению объема операции являлись множественные миоматозные узлы, особенно при смешанном варианте расположения миоматозных узлов. Длительность оперативного вмешательства варьировала в широких пределах: от 30 мин до 90 мин. В основном они колебались от 45 до 60 мин в зависимости от объема оперативного вмешательства и в среднем составила $79,4 \pm 2,4$ минуты, особенно у женщин старшего возраста. На наш взгляд, это было связано более обширными оперативными вмешательствами в виде тотальной гистерэктомии с удалением также и придатков. Объем кровопотери во время операции возрастал у женщин старшей возрастной группы, чем у пациенток репродуктивного возраста, в среднем составляя $240,8 \pm 10,7$ мл.

Полученные результаты ретроспективного исследования позволили нам прийти к выводу, что в нашем регионе частота миомы матки и его хирургическое лечение среди женщин репродуктивного возраста возрастает. Удельный вес тотальных и субтотальных гистерэктомий, приводящий в дальнейшей к потере репродуктивной функции у данного контингента женщин, составляет более половины из общего числа проводимых оперативных вмешательств лапаротомическим доступом по поводу миомы. Представленные выше данные заставляют обдумать вопрос о сохранении репродуктивной функции у женщин раннего репродуктивного возраста с множественными миоматозными узлами.

Нами разработан метод ушивания ложа узла/узлов при миомэктомии, а также применена перевязка магистральных сосудов для снижения объема кровопотери. В связи с этим нами подобраны две группы пациенток с миомой матки, которые не различались по возрасту, количеству узлов и клиническим проявлениям миомы матки.

В основную группу мы включили 46 пациенток, которым произведена операция по нашей методике. В контрольную группу включены 102 пациентки, миомэктомия которым проводилась по традиционному методу. В обеих группах пациенток давность обнаружения миомы в основном не превышала 2-х лет.

При этом компактность матки у обследованных женщин варьировал в широких пределах: от 2 недель до 22 недель. У 64,7 и 60,9% женщин контрольной и основной групп размеры компактности матки соответствовали до 10 недель, у 34,3 и 32,6% пациенток варьировали от 11 до 20 неделям и лишь в единичных случаях размеры их превышали 20 недель. При УЗ-исследовании единичные миоматозные узлы отмечены у 51 и 67,4%, множественные миоматозные узлы - у 49 и 32,6% женщин, соответственно

группам. Количество миоматозных узлов у исследуемых женщин варьировало от 1 до 22, в среднем составляя $5,2 \pm 0,8$ и $3,3 \pm 0,6$ у пациенток контрольной и основной групп. Размеры миоматозных узлов у 54,9 и 67,4% пациенток контрольной и основной групп размеры узлов были в пределах 6-10 см. Минимальный размер узлов при одиночной миоме был 5 см в диаметре, максимальный – 35 см в диаметре, и в среднем составил $13,12 \pm 0,48$ и $12,88 \pm 0,71$ см. При множественной миоме у пациенток контрольной группы минимальный размер узлов варьировал от 0,5 см в диаметре до 10 см, в среднем составил $3,12 \pm 0,23$ см; максимальный – от 6,5 см в диаметре до 14 см, в среднем составил $9,94 \pm 0,63$ см. У пациенток основной группы минимальный размер узлов был также в пределах от 0,5 см до 5 см, в среднем – $3,47 \pm 0,33$ см, максимальный размер узлов варьировал в пределах от 5 см до 20 см в диаметре, в среднем составил $9,71 \pm 0,77$ см. Рост узлов (увеличение размеров в течение 1 года на 4 недели и более) наблюдали у 62,7 и 54,3%.

УЗ-исследования позволили выяснить вариант расположения миоматозного узла. Так, в общей группе женщин миоматозные узлы в основном располагались интерстициально (в 69,6% случаях). Субмукозный и субсерозный варианты расположения узлов были выявлены у 5,4 и 3,4% обследованных женщин. Часто у обследованных пациенток выявлялись смешанные варианты расположения миоматозных узлов. У 30,4 и 69,6% женщин узлы в основном локализовались в передней стенке матки, у 25,5 и 13% - в задней стенке матки. У 31,8% пациентов миоматозные узлы располагались в различных отделах матки. Результаты патоморфологических исследований послеоперационного материала у оперированных женщин показали в основном наличие лейомиоматозных узлов без признаков атипии (74,1%).

В четверной главе диссертации «**Методы хирургического лечения миомы матки**» представлен разработанный новый метод лапаротомической миомэктомии, а также результаты хирургического лечения.

Основные принципы техники выполнения лапаротомической миомэктомии.

Вхождение в брюшную полость осуществляли через поперечный разрез по Джоэль-Козну.

После вскрытия брюшной полости производили ревизию органов малого таза и оценку хирургической ситуации. Визуально и пальпаторно уточняли количество, размеры и локализацию миоматозных узлов.

Фиксацию матки осуществляли с помощью ушивания у дна. С этой целью при осмотре матки определяли узел (чаще таким являлся самый крупный или наиболее доступный узел), который использовался нами для фиксации матки. После уточнения локализации миоматозных узлов определяли порядок их удаления, выбор места и направления наиболее рациональных разрезов на матке. При этом мы преследовали несколько целей: во-первых, для снижения травматизации миометрия производили удаление максимально большего числа узлов через минимальное количество

разрезов и, во-вторых, мы стремились обеспечить минимальную кровопотерю во время операции.

Перевязка маточных артерий. Перед выполнением миомэктомии мы перевязывали маточные сосуды для предотвращения увеличения объема интраоперационных кровотечений. Тактика перевязки заключалась в следующем: ткань матки прокалывали у самого ребра на уровне восходящей ветви маточной артерии с таким расчетом, чтобы часть ткани матки попала в лигатуру. Угол иглы должен быть к ребру матки 90° градусов. Обратным движением этой же иглой прокалывали в бессосудистой зоне широкую связку матки, отступив от матки на 2 см, чтобы маточная артерия и круглая маточная связка попали в петлю лигатуры. Лигатура завязывалась. Такая же процедура осуществлялась и с другой стороны.

Разрез на матке. При выборе направления разрезов на матке мы учитывали локализацию миоматозных узлов, их количество, глубину залегания, архитектонику миометрия и сосудов.

Энуклеацию узлов производили тупым и острым путем. После рассечения в поперечном размере по вершине узла стенки матки острым путем отсепарировали от узла прилегающие к нему участки миометрия. Затем тупфером тупо сдвигали капсулу, пересекали острым путем волокнистые перемычки и узел энуклеировали. Учитывая, что элементы капсулы узла есть не что иное, как гипертрофированные мышечные структуры стенки матки, последние не иссекали. Отсепарированные участки капсулы быстро сокращались, их толщина увеличивалась в 2-3 раза, что свидетельствует об их функциональной полноценности.

Для зашивания раны на матке был применен модифицированный или разработанный нами непрерывный циркулярный шов (Рис. 1). Для наложения швов на матке мы использовали только синтетический рассасывающийся шовный материал № 1 на атравматической игле. Шов лигировали, короткий конец лигатуры выводили посередине наружу, вторым более длинным концом производили концентрическое ушивание боковых стенок ложа с лигированием после каждого тура. При этом количество туров зависело от величины узла и глубины его залегания. Последний тур ушивания производили субсерозно без выхода в брюшную полость. Концы лигатур завязывали и погружали в полость ложа. Таким образом, достигалось максимальное стягивание стенок ложа, как в горизонтальном, так и в вертикальном направлении, что позволяло в дальнейшем сформироваться полноценному рубцу. Это способствовало более полноценному сохранению репродуктивной функции. Отсутствие лигатур на поверхности матки уменьшало вероятность развития спаечного процесса в брюшной полости.

Таким образом, полученные нами данные показывают, минимальное ушивание ложа предотвращает образование грубых рубцов на матке, и следовательно, спаек в области рубца. Перевязка маточных артерий рассасывающимся материалом создает оптимальное условие для хирурга во время оперативного вмешательства, что приводит к снижению интраоперационной

кровопотери, укорочению времени операции, и самое главное, устраняет некоторые причины, усложняющие оперативную технику во время операции.

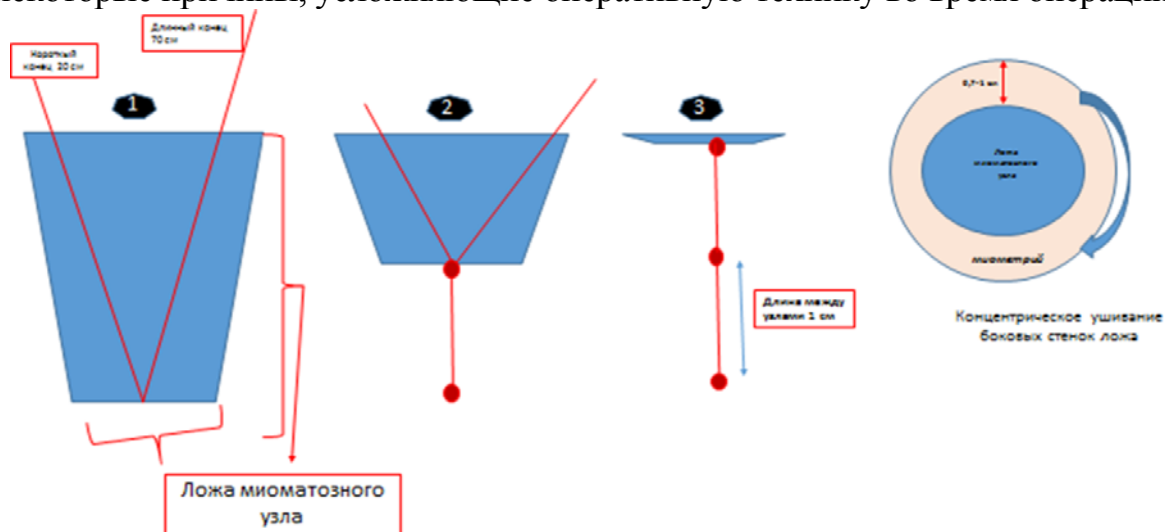


Рис. 1. «Способ ушивания ложа миоматозного узла матки» № IAP 05170 получен патент по интеллектуальной собственности Республике Узбекистан от 15 февраля 2016 года.

Существенной разницы в продолжительности оперативных вмешательств в исследуемых группах мы не выявили. Предлагаемый способ миомэктомии приводил к снижению интраоперационной кровопотери, и, на наш взгляд, это связано перевязкой крупных маточных сосудов, предотвращая обширные кровоизлияния.

Показаниями к консервативной миомэктомии по предлагаемому способу явились:

- большие размеры миомы (55,1%),
- локализация миоматозных узлов, увеличивающих и деформирующих полость матки (интерстициальная с центрипетальным ростом) (55,1%),
- быстрый рост опухоли (37%),
- анемизация больных (27,8%),
- бесплодие (27,8%),
- атипичное (низкое или интралигаментарное) расположение узла (10,7%),

Противопоказания к проведению миомэктомии по предлагаемому способу мы разделили на абсолютные и относительные.

К абсолютным противопоказаниям отнесли:

- обнаружение у обследуемых больных предраковых и злокачественных заболеваний шейки матки, эндометрия, яичников и других органов;
- подозрение на злокачественное перерождение миомы;
- сочетание миомы матки с диффузной формой аденомиоза;
- наличие гнойно-воспалительных процессов в половых органах;
- некроз узлов с признаками инфицирования.

К относительным противопоказаниям отнесли ситуации, при которых можно предполагать высокий риск осложнений и низкую эффективность

операции, при этом удельный вес каждого фактора повышается при их сочетании:

- возраст больной, 40 и старше;
- выраженный спаечный процесс в малом тазу после перенесенных ранее операций на половых органах или воспалительных заболеваний;
- сочетание миомы матки с узловой формой аденомиоза.

В пятой главе диссертации «**Оценка эффективности разработанной техники оперативного лечения миомы матки**» представлены результаты оценки эффективности применения разработанного нами метода. Оценку эффективности предложенной нами методики миомэктомии в динамике до операции, а также на 3 и 5 сутки после оперативного вмешательства оценивали: клинически, инструментально и лабораторно. Так, койка-день больных, находившихся под нашим наблюдением (основная группа), длилась максимум до 5 дней, а у группы сравнения до 7 дней, причиной которой являлось повышение температуры тела в раннем послеоперационном периоде и заживление послеоперационной раны на 7-е - 8-е сутки. По сравнению с контрольной группой у основной группы женщин первичное заживление послеоперационной раны отмечали на 4 - 5-е сутки. При предлагаемом способе проведения миомэктомии развитие температурных реакций и воспалительных процессов была существенно меньше, чем в контрольной группе, что и обуславливало укорочение срока пребывания пациенток в стационаре.

В механизме формирования воспалительных реакций важная роль принадлежит провоспалительным цитокинам. Изучение их уровня отражает интенсивность воспалительного процесса. В результате проведенных исследований установлено, что в дооперационном периоде у женщин с миомой матки уровень ИЛ-1 имел тенденцию к увеличению. Отмечено достоверное повышение сывороточного содержания ИЛ-6 относительно значений практически здоровых женщин в 2,38 ($P < 0,001$) и 2,37 ($P < 0,001$) раза в основной и контрольной группах женщин, и ФНО- α – в 2,14 ($P < 0,001$) и 2,01 ($P < 0,001$) раза, соответственно группам. Более детальный анализ показал некоторые особенности их изменений. Так, в частности, если превышение уровня ИЛ-1 нормативных величин в основной и контрольной группах было отмечено у 15,4 и 11,1% женщин, то содержание ИЛ-6 превышало у 92,3% ($P < 0,001$) и 88,9% ($P < 0,001$) пациенток, а ФНО- α – у 76,9 ($P < 0,01$) и 77,8% ($P < 0,01$) женщин, соответственно, т.е. для женщин с миомой матки характерно повышение именно этих цитокинов.

Следующим этапом наших исследований было исследование уровня провоспалительных цитокинов в динамике после миомэктомии. Проведенные в этом плане исследования показали значительное увеличение уровня цитокинов на 3-й день после миомэктомии (табл. 2), в дальнейшем отмечена тенденция к их некоторому снижению относительно значений 3-х суток. Следует сказать, что высокие значения ИЛ-1 на 3-и сутки после миомэктомии были отмечены лишь у 55,5% обследованных женщин, тогда как высокие значения ИЛ-6 и ФНО- α были установлены у всех

оперированных пациенток.

Таблица 2

Состояние провоспалительных цитокинов в динамике после консервативной миомэктомии (M±m)

Группы и сроки исследования (сутки)	Содержание цитокинов, пг/мл		
	ИЛ-1	ИЛ-6	ФНО-α
Практически здоровые	1,41±0,11	2,06±0,17	1,02±0,06
Контрольная группа:			
До операции	1,48±0,17	4,91±0,40 ^a	2,19±0,22 ^a
3 суток после операции	2,01±0,13 ^б	7,54±0,94 ^{a,б}	2,95±0,31 ^a
5 суток после операции	1,97±0,19 ^a	6,56±0,58 ^{a,б}	2,66±0,27 ^a
Основная группа			
До операции	1,64±0,15	4,88±0,35 ^a	2,05±0,17 ^a
3 суток после операции	1,90±0,09	5,46±0,42 ^{a,в}	2,30±0,21
5 суток после операции	1,53±0,10 ^a	3,82±0,32 ^{a,б,в}	1,93±0,21 ^{a,в}

Примечание: а - статистически достоверно относительно значений практически здоровых женщин, $p > 0,05$; б – статистически достоверно по сравнению с исходным уровнем, $p > 0,05$; в - статистически достоверно по сравнению с показателями контрольной группы, $p > 0,05$.

Сравнительный анализ уровня цитокинов, особенно ИЛ-1, показал его прогностическую значимость в развитии послеоперационных воспалительных реакций. Анализ уровня цитокинов в основной группе показал также экспрессию цитокинов относительно исходных параметров, однако их степень была существенно ниже, чем в контрольной группе. К 5-м суткам исследования содержание цитокинов существенно не отличались от исходных параметров. Это совпадало с наличием ранних воспалительных реакций и гипертермией у оперированных женщин.

Основываясь на полученных данных мы разработали критерии ранней диагностики воспалительного процесса в миометрии после оперативных вмешательств. Мы исходили из того, что уровень ИЛ-1 не повышался до операции и воспалительных реакций исходно у женщин не отмечено. Несмотря на это уровень данного цитокина в сыворотке крови колебался в широких пределах - от 0,81 до 2,86 пг/мл.

До операции у большинства пациенток с миомой матки было отмечено отсутствие риска развития локальных воспалительных реакций, лишь у 30,8 и 7,7% женщин основной группы отмечен риск и наличие умеренной воспалительной реакции. На 3-и сутки после операции у 66,7% риск развития воспалительных реакций, а у 22,2% пациенток – умеренно выраженный воспалительный процесс. Причем, клинически они не проявлялись, у пациенток наблюдался дискомфорт, субфебрилитет и другие проявления. Проведением им лечебных мероприятий привело к ликвидации начальных проявлений воспалительных реакций, уровень ИЛ-1 при этом у 22,2%

женщин на 5-е сутки сохранялся высоким, свидетельствуя о сохранении инфильтративно-воспалительных реакций. Своевременное лечение женщин группы риска привело к ликвидации вышеперечисленных проявлений, однако они сохранились у 33,3% оперированных и требовали проведения более длительных лечебных мероприятий. У женщин основной группы на 3-и сутки после операции у 84,6% пациенток отмечен риск развития инфильтративно-воспалительных процессов, хотя клинически они не проявлялись. Своевременное проведение им лечебных мероприятий уже к 5-м суткам привело к снижению количества пациенток с риском до 30,8%.

Наши исследования показали, что критерием ранней диагностики локальных воспалительно-инфильтративных явлений явилось содержание уровня ИЛ-1 в сыворотке крови: Нуль баллов - до 1,6 пг/мл – отсутствие риска; один балл - 1,7-2,5 пг/мл (превышение нормативных величин в 1,2-1,6 раза) – риск развития воспалительных процессов; два балла - 2,6-3,4 пг/мл (превышение нормативных величин в 1,65-2,12 раза) – наличие умеренных воспалительно-инфильтративных процессов в миометрии; три балла - 3,6 пг/мл и выше (превышение нормативных величин в более, чем 2,2 раза) – наличие выраженных воспалительно-инфильтративных процессов в миометрии оперированных пациенток.

Как видно из приведенных данных, по градации уровня ИЛ-1 можно прогнозировать риск развития локальных воспалительных процессов в миометрии и проводить лечебно-профилактические мероприятия.

Учитывая вышеизложенное, можно заключить, что разработанный метод ушивания ложа узла является менее травматичным, не вызывающим «хирургического стресса», что доказывается изучением содержания провоспалительных цитокинов – ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО- α , являющихся маркерами состояния иммунной системы и развития защитных реакций. Основной задачей внедрения разработанной методики миомэктомии является сохранение репродуктивного органа для выполнения главного предназначения женщины - осуществления материнства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ретроспективный анализ историй болезни женщин репродуктивного возраста с миомой матки показал высокую частоту первичного и вторичного бесплодия (45,3 и 23,6%). Показанием к оперативному лечению у пациенток являлись бесплодие, противопоказания к проведению гормональной терапии, быстрый рост миоматозных узлов (35%) и менометрорагии (15%). Удельный вес радикальных операций по поводу миомы матки составляет 60,4%, приводя в дальнейшем к потере репродуктивной функции женщин, частота миомэктомии составляет лишь 14,8%.

2. Предложенная новая технология ушивания ложа миоматозного узла позволяет удерживать мышечные ткани в состоянии репозиции, без ишемизации прошитых и прилежащих участков, предотвращает образование грубых рубцов на матке вследствие раннего обильного кровоснабжения,

отсутствие на наружной поверхности матки швов уменьшает риск развития спаечного процесса и сохранение репродуктивной функции.

3. Интраоперационная перевязка двух пар магистральных сосудов матки с рассасывающим материалом при проведении миомэктомии приводит к временной остановке кровотока в данном русле кровообращения, способствует снижению интра- и послеоперационной кровопотери, укорочению времени операции, устраняет причины, усложняющие оперативную технику во время операции и является эффективной профилактикой послеоперационных осложнений.

4. У женщин с миомой матки отмечается выраженная экспрессия синтеза провоспалительных цитокинов: уровня ИЛ-6 и ФНО- α , тогда как уровень ИЛ-1 существенно не изменяется. Оперативные вмешательства еще больше увеличивают уровень провоспалительных цитокинов. Применяемый нами метод консервативной миомэктомии является менее травматичным, не вызывает «хирургического стресса», что доказывается менее выраженными изменениями содержания цитокинов и температурной реакцией.

5. Разработаны критерии ранней диагностики воспалительного процесса в миометрии после оперативных вмешательств на основе индукции ИЛ-1, уровень которого исходно не повышал нормативные величины. По градации уровня ИЛ-1 можно прогнозировать риск развития локальных воспалительных процессов в миометрии и проводить лечебно-профилактические мероприятия.

**SCIENTIFIC COUNCIL No.DSc.27.06.2017.Tib.29.01 ON AWARD OF
SCIENTIFIC DEGREES AT TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL
INSTITUTE**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY**

YULDASHEV SANJAR KELDIYAROVICH

**IMPROVING THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH
UTERINE MYOMA IN THE REPRODUCTIVE AGE**

14.00.01 – Obstetrics and Gynaecology

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2018

The theme of the doctoral (PhD) dissertation on medical sciences was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2017.1.PhD/Tib13.

The doctoral dissertation was carried out at Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre of Obstetrics and Gynaecology

The abstract of the doctoral 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.ziyo.net)

Scientific advisor:	Aliyeva Dilfuza Abdullaevna Doctor of Medicine, Professor
Official opponents:	Sultanov Saidasim Nasirovich Doctor of Medicine, Professor Ayupova Farida Mirzaevna Doctor of Medicine, Professor
Leading organization:	Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

The defence of the doctoral dissertation will be held on “___” _____ 2018, at ___ at the meeting of the Scientific Council No.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 doctoral (PhD) 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 the dissertation was distributed on “___” _____ 2018.

(Registry record No. ____ dated “___” _____ 2018.)

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 the PhD dissertation)

The aim of the research is to study the progress of surgical technique and new methods of surgical treatment of uterine fibroids to preserve reproductive function.

The object of the research. There were case histories of 675 women with uterine myoma, 102 patients (control) with the traditional method of myomectomy, and 46 women (main group) operated on according to the method proposed by us.

Scientific novelty of the research consists of the following:

Proposed a new technology for suturing the myomatous node bed, preventing the formation of coarse scars, the risk of adhesions and the preservation of reproductive function;

the effectiveness of intraoperative ligation of two pairs of uterine great vessels during myomectomy in reducing intra- and postoperative blood loss was proved; shortening the duration of the operation; elimination of the reasons complicating an operative measure;

the dependence of the increase in the level of IL-6 and TNF- α on the number and volume of the myomatous node has been proven, which indicates a high activity of proliferative processes; even greater induction of pro-inflammatory cytokines after surgery;

developed criteria for the early diagnosis of the inflammatory process in the myometrium after surgical interventions on the basis of the IL-1 induction proved their high predictive efficiency.

Implementation of the research results. The obtained scientific results of research on the development of a new myomectomy technique have been introduced into practical healthcare in the form of a patent and methodological recommendations:

“Method for suturing the uterine myomatous unit bed” No. IAP 05170 received a patent on intellectual property in the Republic of Uzbekistan dated on February 15, 2016. This method allows to reduce postoperative complications;

Methodical recommendations were issued: “A new method of conservative myomectomy with laparotomic access in women with uterine myoma of active reproductive age” (Certificate No. 8n-m /1 of the Ministry of Health on 02 February 2016). These guidelines allow early diagnosis and treatment of this disease;

The results of the developed surgical methods for treating uterine fibroids have been introduced into practical health care, in particular, at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre for Obstetrics and Gynaecology in Tashkent, Navoi, Jizzakh, Nukus and Namangan regional perinatal centres. (Certificate No. 8n-d / 50 of the Ministry of Health on 10 December 2017). The cost-effectiveness of the implementation of the results of the study is due to: a significant improvement in the quality of specialized medical care, a decrease in postoperative complications.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 118 pages consisting of an introduction, five chapters, a conclusion, a list of used literature and appendixes.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Юлдашев С.К, Шомиров А.К., Нишанова Ф.П., Юсупбаев Р.Б. Способ ушивания ложа миоматозного узла матки // Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти (IAP 05170. 15.02.2016).

2. Юлдашев С.К., Шамиров А.К., Капкаев А.Р., Косцов Д.В. Разработка новой технологии консервативной миомэктомии у небеременных и беременных женщин // Вестник врача. Самарканд, -2009, №3. – С. 102-103. (14.00.00. № 20).

3. Юлдашев С.К. Миомэктомия и репродуктивное здоровье // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Ташкент. - 2011, №4.- С. 60-63. (14.00.00. № 14).

4. Юлдашев С.К. Новый метод консервативной миомэктомии у небеременных и беременных женщин // Ўзбекистон врачлар ассоциациясининг бюллетени – илмий-амалий тиббиёт журнали, - Тошкент. 2015, №2, - С. 79-82. (14.00.00. № 17).

5. Юлдашев С.К. Минимальное ушивание ложе миоматозного узла при проведение консервативной миомэктомии у беременных с миомой матки во время кесарево сечение // Ўзбекистон тиббиёт журнали» Тошкент. - 2016, №1. – С. 39-42. (14.00.00. № 8).

6. Юлдашев С.К., Алиева Д.А. Новый метод консервативной миомэктомии у женщин активного репродуктивного возраста // Журнал теоретической и клинической медицины, - Ташкент. 2015 г, №3,- С. 87-91. (14.00.00. № 3).

7. Юлдашев С.К., Нишанова Ф.П., Шамиров Д.А. Усовершенствование методов консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья,- 2012, №2, - С 96-99. (14.00.00. № 14).

8. Юлдашев С.К. Состояние провоспалительных цитокинов в динамике до и консервативной миомэктомии // Вестник ТМА. – Ташкент. С 92-93. (14.00.00. № 13).

9. Yuldashev S.K. Surgical and obstetrical approach at accompanying of uterine myoma at pregnancy // European science review. – Vienna, 2015, № 7-8. – P. 125-128 (14.00.00; 19).

10. Yuldashev S.K. Estimation a condition of blood cytokine profile at performing a conservative myomectomy // European science review. – Vienna, 2015, № 9-10. – P. 117-119 (14.00.00; 19).

11. Yuldashev S.K. Minimum closure of myomatous nodule floor as the sparing method, reducing surgical traumas at conservative myomectomy // European science review. – Vienna, 2016, № 5-6. – P. 155-159. (14.00.00; 19).

II бўлим (II часть; II part)

12. Юлдашев С.К. Частота хирургического лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Материалы конференции. -2015, №2.- С. 136-137.

13. Yuldashev S.K., Lyubchich N.I. Prevalence of operative treatment of uterine myoma in women at the reproductive age // XI world congress of perinatal medicine. -Moscow, 2013, -С. 618-619. Постер (№1366)

14. Юлдашев С.К., Нажмутдинова Д.К., Шомиров А.К., Алиева Д.А. Патент № DGU 04296. (10/03/2017) Программа «Алгоритм введение женщин с миомой матки в активном репродуктивном периоде»

15. Юлдашев С.К. Консервативная миомэктомия у беременных женщин во время кесарево сечение // Евразийский Союз Учёных. XVIII Международная конференция.- Москва. Часть-1, 2015, №12. –С.125-128.

16. Юлдашев С.К. Консервативная миомэктомия у беременных // Международная научная школа. Болгария. Варна. "Парадигма". Лято-2015, № 7. - С 387-392.

17. Юлдашев С.К. Состояние цитокинового профиля крови после консервативной миомэктомии // XVI Всероссийский научный форум «Мать и Дитя» Материалы форума, -2015 г. 22–25 сентября,- С 259-260.

18. Юлдашев С.К. Усовершенствование метода консервативной миомэктомии у женщин активного репродуктивного возраста // XVI Всероссийский научный форум «Мать и Дитя» Материалы форума. -2015 г. 22–25 сентября, С 258-259.

19. Yuldashev S.K., Alieva D.A. Blood cytokine profile changes features in dynamics at performing a concervative myomectomy // Proceedings of forum. European forum of medical associations and WHO. Tashkent.- 2016. С.199-202

20. Юлдашев С.К., Алиева Д.А. Новый метод консервативной миомэктомии лапаротомическим доступом у женщин с миомой матки активного репродуктивного возраста: Методическая рекомендация. – Ташкент, 2016.

Автореферат «Ўзбекистон кимё журналі» тахририятида тахрирдан
ўтказилди.

Босишга рухсат этилди: 02.12.2018.
Бичими: 60x84 1/8. «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 3,5. Адади: 100. Буюртма: №92

100060, Тошкент, Я. Ғуломов кўчаси, 74.

«TOP IMAGE MEDIA»
босмаҳонасида чоп этилди.