

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Камарова Ибодат Нуриддиновна – ассистент кафедры акушерства и Гинекологии №3 Самаркандской государственной медицинской университета.
Марданкулова Маржона Олимовна – клинический ординатор 2-го года ,
кафедры акушерства и Гинекологии №3 Самаркандской государственной
медицинской университета.

АННОТАЦИЯ

Рассмотрены актуальные вопросы органосохраняющего лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста. В исследование участвовали 70 женщин репродуктивного возраста с миомой матки нуждающихся в органосберегающем хирургическом лечении (миомэктомии).

Ключевые слова: УРА, эсмия, миома матки, консервативная миомэктомия.

Актуальность: В настоящее время каждая четвертая - пятая женщина в мире больна миомой матки и 80% женщин в возрасте 30-40 лет подвержены риску данного заболевания .Триггерными факторами в развитии миомы матки являются травматическое, инфекционное, химическое, механическое воздействие, воспаление и эндометриоз, которые могут рассматриваться как звенья одного процесса .Палитра экзогенных и эндогенных факторов этиологии и патогенеза миомы матки многообразна. Несомненно, надо учитывать и индивидуальную наследственную предрасположенность к развитию миомы матки, которая широко варьирует. Изучены десятки генотипов, полиморфизм которых сопряжен со степенью риска развития миомы матки .Почти в каждой работе , посвященной изучению миомы матки, отмечается роль наследственных факторов в развитии данного заболевания. Известно, что у близких родственниц миома встречается в 2-3 раза чаще, чем в популяции .В связи с тем, что только 40% лейомиом имеют хромосомные aberrации, в остальных 60% генетические нарушения тоже должны присутствовать, но характер их пока не уточнён .Помимо этого, среди миом с

нарушенным кариотипом встречаются миомы, имеющие мозаичный тип нарушений, и, что интересно, миомы с мозаичным кариотипом тоже являются моноклональными. Подобные находки заставили исследователей прийти к заключению, что цитогенетические aberrации могут быть вторичными, а клональ-ный рост лейомиомы может начинаться до появления хромосомных aberrаций. Известно, что различные хромосомные нарушения реализуют разные патологические механизмы. Исходя из этого, можно заключить, что, вероятно, рост и развитие миоматозного узла может протекать различными путями. Различия в характере мутаций доброкачественных миом и лейо-миосарком позволяют предположить, что развитие узла изначально идет по одному из двух гистологических путей, и этот принцип можно применить для ранней диагностики и прогнозирования роста опухоли. Пролиферирующая миома матки является доброкачественной, активной, множественной, быстрорастущей опухолью с повышенным пролиферативным потенциалом и часто сопровождается пролифера-тивными процессами в эндометрии, опухолевидными образованиями, доброкачественными и злокачественными опухолями яичников. Исследователи считают, что выделение двух форм миомы матки по особенностям гистогенеза имеет важное практическое значение, особенно при выборе врачебной тактики. Морфологическому изучению миомы матки как самой распространенной доброкачественной опухоли женской половой системы посвящено большое количество исследований. Основной причиной, ведущей к увеличению объема комплекса матка-опухоль при миоме матки, является процесс выраженной пролиферации миоцитов как миомы, так и миометрия.

Материал и методы. Исследование проводилось на кафедре акушерство и гинекология №1, ТМА, базе № 9 родильный дом. В исследование участвовали 70 женщин репродуктивного возраста с миомой матки нуждающихся в орган сберегающем хирургическом лечении (миомэктомии). Они разделены на 2 группы: 1-группа - 38 женщин с множественной миомой,

2-группа 32 женщин в одном миоматозном узлом. Все пациентки получали препарат эсмия по 1 таблетке в сутки в течение 90 суток перед оперативным лечением. Предоперационная подготовка препаратом осуществлялась с целью снижения кровоснабжения мио-метрия, уменьшения размеров узлов миомы. Критериями включения в исследование являлись:

1. Возраст пациенток от 25 до 43 лет.
2. Желание женщины реализовать репродуктивную функцию. Распределение пациенток по возрасту

Возраст 25-29 л 30-35 л 36-43 л

Количество больных	Кол-во пациентов %	Кол-во пациентов %	Кол-во пациентов %
I группа	14 36.8	10 26.3	12 31.6
II группа	12 37.5	8 25	12 37.5
Итого:	26 74.3	18 51.3	24 69.1

I группа 14 36.8 10 26.3 12 31.6

II группа 12 37.5 8 25 12 37.5

Итого: 26 74.3 18 51.3 24 69.1

Как видно из таблицы 1, в обеих группах преобладали женщины в возрасте от 30 до 35 лет - в I группе - 10 (26.3%), во II группе - 8(26.3%).

При поступлении в гинекологию пациенты обеих групп предъявляли жалобы на маточные кровотечения, боли внизу живота, нарушение функции смежных органов, нарушение детородной функции, увеличение живота в объёме за счет больших и гигантских размеров опухоли, на головокружения, слабость и повышенную утомляемость как следствие хронической анемизации. Болевой синдром проявлялся в виде альгодисменореи, схваткообразных, тянущих, ноющих и давящих болей, с иррадиацией в поясницу, прямую кишку, нижние конечности и мочевого пузыря. Нарушение функции смежных органов отмечалось в виде учащённого, затруднённого, болезненного мочеиспускания и нарушение акта дефекации. Жалоб не имели 26 (10,7%) женщин, однако при тщательном сборе анамнеза нами было выявлено, что увеличение и продолжительность менструальной кровопотери отмечала каждая 3 пациентка.

Жалобы больных I группа II группа

abc % abc %

Маточные кровотечения 16 42,1 7 21,8

Болевой синдром 27 71 22 68,75

Нарушение мочеиспускания 5 13,1 4 12,5

Нарушение акта дефекации 1 2,6 1 3,1

Нарушение детородной функции 3 7,9 24 75

Увеличение живота в объеме 5 13,1 4 12,5

Головокружение,

слабость и 10,5

4 1 3,1

повышенная

утомляемость

Клинический метод исследования

При обследовании пациенток изучались анамнестические и катамнестические данные, жалобы, гинекологические и специальные методы исследования. Выяснялись имеющиеся жалобы у пациенток, время их появления, продолжительность, изменение на фоне роста миомы матки.

Семейный анамнез изучался с учётом наличия гинекологической патологии.

Выяснялось время менархе, характер менструального цикла, половая и репродуктивная функции, наличие экстрагенитальных заболеваний.

Отмечали наличие в анамнезе общехирургического и гинекологического оперативного лечения. Фиксировались данные о давности выявления миомы матки, приеме гормональных препаратов.

Проводилось гинекологическое исследование, включающее в себя осмотр наружных половых органов, шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование.

Характер роста доминантной миомы матки При единичной миоме матки При множественной миоме матки

Субсерозный 10 14

Интерстициальный 18 22

Субмукозный 4 2

Итого: 32 45,7% 38 54,3%

Результаты. У 1-группа снижения объема матки при приеме Эсмии составило 24-28%. Объем кровопотеря составило среднем 450500 мл. Наблюдалось изменение размеров узлов миомы, наиболее значимый эффект был при 2-группа. Среднее снижение объема узла при приеме Эсмии составило $34 \pm 8\%$, что достоверно выше, чем при множественных узлах. Объем кровопотеря составила средним 350 мл.

Заключение. Для уменьшения объема матки и миомы достаточно назначения курса эсмии на 3 месяца. Этот метод лечения может быть полезен до орган сберегающем хирургическом лечении, особенно в случае женщин в одним миоматозным узлом. Одним из основных показателей комбинированного лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста является восстановление репродуктивной функции женщины.

Список литературы:

1. Айламазян Э.К. Гинекология: учебник для медицинских вузов. -Спб.: СпецЛит, 2008. - 132 с.
2. Антропова Е.Ю., Тухватуллина Л.М. Эмболизация маточных артерий в лечении больных миомой матки // Трудный пациент. - 2006. - № 9. - С.
3. Бабунашвили Е.Л. Репродуктивный прогноз при миоме матки: Дис. ...канд. мед. наук. - Москва, 2004. - 145 с.
4. Бурлев В.А., Павлович С.В., Волков Н.И. Влияние агониста гонадотропин-рилизинг-гормона на пролиферативную активность и апоптоз у больных миомой матки // Проблемы репродукции. - 2003. -№ 3. - С. 27-31.
- 5.Олимовна К. И. Н. М. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ШВА РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ // Журнал современных образовательных достижений. – 2023. – Т. 2. – No 1. – С. 113-116.
- 6.Камарова И. Н., Садикова К. А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ТРАВМАМИ

ПРОМЕЖНОСТИ //Journal of Integrated Education and Research. – 2023. – Т. 2.
– №. 1. – С. 9-11.

7.Камарова И. Н. и др. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ
ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
//Journal of Integrated Education and Research. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 22-23.

8.Камарова И. Н. и др. РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ
ПОСЛЕРОДОВЫХ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ //Journal of Integrated Education and Research. –
2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 19-21.