

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va
KLINIK TIBBIYOT
JURNALI**



**JOURNAL
of THEORETICAL
and CLINICAL
MEDICINE**

Рецензируемый научно-практический журнал.
Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан.
Журнал включен в научную электронную библиотеку и Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор проф., акад. АН РУз Т.У. АРИПОВА

проф. Б.Т. ДАМИНОВ (заместитель главного редактора),
проф. Г.М. КАРИЕВ, проф. А.М. ХАДЖИБАЕВ, проф. З.С. КАМАЛОВ
Р.З. САГИДОВА (ответственный секретарь)

6

ТОМ 2

ТАШКЕНТ – 2021

- Маликова Д.Б., Курбанов Д.Д., Курбанова М.Т., Жалолов Р.К. Адаптивный иммунитет у женщин с бесплодием на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза **96**
- Мамадалиева Г.И., Рузиева Н.Х., Абдуразакова Г.А. Целесообразность применения CIN-DIAG в диагностике доброкачественных заболеваний шейки матки **99**
- Махмудова С.Е., Агабабян Л.Р. Ранняя диагностика преэклампсии на основе клинико-генетических и эндотелиальных предикторов **102**
- Муратова Н.Д., Ходжаева З.А., Абдурахманова С.И., Сулаймонова Н.Ж. Особенности лечения аденомиоза у женщин раннего репродуктивного возраста **107**
- Наврүзова В.С., Полатова Д.Ш., Юлдашева Н.Ш., Наврүзова Р.С. Эпидемиология РШМ: обзор по Республике Узбекистан (2000-2018 гг.) **109**
- Назмутдинова Д.К., Садуллаева У.А., Каримов А.Х., Чориева У.П., Каюмова Д.Т. Диагностические возможности эхо-доплерометрических исследований у женщин миомой матки и патологией печени в анамнезе **112**
- Nazarov B.B., Sapaeva G.F., Niyazmetov R.E. O`rtalogir darajali genital prolapsi jarrohlik operatsiyalarining natijalarini takomillashtirish **117**
- Назарова Г.Д., Шукүров Ф.И. Состояние овариального резерва у женщин с синдромом поликистозных яичников до и после эндохирургической операции декортикация яичников **119**
- Наркүзиева Г.Б., Мүминова Н.Х., Захидова К.Ш. Иммунная реакция организма женщины репродуктивного возраста на сочетанные вирусные инфекции **121**
- Насирова З.А., Агабабян Л.Р. Применение чистопрогестиновой оральной контрацепции у женщин после абдоминального родоразрешения **123**
- Негмаджанов Б.Б., Зокиров Ф.И. Опыт применения 0,1% бетаметазонового крема при лечении синехий малых половых губ у девочек **125**
- Нигматова Н.М., Бекбаулиева Г.Н. Анализ факторов риска задержки полового развития у девочек-подростков **129**
- Нишанова Ю.Х., Исмаилова М.Х., Ососков А.В., Худойбердиев М.Н. Скрининг рака молочной железы **131**
- Раззакова Н.С., Абдуразакова М.Д., Эшмуратова С. Реализация репродуктивной функции после миомэктомии у женщин позднего репродуктивного возраста. **136**
- Malikova D.B., Kurbanov D.D., Kurbanova M.T., Jalolov R.K. Adaptive immunity in women with infertility against the background of inflammatory diseases of the pelvic organs **96**
- Mamadaliyeva G.I., Ruziyeva N.Kh., Abdurazakova G.A. The expediency of using CIN-DIAG in the diagnosis of benign cervical diseases **99**
- Makhmudova S.E., Agababayan L.R. Early diagnosis of preeclampsia based on clinical-genetic and endothelial predictors **102**
- Muratova N.D., Khodzhaeva Z.A., Abdurakhmanova S.I., Sulaymanova N.Zh. Features of the treatment of adenomyosis in women of early reproductive age **107**
- Navruzova V.S., Polatova D.Sh., Yuldasheva N.Sh., Navruzova R.S. Epidemiology of cervical cancer: an overview of the Republic of Uzbekistan (2000-2018) **109**
- Nazhmudinova D.K., Sadullayeva U.A., Karimov A.H., Choriyeva U.P., Kayumova D.T. Diagnostic possibilities of ultrasound and dopplerometric studies in women with uterine fibroids and liver pathology in anamnesis **112**
- Nazarov B.B., Sapaeva G.F., Niyazmetov R.E. Improvement of the outcome of plastic surgical operations for moderate-severe genital prolapse **117**
- Nazarova G.D., Shukurov F.I. Ovarian reserve status in women with polycystic ovarian syndrome before and after endosurgical surgery decortication of the ovaries **119**
- Narkuziyeva G.B., Muminova N.Kh., Zakhidova R.Sh. The immune response of a woman of reproductive age to combined viral infections **121**
- Nasirova Z.A., Agababayan L.R. The usage of pure progestin oral contraception in women after abdominal delivery **123**
- Negmadjanov B.B., Zokirov F.I. Experience of application of 0.1% betamethasone cream in treatment of labia adhesions in girls **125**
- Nigmatova N.M., Bekbauliyeva G.N. Analysis of the risk factors of the puberty delays in adolescent girls **129**
- Nishanova Yu.Kh., Ismailova M.Kh., Ososkov A.V., Khudoyberdiyev M.N. Breast cancer screening **131**
- Razzakova N.S., Abdurazakova M.D., Eshmuratova S. Realization of reproductive function after myomectomy in women of late reproductive age **136**

- ных мер профилактики: Дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2019. – С. 43-61.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2016. – 235 с.
 4. О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению республики Узбекистан на 2017-21 гг.: Постановление Президента Узбекистан № ПП-2866 п. 4 от 04.04.2017 г.
 5. Юлдашева Н.Ш., Наврузова В.С., Махмудова З.Ш. Бачадон буйни саратони скрининг текширувлари: Метод. кулланма. – Тошкент, 2013. С. 5-14.
 6. IARC (2020). GLOBOCAN – Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2020. – IARC Cancer Base No. 10. Available from. - <http://globocan.iarc.fr>
 7. Ferlay J., Parkin D.M., Curado M.P. et al. Cancer Incidence in Five Continents // IARC Cancer Base. – 2010. – Vol. I. to IX: [Internet]. Lyon: IARC. Available at <http://ci5.iarc.fr>.
 8. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M. et al. GLOBOCAN // IARC Cancer Base. – 2012. – Vol. 1. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Cancer Base No. 11 [Internet]. Available at <http://globocan.iarc.fr>.
 9. Jemal D., Siegel M., Ward D. et al. Cancer Statistics, 2006 // C. A. Cancer J. Clin. – 2006. – Vol. 56. – P. 106-130.

УДК: 616.137.73-005.7:616-005.1-08:618.14-006.36

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭХО-ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ЖЕНЩИН МИОМОЙ МАТКИ И ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ В АНАМНЕЗЕ

Нажмутдинова Д.К., Садуллаева У.А., Каримов А.Х., Чориева Г.З., Каюмова Д.Т.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Бачадон миомаси билан 65 аёлларни текшириш жисгар трансaminaзалари, асетилгидропероксид даражалари ва қизил қон ҳужайралари сорбцион қуввати, юқори юқумли индекс (64,6% гача) гепатобилиар тизими касалликлари юқори даражада учраиши (21,5-50,8%) намоён бўлди, ва субмукоз тўғунлар бўлган барча аёлларда анемия аниқланди. Миоманинг ультратовуш мезонлари сезувчанлик юқори даражада (99%) ва ўзига хослиги (77%) билан аниқланди, ва бачадон-тўғундон қон оқимининг доплерометрик параметрлари хусусиятлари клиник кечиши ва бачадон миомаси асоратларига боғлиқ ҳолда тахлил қилинган.

Калим сўзлар: бачадон миомаси, гепатобилиар касалликлар, рангли доплер хариталаш, ультратовуш текшируви, пўлсация индекси, қаршилик индекси, систолик-диастолик муносабати.

Согласно данным литературы, что наиболее информативным методом в диагностике миомы матки является ультразвуковое сканирование [1,4,5]. Необходимым условием выбора тактики ведения женщин с миомой, метода и объема хирургического лечения является четкое представление о локализации, размерах, особенностях структуры миоматозных узлов и их кровоснабжения.

Благодаря стремительному развитию компьютерных технологий ультразвуковая диагностика позволяет получить и проанализировать большой объем

SUMMARY

The examination of 65 women with uterine fibroids determined a high frequency (up to 64.6%) of diseases of the hepatobiliary system (confirmed by an increased level of hepatic transaminases, levels of acetylhydroperoxides and the sorption capacity of red blood cells), a high infectious index (21.5-50.8%) and anemia in all women with a submucous form. Ultrasound criteria of fibroids were determined with a high degree of sensitivity (99%) and specificity (77%), and features of Doppler parameters in the utero-ovarian blood flow were revealed, depending on the clinical course and complications of uterine fibroids.

Key words: uterine fibroids, hepatobiliary diseases, color Doppler mapping, ultrasound examination, pulsation index, resistance index, systolic-diastolic ratio.

информации. Внедрение современных ультразвуковых диагностических технологий позволяет оценить величину, структурные особенности, топографию миоматозного узла, а также определить характер его васкуляризации и объемного кровотока [7,8,10]. Цветовое доплеровское картирование (ЦДК) и доплерография помогает обнаружить сосуды, питающие миому и формирующие область ангиогенеза, в виде правильного кольца по периферии опухоли и центральные внутриопухолевые сосуды, развивающиеся в ответ на ангиогенную активность опухоли.

левых клеток [6,7,9]. Проведенный рядом авторов анализ кривых скоростей кровотока позволил установить, что у больных миомой матки, в отличие от здоровых женщин, снижены показатели сосудистой резистентности в маточных артериях [5].

Ведущая роль в развитии миомы матки принадлежит гиперэстрогении вследствие изменения метаболизма стероидных гормонов в печени. Дисгормональная природа опухоли обуславливает наличие ряда метаболических нарушений, в том числе и функциональную недостаточность печени. Как известно, в формировании гормональных нарушений, являющихся одними из главных звеньев патогенеза миомы матки, непосредственное участие принимает печень, активно участвующая в метаболизме эстрогенов. Из многочисленных метаболических функций печени при миоме матки наиболее часто изменяются ферментативная инактивация и конъюгация стероидных гормонов с глюкуроновой и серной кислотами [2,3,9]. Это обстоятельство в определенной степени объясняется тем, что у больных миомой матки часто обнаруживаются различные заболевания печени и желчевыводящих путей, способствующие нарушению метаболизма эстрогенов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эхо-доплерометрических показателей сосудов матки и функционального состояния печени у женщин с миомой матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 95 женщин в возрасте от 30 до 45 лет. Основную группу составили 65 женщин с миомой матки, которым проводились эхо-, доплерографические исследования. Контрольной группой были 30 здоровых женщин. При исследовании применялась ультразвуковая технология визуализации кровотока – ЦДК, основанное на регистрации скоростей движения крови, кодировании их разными цветами и наложении полученной картины на черно-белое изображение, что значительно упрощает обнаружение сосудов.

При спектральной (импульсно-волновой) доплерометрии получали характерную для каждого сосуда кривую скорости кровотока (КСК) с целью цифровой оценки фаз систолы и диастолы. При определении линейных скоростей кровотока крупных сосудов использовали относительные показатели: индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ), систоло-диастолическое отношение (СДО). Оценка кровотока матки и придатков проводили, используя трансвагинальную эхографию (ТВЭ). Применяли датчик с частотой 6,5 мГц. Исследования проводились в маточных, аркуатных, яичниковых артериях, а также изучался кровоток в миоматозном узле.

Нами также исследовано функциональное состояние печени у больных миомой. Проводили биохимические исследования крови (определение уровня билирубина, белка и белковых фракций, ас-

партаг- и аланинаминотрансфераз). Антипириновая проба выполнялась по обычной методике (в крови). Определялись промежуточные и конечные продукты окисления липидов, сорбционная способность эритроцитов (ССЭ).

В зависимости от результатов ультразвукового исследования пациентки основной группы были разделены на 3 подгруппы: 1-я – 20 с субсерозной формой миоматозного узла, 2-я – 20 с субмукозным расположением узла, 3-я – 25 с интерстициальной формой миоматозного узла.

Проведенный клиничко-лабораторный анализ показал высокую частоту экстрагенитальных заболеваний у пациенток с миомой матки. Так, хронический холецистит и хронический гепатит в основной группе встречался соответственно у 64,6 и 18,6% обследованных, в контрольной группе – у 26,7 и 6,7%. У пациенток основной группы выявлена постгеморрагическая анемия различной степени тяжести. У всех 20 (100%) пациенток с субмукозной миомой матки содержание гемоглобина снижалось до 80 г/л, количество эритроцитов – до $2,5 \times 10^{12}$. У 60% больных с другими формами расположения опухоли эти показатели составили соответственно 102 г/л и $3,3 \times 10^{12}$. У больных основной группы наблюдался высокий процент инфекционно-воспалительных заболеваний (в пределах 21,5-50,8%) на фоне анемии и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Следовательно, миома матки развивалась у женщин со сниженной иммунологической реакцией организма.

При сравнении функциональных показателей гепатобилиарной системы существенных различий у больных не обнаружено. Но по сравнению с контрольной группой отмечалось повышение активности аспаратаминотрансферазы ($0,65 \pm 0,02$ и $0,69 \pm 0,5$ мкмоль/л) и аланинаминотрансферазы ($0,75 \pm 0,07$ и $0,85 \pm 0,08$ мкмоль/л), которые являются индикаторами – ферментами, выполняющими внутриклеточные функции и активизирующимися при повреждении гепатоцитов различными факторами. В показателях общего белка и альбуминов различий не выявлено. У больных 1-й, 2-й и 3-й групп уровень α -1 глобулинов ($4,57 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,15$) и α -2 глобулинов ($11,7 \pm 0,46$ и $9,7 \pm 0,63$) был выше, чем в контрольной группе. Пигментообразовательная система печени была достоверно снижена: уровень общего билирубина у пациенток 1-й группы составлял $14,1 \pm 0,6$ мкмоль/л, 2-й – $13,2 \pm 0,9$ мкмоль/л, 3-й – $12,7 \pm 0,8$ мкмоль/л, у здоровых – $16,8 \pm 1,0$ мкмоль/л.

У обследованных больных установлено удлинение периода полураспределения (T1/2) антипирина 37-68%, кажущийся объем распределений был в 1,5-2 раза больше, чем у здоровых. Так, уровень ацетилгидроперекисей превышал показатели здоровых женщин в 3,4 и 3,92 раза. Содержание малонового диальдегида изменялось менее выражено.

Анализ полученных результатов свидетельствует об взаимно-обусловленном повышенном содер-

жании АГП и ССЭ, что является одним из механизмов развития синдрома эндогенной интоксикации у женщин с миомой матки. Степень выраженности этих изменений была значительной у пациенток с постгеморрагической анемией, чаще обусловленной субмукозным расположением опухоли. Таким образом, у больных миомой матки выявлены нарушения антитоксической функции печени в зависимости от расположения узла и характера нарушений менструальной функции, что диктует необходимость проведения целенаправленной коррекции функции печени назначением гепатопротекторов. Больных миомой матки следует выделять в группу риска по патологии гепатобилиарной системы. Лечение и наблюдение этих больных должно проводиться совместно с гинекологом и терапевтом.

При проведении ультразвукового исследования нами установлены следующие эхографические признаки миомы матки: увеличение размеров матки, деформация ее контуров, округлая и овоидная форма патологического образования миометрия, однородная структура узлов, четкие и ровные контуры узла, по мере роста опухоли гипо-, изо-, гиперэхогенные участки различной формы и размеров.

Необходимо отметить, что увеличение размеров матки происходит не только за счет наличия миомы, но и за счет гипертрофии неизмененного миометрия. Правильная, округло-овальная форма характерна для небольших узлов. Эхогенность во многом зависела от гистологического строения: чем более выражен фиброзный (соединительнотканый) компонент, тем выше эхогенность узла.

Как известно, развитие узла всегда начинается межмышечно (интерстициально). По нашим данным, в 62% случаев опухоль оставалась интерстициальной (интрамуральной). При небольших размерах миомы, ведущим признаком явилось увеличение передне-заднего размера матки. По мере роста начиналась деформация наружного контура матки (тенденция к субсерозному росту). Субсерозно расположенные узлы встречались в 26% случаев. При трансабдоминальном исследовании опухолей больших размеров из-за повышенной эхогенности и «слоистой» структуры снижается звукопроводимость, создается акустическая тень, что ведет к недостаточной визуализации расположенных дистальнее по отношению к датчику участков как самого узла, так и миометрия. Однако это можно компенсировать применением трансвагинального сканирования, при котором также дистальные отделы будут хуже определяться, но ультразвуковой луч проходит в направлении от миометрии к узлу и серозной оболочке матки. Следовательно, при совмещении двух доступов (абдоминальной и вагинальной) информация о состоянии опухоли и миометрия с эндометрием будет более полной.

При формировании миомы в миометрии на границе с серозной оболочкой образуется основание узла, которое бывает довольно узким (так называемая

«ножка»). Во время ультразвукового исследования создается впечатление отсутствия общей связи его с маткой. Тщательный поиск основания узла даже при трансвагинальном доступе не всегда дает положительный результат. Применение ЦДК облегчает эту задачу, когда в большинстве случаев удается визуализировать сосуды, проходящие в ножке. Субсерозные узлы, особенно больших размеров, могут приводить к стойкому синдрому тазовых болей за счет растяжения и раздражения брюшины. Кроме того, они могут нарушать функцию рядом расположенных органов (мочевой пузырь, кишечник). Поэтому при обнаружении опухолей больших размеров, особенно расположенных по боковым стенкам матки, необходимо обследовать почки с целью выявления нарушения уродинамики.

Субмукозное расположение узла наблюдалось в 12,0% случаев. В этом случае происходит деформация срединного комплекса, лучше выявляемая в секреторную фазу цикла эндометрия повышенной эхогенности. Если миома интерстициальная с центрипетальным ростом, то часть ее остается погруженной в миометрий, а внутрипросветная часть покрыта эндометрием. Данная дифференциальная диагностика необходима для выработки дальнейшей тактики ведения больной и определения метода лечения и хирургического доступа.

Необходимо отметить, что даже небольшая по размерам субмукозная миома матки приводит к выраженным клиническим проявлениям в виде гиперполименореи, бесплодию и невынашиванию беременности. В наших исследованиях преобладала субмукозная форма миомы матки, сопровождающаяся обильным кровотечением и осложнившаяся анемией. В связи с этим объем операции увеличивался до тотальной и субтотальной гистерэктомии.

Для диагностики роста опухоли мы измеряли объем опухоли в динамике каждые две недели. Диагностическими критериями «быстрого роста» миоматозного узла является увеличение его объема на 10 см³ и более при повторной эхографии через месяц.

Сочетание абдоминального и вагинального доступа ультразвукового исследования, по нашим данным, способствовало повышению точности диагностики миомы матки до 98,8%.

По полученным данным, эхографическими диагностическими признаками миомы матки являются:

- увеличение размеров матки,
- деформация контуров матки,
- округлой и овоидной формы патологические образования (узлы) миометрия,
- однородная структура узлов.
- четкие и ровные контуры узла.
- по мере роста опухоли определение гипо-, изо-, гиперэхогенных участков различной формы и размеров.

Эхографическими диагностическими признаками осложнений миомы матки являются:

1. При «быстром росте» миомы (пролиферирующая):

а) выраженная неоднородность узла за счет чередующихся участков гипо- и гиперэхогенности зон,

б) выраженная деформация наружного контура,

в) увеличение объема миоматозного узла на 10 см³ и более при повторной эхографии через месяц;

2. При «отеке узла»:

а) гипозоногенное образование,

б) симптом «усиления отражения» от задней стенки узла,

в) в динамике значительное увеличение размеров узла вследствие отека;

3. При нарушении питания узла и некрозе:

а) анэхогенные полости различной формы и размеров,

б) полная кистозная дегенерация миомы,

в) утолщение периферической зоны опухоли,

г) выраженная неоднородность узла: гиперэхогенные участки, в которых встречаются анэхогенные полости.

Комбинирование абдоминального и вагинального доступа ультразвукового исследования способствуют повышению информативности и точности диагностики миомы матки и ее осложнений до 98%.

Изучение скорости кровотока у пациенток контрольной (здоровой) группы показало, что достоверной разницы в маточных, аркуатных и яичниковых артериях справа и слева нет. Так, ИР в маточных артериях с обеих сторон составил $0,83 \pm 0,06$ и $0,84 \pm 0,04$, в аркуатных артериях – $0,82 \pm 0,01$ и $0,82 \pm 0,01$, в яичниковых артериях – $0,80 \pm 0,06$ и $0,81 \pm 0,07$. Показатели ПИ в исследуемых сосудах справа и слева также достоверно не отличались. Следовательно, скорость кровотока в матке у здоровых женщин как справа, так и слева одинаковая.

Сравнение показателей индексов сосудистых сопротивлений у женщин с миомой матки (основная группа) и здоровых женщин (контрольная группа) также установило отсутствие достоверной разницы в скорости кровотока. Так, ИР у женщин с миомой матки без осложнений был равен справа и слева в маточных артериях $0,82 \pm 0,01$ и $0,80 \pm 0,01$, аркуатных артериях – $0,82 \pm 0,03$, яичниковых артериях – $0,81 \pm 0,08$ и $0,80 \pm 0,08$, соответственно и достоверных отличий данных показателей от показателей контроля не наблюдалось. Показатели ПИ в исследуемых сосудах у женщин с миомой матки без осложнений также достоверно не отличались от контроля.

Таким образом, скорость кровотока в исследуемых сосудах у женщин с миомой матки без осложнений была такая же, как и у здоровых женщин репродуктивного возраста.

По результатам наших исследований, в зависимости от ведущего осложнения основную группу

разделили на подгруппы: 1-я подгруппа – женщины с бессимптомной миомой, 2-я подгруппа – 18 женщин с «гиперполименореей», 3-я подгруппа – 12 пациенток с «быстрым ростом», 4-я подгруппа – 5 больных с «отеком узла».

При сравнении показателей СДО исследуемых сосудов у женщин 1-й подгруппы установлено достоверное снижение его в сосудах матки $-1,75 \pm 0,31$ ($p < 0,01$). Так, у пациенток с «гиперполименореей» этот показатель в маточных артериях в среднем составил $3,27 \pm 0,13$ ($p < 0,01$); в аркуатных артериях – $2,39 \pm 0,05$ ($p < 0,001$); $3,14 \pm 0,81$ – в яичниковом кровотоке.

При «быстром росте» (3-я подгруппа) СДО составил справа $2,20 \pm 0,04$ ($p < 0,01$) в маточных артериях, $2,07 \pm 0,10$ в аркуатных артериях. При «быстром росте» СДО в маточных артериях при первом исследовании был равен $3,4 \pm 0,1$ справа, $3,7 \pm 0,2$ слева, при повторном исследовании через месяц – $2,2 \pm 0,01$ справа, $2,4 \pm 0,1$ слева, т.е. достоверно ниже ($p < 0,05$).

ИР исходно в маточных артериях был равен $0,7 \pm 0,01$ справа, $0,7 \pm 0,02$ слева. При втором исследовании этот показатель был равен соответственно $0,6 \pm 0,009$ и $0,6 \pm 0,01$, т.е. по сравнению с первым исследованием достоверно снижался ($p < 0,05$). В остальных сосудах достоверных изменений не наблюдалось. Следовательно, при «быстром росте» кровотоков резко увеличивается только в маточных артериях.

В случаях «отека узла» (4-я подгруппа) показатели СДО достоверно снизились, составив в маточных артериях справа – $2,48 \pm 0,13$ ($p < 0,001$), слева – $2,60 \pm 0,01$ ($p < 0,01$), в яичниковых артериях справа – $3,54 \pm 0,06$ ($p < 0,001$), слева – $3,54 \pm 0,06$ ($p < 0,05$).

ИР в исследуемых сосудах у женщин с осложнениями миомы матки были равны: с «гиперполименореей» (2-я подгруппа) в маточных артериях $0,68 \pm 0,01$ справа, $0,66 \pm 0,01$ слева; в аркуатных артериях $0,58 \pm 0,08$ справа, $0,60 \pm 0,05$ слева; в яичниковых артериях – $0,48 \pm 0,12$ справа, $0,50 \pm 0,12$ слева.

При «быстром росте» (3-я подгруппа) ИР в маточных артериях составил $0,58 \pm 0,09$ справа, $0,59 \pm 0,01$ слева; в аркуатных артериях $0,52 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) слева, $0,55 \pm 0,09$ справа; в яичниковых артериях $0,78 \pm 0,09$ справа, $0,80 \pm 0,11$ слева.

В случаях «отека узла» (4-я подгруппа) ИР в маточных артериях был равен $0,58 \pm 0,02$ справа, $0,60 \pm 0,02$ слева; в аркуатных артериях справа и слева – $0,73 \pm 0,19$, в яичниковых артериях $0,74 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) справа, $0,76 \pm 0,02$ слева.

ПИ исследуемых сосудов у женщин с осложнениями миомы матки составил: с «гиперполименореей» (2-я подгруппа) в маточных артериях $1,02 \pm 0,02$ ($p < 0,01$) справа, $0,97 \pm 0,02$ слева; в аркуатных артериях $0,82 \pm 0,01$ справа, $0,84 \pm 0,01$ слева; в яичниковых артериях $0,80 \pm 0,20$ справа, $0,82 \pm 0,20$ слева. Внутриопухолевой кровотоков определялся и ПИ был равен $0,62 \pm 0,11$.

В 3-й подгруппе (с «быстрым ростом») этот показатель был равен в маточных артериях $0,80 \pm 0,01$ ($p < 0,01$) справа, $0,82 \pm 0,02$ слева; в аркуатных артериях $0,72 \pm 0,02$ справа, $0,78 \pm 0,02$ ($p < 0,01$) слева; в яичниковых артериях $1,27 \pm 0,04$ справа, $1,36 \pm 0,04$ слева. Внутриопухолевой кровотоки определялся, ПИ был равен $0,71 \pm 0,01$.

У женщин с миомой матки, осложнившейся «отеком узла» (4-я подгруппа) ПИ в маточных артериях был равен $0,82 \pm 0,04$ справа, $0,88 \pm 0,08$ слева; в аркуатных артериях – $0,72 \pm 0,02$, в яичниковых артериях – $1,08 \pm 0,02$ справа, $1,18 \pm 0,04$ слева. Достоверное снижение этого показателя отмечалось в аркуатных артериях слева ($p < 0,001$), в яичниковых артериях справа ($p < 0,01$). Определялся внутриопухолевой кровотоки, и ПИ в этой подгруппе был равен $0,62 \pm 0,02$.

Проведенные ЦДК и доплерометрические исследования показали, что при осложнении миомы матки «гиперполименореей» отмечается усиление кровотока в маточных и аркуатных артериях в среднем на 30% и более, а в яичниковых скорость крови остается без достоверных изменений. При «быстром росте» скорость кровотока в маточных и аркуатных артериях повышается в среднем на 50% и более по сравнению с миомой матки без осложнений.

В случае «отека узла» отмечается увеличение кровотока в аркуатных артериях в среднем на 40%, а в маточных – в среднем на 25%. В яичниковых артериях достоверного изменения кровотока не установлено.

Таким образом, диагностическими критериями осложнений миомы матки при ЦДК и доплерометрии являются:

1. Чем меньше узел, тем реже в нем определяются сосуды.

2. Минимальная васкуляризация отмечается в простой миоме, более выраженная – в пролиферативной.

3. Аваскуляризация кистозных полостей.

4. При «гиперполименорее» и «быстром росте» усиление кровотока в маточных и аркуатных артериях на 30-50%.

5. При «отеке узла» – усиление кровотока в аркуатных артериях в среднем на 40%, в маточных артериях – в среднем на 25%.

6. При ЦДК определяются: выраженная васкуляризация узла и внутриопухолевой кровотоки.

Проведение комплексного УЗИ (абдоминальная и трансвагинальная эхографии, ЦДК и доплерометрия) способствовало повышению точности диагностики миомы матки и ее осложнений с воспроизводимостью – 96%, чувствительностью – 99%, специфичностью – 88%. Таким образом, скорость кровотока, ПИ и ИР в маточных артериях зависит от степени пролиферативного процесса миоматозного узла, что также дает возможность прогнозировать интенсивность роста опухоли и выбора дальнейшей тактики ведения этих женщин [10].

ВЫВОДЫ

1. Больных с миомой матки следует выделять в группу риска по патологии гепатобилиарной системы, что подтверждается нарушением антитоксической функции печени, причем в зависимости от расположения узла и характера нарушений менструальной функции.

2. Необходимо проведения целенаправленной коррекции функции печени совместно с гинекологом и терапевтом. Кроме того, для дифференцированного лечебного подхода к ведению больных миомой матки рекомендуется сочетание абдоминального и вагинального доступа ультразвукового исследования, что способствует повышению точности диагностики миомы до 98,8%, а проведение ЦДК с определением индексов кровотока способствует своевременной и точной диагностике осложнений в виде быстрого роста и отека, нарушения питания и некроза миоматозного узла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина А.В., Крутова В.А., Наумова Н.В. Алгоритм дифференциальной диагностики простой и пролиферирующей миомы матки на основании данных ультразвукового исследования // *Фундамент. иссл.* – 2013. – №11-1. – С. 17-21.
2. Борисова Ю.Ф. О некоторых функциях печени при различных нарушениях менструального цикла // *Акуш. и гин.* – 1982. – №4. – С.33-37.
3. Борисова Ю.Ф., Маусымбаева Н.Б., Неверов И.В. Клинико-патогенетические варианты миомы матки и липидный спектр крови // *Вопросы реабилитации при миоме матки.* – М., 1978. – С. 50-53.
4. Буянова С.Н., Титченко Л.И., Титченко И.П. и др. Возможности современных УЗ-технологий в определении клинико-патогенетического варианта миомы // *Рос. вестн. акуш.-гин.* – 2007. – Т. 7, №5. – С. 36-38.
5. Каримов А.Х., Ахмедова Г.А. Цветное доплеровское картирование в оценке осложнений миомы матки // *Ультразвуковая и функциональная диагностика: Сб. тез. 5-го Съезда ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. Тема 1. Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии.* – М., 2007. – №4. С. 60-61.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб: ЭЛБИ, 2000. – С. 18-52.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Лебедев В.А. и др. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение // *Вопр. акуш., гинекол. и перинатол.* – 2008. – №4. – С. 7-18.
8. Irnazarova D.Kh., Yuldasheva D.Yu., Najmutdinova D.K. et al. Vitamin D status in women with uterine fibroids of the Uzbek population // *J. Crit. Rev.* – 2020. – Vol. 7, Is. 17. – P. 2240-2250.
9. Irnazarova D.Kh., Yuldasheva D.Yu., Najmutdinova

D.K. et al. Effect of Excess Body Weight and Deficiency of Vitamin A D on the Clinical Course of Uterine Myoma // Europ. J. Mol. Clin. Med. – 2020. – Vol. 7, Is. 3. – P. 3317-3329.

10. Irmazarova D.Kh., Yuldasheva D.Yu., Najmutdinova

D.K. et al. Duplex scanning of uterine arteries in diagnosis of uterine fibrous // international forum: problems and scientific solutions. Proceedings of the 5th International Scientific and Practical Conference. – Melbourne (Australia), 2020. – P. 76-83.

УДК 618.14-007.42-007.44: 616-089.

O'RTA-OGIR DARAJALI GENITAL PROLAPSI JARROHLIK OPERATSIYALARINING NATIJALARINI TAKOMILLASHTIRISH

Nazarov B. B.,¹ Sapayeva G. F.,² Niyazmetov R. E.³

¹ Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti,

² Xorazm viloyati Urganch tumani tug'ruq kompleksi akusher-ginekologiyasi,

³ Akusherlik ginekologiya kafedrasini

РЕЗЮМЕ

Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения 102 больных пролапсом гениталий III и IV степени. Применение метостыля способствовало повышению скорости регенерации ткани и улучшило показатели эффективности хирургического лечения больных пролапсом внутренних половых органов. Использование метостыля позволило сократить сроки лечения в среднем на $1,6 \pm 0,3$ суток.

Ключевые слова: Проллапс гениталий, метостиль, пластические хирургические операции.

ALOQADORLIK

Jinsiy organlarning prolapsi – nafaqat menopauza-dagi ayollarda, balki ko'pincha yosh ayollarda ham jiddiy muammo hisoblanadi. So'nggi o'n yilliklarda, ayollarning genital prolapsasi muammosi, ayniqsa, tarqalishi va hayot sifatiga o'ta salbiy ta'sir ko'rsatishi tufayli keskinlashdi [5,6]. Genital prolapsning jarrohlik davolash muammosi akusherlik va ginekologik kongresslar va konferentsiyalarda muntazam muhokama qilinadigan mavzu [2; 4].

Genital prolapsni tos bo'shlig'i grijasi deb hisoblash kerak. Ko'pincha, ayollarda boshqa lokalizatsiya grijasi tarixi bor [3]. Agar ilgari bu patologiyaning asosiy sababi biriktiruvchi to'qima displaziya ekanligi haqida fikr ustun kelgan bo'lsa, keyingi yillarda kasallik sabablari orasida perineal travma pariteti yuqori, bachadonning ligamentli apparati zaifligi va qon ta'minoti buzilgan tos organlarida tobora ko'proq uchraydi [4,7].

Yuqorida aytilganlarning barchasi trofik regenerative jarayonlar intensivligining pasayishi uchun birqa tor tabiiy shart – sharoitlarni yaratadi, bu esa asoratlar, nuqsonli epitelizatsiya va kasallikning qaytalanish xavfini tug'diradi. Vaginada operatsiyadan keyingi tikuvlarni qayta ishlashning an'anaviy usullari faqat antiseptik ta'sir ko'rsatishga qaratilgan [1].

SUMMARY

We conducted a comparative analysis of the results of treatment of 102 patients with genital prolapse of the III and IV degrees. The use of metostyle contributed to an increase in the rate of tissue regeneration and improved the effectiveness of surgical treatment of patients with prolapse of the internal genital organs. The use of metostyle allowed to reduce the duration of treatment by 1.6 ± 0.3 days.

Key words: Genital prolapse, metostyle, plastic surgery.

Biz kombinatsiyalangan dorilarni qo'lladik: vaginal sham shaklida metostil-antibakterial, yallig'lanishga qarshi va antifungal preparat.

Bitta sham quyidagilarni o'z ichiga oladi: 200 mg metronidazol, 160 mg klotrimazol va 8 mg xlorheksidin. Preparat antibakterial ta'sirga ega va shilliq pardalarning yangilanishini kamaytiradi.

TADQIQOTNING MAQSADI

operatsiyadan keying davrda genital prolaps bilan Metostilning samaradorligini o'rganish.

MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI

Klinik tadqiqotlar Buxoro viloyati perinatal markazida va “Lora-stom” xususiy klinikasida 2017 yildan 2020 yilgacha o'tkazildi. Tadqiqotga ko'ra jinsiy a'zolarining prolapsasi va prolapsi uchun vaginal yo'l bilan plastic jarrohlik amaliyotini o'tkazgan, bularga 39 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan 102 bemor kirdi. Reproktiv davrda 28 (27,4%) ayol, perimenopozal davrda 33 (32,3%) ayol, menopauzadan keying davrda 41 (40,1%) ayol bor edi.

Operatsiyadan oldin barcha bemorlar standart tibbiy ko'rikdan o'tdilar. Kasallikning davomiyligi 3 yoshdan 16 yoshgacha o'zgargan.

TADQIQOT NATIJALARI VA ULARNI MUHOKAMA QILISH

Bemorlarimiz quyidagi holatlarda jarrohlik amaliyo-