

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 2(34)

2025 г.

Учредитель

Государственное учреждение
«Республиканский научно-
практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»

Журнал включен в

Перечень научных изданий
Республики Беларусь
для опубликования
диссертационных исследований
по медицинской
и биологической
отраслям науки
(31.12.2009, протокол 25/1)

Журнал зарегистрирован

Министерством информации
Республики Беларусь,
Свид. № 762 от 6.11.2009

Подписано в печать 16.06.25
Формат 60×90/8. Бумага мелованная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 120 экз.
Усл. печ. л. 11,5. Уч.-изд. л. 7,16.
Зак. 191.

Издатель ГУ «Республиканский
научно-практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»
Свидетельство N 1/410 от 14.08.2014

Отпечатано в
КУП «Редакция газеты
«Гомельская праўда»
г. Гомель, ул. Полесская, 17а

ISSN 2074-2088

Главный редактор,

председатель редакционной коллегии

А.В. Рожко (д.м.н., профессор)

Редакционная коллегия

В.С. Аверин (д.б.н., профессор, зам. гл. редактора),
В.В. Аничкин (д.м.н., профессор), В.Н. Беляковский (д.м.н.,
профессор), К.Н. Буздалькин (к.т.н., доцент), Н.Г. Власова (д.б.н.,
профессор, научный редактор), А.В. Величко (к.м.н., доцент),
И.В. Веялкин (к.б.н., доцент), Н.Н. Веялкина (к.б.н., отв.
секретарь), А.В. Воропаева (к.б.н., доцент), Д.И. Гавриленко
(к.м.н.), М.О. Досина (к.б.н., доцент), А.В. Жарикова (к.м.н.),
С.В. Зыблева (д.м.н., доцент), С.А. Игумнов (д.м.н., профессор),
А.В. Коротаяев (к.м.н., доцент), А.Н. Лызилов (д.м.н., профессор),
А.В. Макарьчик (к.м.н., доцент), С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор),
В.М. Мицура (д.м.н., профессор), Я.Л. Навменова (к.м.н.,
доцент), Э.А. Надыров (к.м.н., доцент), И.А. Новикова (д.м.н.,
профессор), Э.Н. Платошкин (к.м.н., доцент), Э.А. Повелица
(к.м.н.), А.С. Подгорная (к.м.н.), Ю.И. Рожко (к.м.н., доцент),
И.П. Ромашевская (к.м.н., доцент), А.П. Саливончик (к.б.н.),
А.Е. Силин (к.б.н., доцент), А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор),
И.О. Стома (д.м.н., профессор), Н.И. Шевченко (к.б.н., доцент),
Ю.И. Ярец (к.м.н., доцент)

Редакционный совет

А.В. Аклеев (д.м.н., профессор, Челябинск), О.В. Алейникова
(д.м.н., чл.-кор. НАН РБ, Минск), С.С. Алексанин (д.м.н.,
профессор, Санкт-Петербург), Е.Л. Богдан (Минск),
Л.А. Бокерия (д.м.н., академик РАН и РАМН, Москва),
А.Ю. Бушманов (д.м.н., профессор, Москва), И.И. Дедов (д.м.н.,
академик РАМН, Москва), В.И. Жарко (Минск), К.В. Котенко
(д.м.н., профессор, Москва), В.Ю. Кравцов (д.б.н., профессор,
Санкт-Петербург), Н.Г. Кручинский (д.м.н., профессор, Пинск),
Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), Д.А. Пиневиц (Минск),
В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), А.А. Усс
(д.м.н., профессор, Минск), В.А. Филонюк (д.м.н., профессор,
Минск), Р.А. Часнойть (к.э.н., Минск), В.Д. Шило (Минск)

Технический редактор

С.Н. Никонович

Корректор

Н.Н. Юрченко

Адрес редакции

246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,
ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», редакция журнала
тел (0232) 38-95-00, факс (0232) 37-80-97
<http://www.mbp.rcrm.by> e-mail: mbp@rcrm.by

© Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека», 2025

№ 2(34)

2025

Medical and Biological Problems of Life Activity

Scientific and Practical Journal

Founder

Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

Journal registration
by the Ministry of information
of Republic of Belarus

Certificate № 762 of 6.11.2009

© Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

ISSN 2074-2088

Обзоры и проблемные статьи**Reviews and problem articles****М.Ю. Юркевич, Ж.А. Ибрагимова****M.Yu. Yurkevich, J.A. Ibragimova**

Нейротрофический фактор головного мозга (BDNF) и его роль в нейробиологических процессах

Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and its role in neurobiological processes

5

Медико-биологические проблемы**Medical-biological problems****Н.Г. Власова, К.Н. Буздалкин, Л.Н. Эвентова, А.Н. Матарас, Г.Н. Евтушкова****N.G. Vlasova, C.N. Bouzdalkin, L.N. Eventova, A.N. Mataras, G.N. Yevtushkova**

Прогноз индивидуализированных накопленных доз внутреннего облучения

Prediction of individualized accumulated doses of internal radiation

14

Е.А. Примакова, С.И. Кривенко, Е.А. Назарова, А.А. Сыманович, Е.Г. Юркина, А.А. Гомон, Н.И. Дедюля, Н.Ф. Миланович, С.В. Коротков**E.A. Prymakova, S.I. Krivenko, E.A. Nazarova, A.A. Symanovich, E.G. Yurkina, A.A. Gomon, N.I. Dedyulya, N.F. Milanovich, S.V. Korotkov**

Роль растворимых факторов в МСК-опосредованной иммунорегуляции

The role of soluble factors in MSC-mediated immunoregulation

21

Клиническая медицина**Clinical medicine****В.И. Бронский, С.В. Толканец, К.В. Бронская, Е.Н. Гаврилюк****V.I. Bronsky, S.V. Tolkanets, K.V. Bronskaya, E.N. Gavrilyuk**

Диссомния в структуре постковидного синдрома

Dyssomnia in the structure of post-covid syndrome

27

Д.А. Евсеенко, Н.В. Чуешова, Н.Н. Веялкина, З.А. Дундаров**D.A. Evseenko, N.V. Chueshova, N.N. Vejalkina, Z.A. Dundarov**

Формула расчёта индекса окислительного стресса у пациентов с циррозом печени и острой кровопотерей

Formula for calculating oxidative stress index in patients with liver cirrhosis and acute blood loss

35

Л.А. Кобылко, Н.В. Галиновская, Г.Е. Литвинов**L.A. Kabyłka, N.V. Halinouskaya, H.E. Litvinau**

Факторы, влияющие на выраженность болевого синдрома и качество жизни у пациентов после реваскуляризации миокарда с болями в нижней части спины

Factors influencing the severity of pain syndrome and quality of life in patients after myocardial revascularization with low back pain

43

Ю.К. Куликович, А.А. Лызиков, М.Л. Каплан, Д.Б. Куликович**Yu.K. Kulikovich, A.A. Lyzikov, M.L. Kaplan, D.B. Kulikovich**

Отдалённые результаты открытых реконструктивных вмешательств на артериях бедренно-подколенного сегмента

Long-term results of open reconstructive interventions on the arteries of the femoropopliteal segment

51

- В.Н. Мартинков, Д.К. Новик, А.Е. Силин, Ю.И. Ярец, И.Б. Тропашко, Д.А. Близин, О.В. Мурьчева, К.В. Бронская, И.Г. Мацак**
Взаимосвязь сывороточного С-реактивного белка с клинико-лабораторными характеристиками пациентов с истинной полицитемией 58
- В.N. Martinkov, D.K. Novik, A.E. Silin, Yu.I. Yarets, Y.B. Tropashko, D.A. Blizin, O.V. Murychava, K.V. Bronskaya, I.G. Matsak**
Association between serum C-reactive protein levels and clinical and laboratory characteristics of patients with polycythemia vera
- Ж.Н. Медведева, А.С. Подгорная, Ю.А. Лызикова**
Исход оперативного вмешательства у пациенток с миомой матки в ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» 65
- Zh.N. Medvedeva, A.S. Podgornaya, Yu.A. Lyzikova**
Outcome of surgical intervention in patients with uterine fibroids in the SI «Republican research center for radiation medicine and human ecology»
- Th.H. Nguyen, D.S. Nguyen, M.Th. Nguyen**
The status of worker's mental health disorder in manufacture enterprises of Vietnam 71
- T.H. Нгуен, Д.С. Нгуен, М.Т. Нгуен**
Состояние расстройств психического здоровья у рабочих производственных предприятий Вьетнама

Обмен опытом**Experience exchange**

- А.Ю. Захарко, А.С. Подгорная, О.В. Мурашко, Н.Н. Лакотко**
Нитевые технологии в эстетической гинекологии 78
- A.Yu. Zakharko, A.S. Podgornaya, O.V. Murashko, N.N. Lakotko**
Thread technologies in aesthetic gynecology
- Э.А. Повелица, А.С. Князюк, О.В. Пархоменко, А.М. Шестерня, М.Ю. Жандаров**
Пенэктомия — как исход хронического гнойного язвенно-некротического баланокавернита 88
- E.A. Povelitsa, A.S. Kniaziuk, O.V. Parchomenko, A.M. Shesternja, M.J. Zhandarau**
Penectomy as an outcome of chronic purulent ulcerative-necrotic balanocavernitis

ИСХОД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ В ГУ «РНПЦ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь;

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

В статье приведён анализ результатов оперативного вмешательства у пациенток с миомой матки в ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека». Представлена клиничко-анамнестическая характеристика пациенток, анализ длительности оперативного вмешательства и послеоперационного периода в зависимости от оперативного доступа. Определены преимущества лапароскопической гистерэктомии, заключающиеся в снижении кровопотери и длительности послеоперационного пребывания в стационаре, необходимости назначения антибактериальных препаратов и дополнительного обезболивания, что приводит к снижению затрат на лечение.

Метод лапароскопического лечения миомы матки имеет ограничения, обусловленные размерами матки. Разработка алгоритма выбора метода оказания медицинской помощи пациенткам с миомой матки на амбулаторном этапе позволит снизить затраты на пребывание пациенток в стационаре и проводить целенаправленную подготовку к госпитализации.

Ключевые слова: миома матки, лапароскопия, эндометриоз, аденомиоз, лапаротомический доступ

Введение

Миома матки является наиболее распространённой опухолью у женщин и возникает из гладкомышечных клеток миометрия. В зависимости от размера и локализации миома может протекать совершенно бессимптомно, а у четверти женщин вызывает обильные менструальные кровотечения, анемию, дискомфорт в области малого таза [1]. Миома матки ассоциирована с репродуктивными нарушениями. Анализ локализации одиночных миом показал, что подслизистая миома увеличивает вероятность позднего выкидыша в 4,7 раза, в то время как наличие миоматозных узлов другой локализации не имеет статистически значимой связи с невынашиванием беременности [2, 3].

Современные подходы к медикаментозной терапии основаны на применении синтетических агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), подавляющих выра-

ботку эстрогена, в результате чего размеры опухоли сокращаются в течение нескольких месяцев. Хотя эти результаты впечатляют, длительное применение данных препаратов может привести к потере костной массы. Отмечено, что рост миомы возобновляется после прекращения лечения [2].

Миома матки представляет серьёзную проблему для здоровья женщины, являясь одним из наиболее распространенных показаний к гистерэктомии. До появления лапароскопии миому матки часто удаляли с помощью хирургической гистерэктомии [4]. В конце XX в. начала бурно развиваться минимально инвазивная хирургия, благодаря чему новое тысячелетие ознаменовалось широким распространением лапароскопических методов лечения, которые имеют ряд таких преимуществ перед лапаротомией, как непродолжительное пребывание в стационаре и минимальная травматизация передней брюшной стенки с хорошими косметическими результатами [5].

В последнее десятилетие отмечается устойчивый рост частоты хирургического лечения миомы матки — в 1,3 раза. Среднесрочный прогноз указывает на дальнейший рост лапаротомных ампутаций матки до 3,3 на 100 женщин и лапаротомных консервативных миомэктомий — до 2,7 [6]. Для лапароскопических ампутаций матки отмечается снижение показателей. Полученные данные указывают на необходимость пересмотра тактики хирургических вмешательств с акцентом на малоинвазивные методы лечения миом матки для снижения затрат на лечение и улучшения качества жизни пациенток.

Цель исследования

Проанализировать результаты оперативного вмешательства при выполнении гистерэктомии у пациенток с миомой матки, определить соотношение объёма интраоперационной кровопотери к длительности оперативного вмешательства при лапароскопическом доступе и лапаротомии.

Материал и методы исследования

Проведён ретроспективный анализ медицинских историй 80 пациенток, проходивших оперативное лечение по поводу миомы матки в условиях стационара гинекологического отделения ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в период с января 2024 по март 2025 года.

Основным критерием включения в группы являлся доступ для оперативного лечения при выполнении гистерэктомии по поводу миомы матки. В первую группу вошли 40 (50%) пациенток, которым было выполнено оперативное лечение в объёме гистерэктомии лапароскопическим доступом, во вторую группу — 40 (50%) пациенток с гистерэктомией лапаротомическим доступом. Средний возраст женщин первой группы составил 46 (39; 50) лет, второй группы — 48 (38; 51) лет. Группы сопоставимы по возрасту, значимых различий при сравнении возраста между группами не выявлено. Проанализирова-

ны клинико-anamнестические факторы, сопутствующие заболевания, доступ и исход оперативного вмешательства в зависимости от объёма матки, гистологические данные, уровень интраоперационной кровопотери, а также длительность проведения оперативного вмешательства и пребывания пациенток в стационаре.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программного пакета STATISTICA 10.0 (StatSoft). Для описания количественных признаков использовалась медиана (Me), 1 и 3 квартили. Сопоставление двух независимых групп по количественным признакам выполнено с помощью непараметрического статистического U-критерия Манна — Уитни. Качественные показатели в группах были представлены в виде абсолютных и относительных частот встречаемости градаций значений. Сравнение распределений качественных показателей между группами выполнялось при помощи непараметрического критерия однородности χ^2 . Статистически значимыми считали результаты при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Проанализировано 80 медицинских историй пациенток, проходивших стационарное лечение по поводу миомы матки с выполнением оперативного вмешательства в объёме тотальной или субтотальной гистерэктомии лапароскопическим и лапаротомическим доступом в гинекологическом отделении ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» в период с января 2024-го по март 2025 года.

При анализе жалоб выявлено, что 35/40 (87,5%) пациенток первой группы и 33/40 (82,5%) пациентки второй группы предъявляли жалобы на момент осмотра; статистически значимых различий по данному критерию получено не было ($\chi^2=0,39$, $p>0,05$). Согласно литературным данным, основным клиническим проявлением миомы матки считается аномальное

маточное кровотечение (АМК), что подтверждено и нашим исследованием — у 30/40 (75%) пациенток первой группы и 22/40 (55%) пациенток второй группы имелись АМК в анамнезе. При сравнении статистически значимых различий получено не было ($\chi^2=3,52$, $p>0,05$). Болевые ощущения беспокоили 5/40 (12,5%) пациенток первой группы и 6/40 (15%) пациенток второй группы; статистически значимых различий не было получено ($\chi^2=0,10$, $p>0,05$). Нарушение функции смежных органов выявлено у 5/40 (12,5%) пациенток второй группы, что является статистически значимым ($\chi^2=3,41$, $p=0,02$). Таким образом, при анализе структуры жалоб значимых различий между группами не выявлено, однако в большинстве случаев присутствуют АМК, а во второй группе чаще встречалось нарушение функции смежных органов.

Анализ гинекологической патологии показал, что у 26/40 (65%) пациенток первой группы и у 6/40 (15%) пациенток второй группы с миомой матки в анамнезе отмечено наличие эндометриоза матки, что является статистически значимым ($\chi^2=37,13$, $p<0,001$). Простая железистая гиперплазия эндометрия была в анамнезе у 3/40 (7,5%) пациенток первой группы ($\chi^2=1,39$, $p>0,05$).

В анамнезе у 12/40 (30%) пациенток первой и 12/40 (30%) пациенток второй группы были выполнены внутриматочные манипуляции ($\chi^2=0,00$, $p>0,05$); значимых различий не выявлено. В первой группе у 6/40 (15%) женщин было выполнено РДВ (раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки), у 6/40 (15%) — ГРС (гистероскопия), в 2/40 (5%) случаях — ГРС с резекцией миоматозного узла. Во второй группе РДВ было у 5/40 (12,5%) пациенток, ГРС — у 7/40 (17,5%), из них 2/40 (12,5%) случая — ГРС с резекцией миоматозного узла. В первой группе у 8/40 (20%), во второй группе у 3/40 (7,5%) пациенток в анамнезе была отмечена консервативная миомэктомия.

При анализе сопутствующей патологии установлено, что в первой группе соматическая патология встречается у 30/40 (75%) женщин с миомой матки, во второй группе — у 32/40 (80%) пациенток, что является статистически не значимым ($\chi^2=0,28$, $p>0,05$). В структуре заболеваемости пациенток обеих групп преобладают анемии — 13/40 (32,5%) и 10/40 (25%) соответственно ($\chi^2=0,55$, $p>0,05$), артериальная гипертензия — у 9/40 (22,5%) и у 13/40 (32,5%) пациенток ($\chi^2=1,00$, $p>0,05$). Нарушение жирового обмена в первой группе отмечено у 7/40 (17,5%) пациенток, во второй группе — у 14/40 (35%) ($\chi^2=3,16$, $p>0,05$). При анализе индекса массы тела (ИМТ) пациенток двух исследуемых групп выявлено, что в первой группе средний ИМТ составил 27 (25; 27), во второй группе — 29,5 (27; 32) ($z=-2,55$, $p=0,01$), что является статистически значимым. Узловой зоб выявлен у 5/40 (12,5%) пациенток первой группы и 9/40 (22,5%) пациенток второй группы, что не является статистически значимым ($\chi^2=1,38$, $p>0,05$).

При сравнении регулярности менструального цикла, установлено, что у 38/40 (95%) женщин первой группы и 36/40 (90%) пациенток второй группы менструальный цикл регулярный, что не является статистически значимым ($\chi^2=0,18$, $p>0,05$).

При изучении репродуктивной функции пациенток двух групп значимых различий выявлено не было. Отсутствие беременности в анамнезе отметили 3/40 (7,5%) пациентки второй группы ($\chi^2=1,39$, $p>0,05$). У большинства пациенток обеих групп была хотя бы одна беременность в анамнезе: у 40/40 (100%) женщин первой группы и 37/40 (92,5%) второй группы ($\chi^2=1,39$, $p>0,05$). При сравнении количества родов и исходов беременностей значимых различий между группами получено не было. Одни роды в анамнезе были у 17/40 (42,5%) женщин первой группы и у 14/40 (35%) второй группы ($\chi^2=0,47$, $p>0,05$). Двое родов было у 18/40 (45%) пациенток первой группы и у 22/40 (55%)

второй группы ($\chi^2=0,80$, $p>0,05$). Трое родов в анамнезе было у 5/40 (12,5%) пациенток первой группы и у 1/40 (2,5%) женщины второй группы ($\chi^2=1,62$, $p>0,05$).

При анализе размера матки в неделях беременности установлено, что в первой группе средний объём матки составил 9 (8; 10) недель, во второй группе — 12 (10; 13) недель ($z=-5,99$, $p=0,001$), что является статистически значимым.

При анализе объёма оперативного вмешательства установлено, что у преобладающей части пациенток первой группы явилась субтотальная гистерэктомия с маточными трубами, выполненная 32/40 (80%) пациенткам, во второй группе — 21/40 (52,5%) пациенткам, что является статистически значимым ($\chi^2=6,77$, $p=0,009$). У 8/40 (20%) пациенток первой группы выполнена субтотальная гистерэктомия без маточных труб, во второй группе у 18/40 (45%) пациенток — тотальная гистерэктомия с маточными трубами ($\chi^2=5,69$, $p=0,011$). Пангистерэктомия выполнена 1/40 (2,5%) пациентке второй группы.

При анализе длительности оперативного вмешательства установлено, что в первой группе длительность составила 127,5 (110; 138,7) минуты против 100 (90; 115) минут во второй группе ($z=4,11$, $p<0,0001$), что является статистически значимым.

При анализе объёма интраоперационной кровопотери установлено, что в первой группе средний объём кровопотери составил 150 (150; 150) мл, у пациенток второй группы — 200 (200; 250) мл ($z=-5,17$, $p<0,0001$), что является статистически значимым.

При анализе гистологического ответа значимых различий между группами не получено. Простая лейомиома была выявлена у 20/40 (50%) пациенток первой группы и у 22/40 (55%) пациенток второй группы ($\chi^2=0,20$, $p>0,05$). Простая лейомиома в сочетании с аденомиозом — у 16/40 (40%) пациенток первой и 13/40 (32,5%) пациенток второй группы ($\chi^2=0,49$, $p>0,05$). Лейомиома с некрозом узла выявлена в 4/40 (10%) случаях у пациенток первой группы

и у 5/40 (12,5%) женщин второй группы ($\chi^2=0,00$, $p>0,05$).

Средняя длительность пребывания в стационаре пациенток первой группы составила 8,5 (8; 10) дня, второй группы — 11 (9; 12,5) дней ($z=-3,06$, $p=0,0001$), что является статистически значимым.

Послеоперационное назначение антибактериальных препаратов потребовалось в 18/40 (45%) случаях первой группы и 2/40 (5%) случаях второй группы, что является статистически значимым ($\chi^2=17,00$, $p<0,0001$). Дополнительное назначение обезболивающих препаратов в послеоперационном периоде было необходимо 27/40 (67,5%) пациенткам первой группы и 12/40 (30%) женщинам второй группы, что является статистически значимым ($\chi^2=11,26$, $p=0,0008$).

Выводы

1. В большинстве случаев миома матки протекает симптомно, в структуре клинических проявлений преобладают аномальные маточные кровотечения. У пациенток первой группы миома матки в большинстве случаев сочеталась с аденомиозом, что также обуславливает высокую частоту аномальных маточных кровотечений. Во второй группе значимо чаще отмечено нарушение функции смежных органов, что взаимосвязано с большим объёмом матки (более 12 недель беременности). Таким образом, клинические проявления миомы матки зависят от размера опухоли, а также сочетания её с эндометриозом матки. В то же время требуют уточнения критерии ультразвуковой и клинико-лабораторной верификации аденомиоза, так как гистологически диагноз не подтвердился у 10/26 (38,46%) пациенток первой группы, во второй группе — у 7/13 (53,85%) пациенток не был диагностирован до проведения оперативного лечения.

2. В структуре сопутствующей патологии пациенток обеих групп преобладают анемия, артериальная гипертензия, нарушения жирового обмена. В первой груп-

пе ИМТ был значимо ниже и составил 27 (25; 27), во второй группе — 29,5 (27; 32) ($z=-2,55$, $p=0,01$).

3. Лапароскопическая гистерэктомия была произведена при наличии среднего объёма матки 9 (8; 10) недель беременности, лапаротомический доступ был выполнен при среднем объёме матки 12 (10; 13) недель беременности. У преобладающей части пациенток обеих групп (80% и 52,5% соответственно) объём оперативного вмешательства являлась субтотальной гистерэктомией с маточными трубами ($\chi^2=5,69$, $p=0,011$).

4. Длительность оперативного вмешательства была значительно больше при выполнении гистерэктомии лапароскопическим доступом — 127,5 (110; 138,7) минуты против 100 (90; 115) минут у пациенток второй группы ($z=4,11$, $p<0,0001$), однако объём интраоперационной кровопотери был значительно меньше по отношению к лапаротомическому доступу — 150 (150; 150) мл против 200 (200; 250) мл ($z=-5,17$, $p<0,0001$).

5. Средняя длительность пребывания пациенток в стационаре при выполнении лапароскопической гистерэктомии значительно меньше, чем при гистерэктомии, выполненной лапаротомическим доступом, что значительно сокращает количество проведённых койко-дней пациентом в стационаре и уменьшает частоту использования антибактериальных и обезболивающих средств.

Заключение

Миома матки — заболевание полисистемное, часто сочетается с ожирением, гипертонической болезнью, патологией щитовидной железы и сопровождается анемизацией женщин вследствие обильной кровопотери. Лапаротомный доступ, несмотря на высокую травматичность, является абсолютным показанием при больших размерах опухоли. Критериями для удаления матки путём лапаротомного доступа являлись: объём матки от 10 до 25 недель беременности, множественная

локализация крупных миоматозных узлов, шеечная локализация узлов. Лапароскопический доступ выполнен при объёме матки от 7 до 12 недель беременности, при этом объём интраоперационной кровопотери был значимо меньше при сравнении с лапаротомическим доступом. В большинстве случаев объём оперативного вмешательства заключался проведении субтотальной гистерэктомии с маточными трубами.

Полученные данные свидетельствуют, что лапароскопическая гистерэктомия является методом выбора при объёме матки до 12 недель у женщин любого возраста. Лапароскопическая хирургия снижает объём интраоперационной кровопотери, сокращает количество дней госпитализации пациенток, что раскрывает новые возможности в оперативном лечении пациенток с миомой матки.

Библиографический список

1. Fibroids and Subfertility: A Systematic Review of Latest Evidence from international Societies / A. Shirazi, T. Adeoye, S. Bagtharia [et al.] // American Journal of Medical Science and Innovation. – 2025. – Vol. 4(1). – P. 74–83. Doi 10.54536/ajmsi.v4i1.3992.
2. Association of uterine fibroids with late miscarriage: multicenter cohort study / A. Siargkas, M. del Mar Gil Mira, P. Chaveeva [et al.] // Ultrasound Obstet Gynecol. – 2025. – Vol. 65. – P.198-205. Doi 10.1002/uog.29169.
3. Миома матки: современные практические аспекты заболевания / Н.В. Аганезова, С.С. Аганезов, М.М. Шило // Проблемы репродукции. – 2022. – № 28(4). – С. 97-105.
4. Sarbhai, V. Hysteroscopy, an Essential Adjunct to Laparoscopy, in Evaluation of Women with Chronic Pelvic Pain / V. Sarbhai, Preeti // World Journal of Laparoscopic Surgery. – 2024. – V. 17. – P.28-32. Doi 10.5005/jp-journals-10033-1597.
5. Паразитарные миомы и аденомиомы после миомэктомии / С.Н. Буянова, Л.С. Логутова, Н.А. Шукина [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2020. – № 9. – С. 241-247. – DOI 10.18565/aig.2020.9.241-24.
6. Самигулина, А.Э. Миома матки: частота и прогноз оперативной активности (на примере НЦОМИД) / А.Э. Самигулина, Р.Д. Агайдаров // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2020. – № 9. – С. 30-38.

Zh.N. Medvedeva, A.S. Podgornaya, Yu.A. Lyzikova

**OUTCOME OF SURGICAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH
UTERINE FIBROIDS IN THE SI «REPUBLICAN RESEARCH CENTER
FOR RADIATION MEDICINE AND HUMAN ECOLOGY»**

The article presents an analysis of the results of surgical intervention in patients with uterine myoma at the State Institution «Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology». The clinical and anamnestic characteristics of patients, an analysis of the duration of surgical intervention and the postoperative period depending on the surgical approach are presented. The advantages of laparoscopic hysterectomy have been identified, including reduced blood loss and length of postoperative hospital stay, the need to prescribe antibacterial drugs and additional pain relief, which leads to reduced treatment costs. The method of laparoscopic treatment of uterine fibroids has its limitations, due to the size of the uterus. Development of an algorithm for choosing a method of providing medical care to patients with uterine fibroids on an outpatient stage will reduce the costs of patients' stay in hospital and carry out targeted preparation for hospitalization.

Key words: *uterine fibroids, laparoscopy, endometriosis, adenomyosis, laparotomic access*

Поступила 05.05.25