

© З. Д. Каримов, Б. С. Абдикулов,
Г. И. Ниязматова,
М. Т. Хусанходжаева,
Д. М. Касымова

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ В ПРОБЛЕМЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент

УДК: 618.14-006.36-08

■ Проведено 96 консервативных миомэктомий традиционным доступом в период 2001–2009 гг. У 2 (2,1 %) женщин возникло раннее послеоперационное кровотечение. Релапаротомия, гистерэктомия потребовалась у 1 (1,0 %) из них. Рецидив опухоли отмечен в 8 (8,3 %) случаях. У 62,5 % женщин наступила беременность, 46,9 % женщин доносили ее до доношенного срока. Результаты свидетельствуют о хорошей эффективности данного вмешательства в целях восстановления фертильности среди молодых женщин.

■ **Ключевые слова:** миома; миомэктомия; фертильность.

Введение

Заметное увеличение доли молодых женщин среди пациентов с миомой матки (ММ) отмечают многие исследователи [1–11]. Современная стратегия лечения направлена на сохранение детородного органа [1, 4], а хирургический способ реализации данного направления завоевывает все большую популярность. Консервативная миомэктомия (КМ), уже давно числится в арсенале средств позволяющих сохранить матку при миоматозном поражении. Однако по разным причинам, включая административные запреты, внедрение этой операции в широкую практику происходило очень медленно [1, 8]. В середине XX века «КМ выполнялась в больших клиниках, хирургами-одиночками и не приветствовалась ни на одном из административных уровней» [8]. В настоящее время доля органосохраняющих вмешательств от числа проводимых операций по поводу ММ по-прежнему остается незначительной [3, 5, 7, 8]. Происходит это из-за того, что КМ чаще всего проводится среди женщин с нереализованными генеративными амбициями и значительно реже этот вид вмешательства используется среди молодых женщин имеющих детей. Причиной тому служат 3 основных фактора — это риск рецидива миомы, достигающий 45 % [5, 10, 11], мультимелкоузловая миома, сочетание ее с выраженным аденомиозом, а также больший риск интра- и послеоперационных осложнений.

Речь, конечно же, идет о интраорганных миомах матки, которые и создают суть проблемы. Поверхностно расположенные, изолированные единичные субсерозные миомы никогда не представляли собой хирургической проблемы и не являлись предметом особых дискуссий. Однако риск рецидива сохраняется независимо от локализации миомы.

Развитие клинической медицины, накопленный опыт проведения КМ в различных странах, позволяет по новому взглянуть на эту проблему и коренным образом изменить отношение хирургов к данному виду вмешательства.

Цель исследования

Восстановление фертильности среди молодых женщин с бесплодием и невынашиванием обусловленным миомой матки.

Материал и методы

За период 2001–2009 гг. в отделении гинекологии РНЦЭМП МЗРУз оперировано 864 женщины с ММ. Возраст пациенток колебался от 32 до 69 лет (средний возраст составил $41,5 \pm 1,2$ лет). Показанием к операции в виде моносимптомной миомы были: большие размеры миомы — у 99 (11,4%), обильные

менструации с анемизацией — у 92 (10,6%), быстрый рост опухоли — у 80 (9,2%), нарушение питания миомы — у 76 (8,7%). Сочетанными показаниями для операции стали большие размеры миомы с симптомом кровотечения у 302 (34,9%), большие размеры опухоли с дисфункцией соседних органов у 97 (11,2%), быстрый рост опухоли с симптомом кровотечения у 84 (9,7%), нарушение питания миоматозного узла с его быстрым ростом у 34 (3,9%) пациенток. Проведено 557 (64,5%) надвлагалищных ампутаций, 211 (24,4%) экстирпаций матки, а также 96 (11,1%) КМ.

Последняя группа женщин, помимо вышеуказанных жалоб страдала бесплодием и невынашиванием, обусловленными миомой матки. Они и составили основную выборку для исследования.

Возраст среди них колебался от 26 до 42 лет (средний возраст составил $31,8 \pm 2,3$ лет). При этом симптом кровотечения встречался у 50 (52,1%) больных, боли — у 44 (45,8%), быстрый рост — у 11 (11,5%), ишемия узлов (верифицированная гистологическими исследованиями) — у 12 (12,5%), сочетанная симптоматика была — у 21 (21,9%). Длительность заболевания до 2 лет была — у 36 (37,5%) больных, до 5 лет — у 37 (38,5%), до 8 лет — у 23 (24,0%).

Большинство женщин (70 из 96) до операции использовали гормональную терапию (дюфастон, жанин, нарколут) без очевидной эффективности. Лечение агонистами релизинг-гормона до операции применяли только 5 женщин из 96.

Первичное бесплодие было отмечено у — 34 (35,4%), вторичное — у 14 (14,6%) из 96 женщин. Длительность первичного и вторичного бесплодия колебалась от 2 до 16 лет, при этом 6 (42,9%) женщин с вторичным бесплодием имели по 1 ребенку, а 2 (14,3%) — по 2 детей, остальные 8 (57,1%) имели 1–2 искусственных аборта.

Женщины с невынашиванием ($n=48$) имели от 2 до 5 беременностей. Среди них 20 женщин имели по 1 ребенку, 3 пациентки по 2 детей.

До операции для уточнения размеров миоматозных узлов и их локализации проводилось сканирование с использованием ультразвукового multifunctional сканера B&M Sonolayn Adara с конвекционным датчиком частотой 3,5 МГц.

С целью снижения кровопотери во время операции использовалась перевязка восходящих стволов маточных артерий с обеих сторон у 7 (7,3%) женщин, а у 15 (15,6%) применяли трансфузию аутокрови в объеме 400,0 мл, заготовленной за 3–4 дня до проведения операции.

Результаты исследования

Всем 96 больным произведена лапаротомия по надлобковой складке, консервативная миомэктомия. Общий размер пораженной матки колебался от 10–11 до 24 недель беременности. Особенности миоматозного роста представлены в таблице. Максимальные размеры миоматозных узлов до 4–5 см отмечены — у 22 (22,9%), от 6 до 9 см — у 40 (41,7%), от 10 до 18 см — у 34 (35,4%) больных. В 36 (37,5%) случаях миома матки сочеталась с аденомиозом, наружным генитальным эндометриозом 2–4 ст. При наружном эндометриозе производилась коагуляция эндометриоидных гетеротопий, разъединение спаек, энуклеация эндометриоидных кист яичников. В послеоперационном периоде эта категория больных принимала дановал по 400,0 мг в сутки в течение 6 месяцев.

В 12 (12,5%) случаях больные оперированы по поводу нарушения питания миоматозных узлов. При этом гистологическое исследование во всех без исключения эпизодах показало наличие очаговых необратимых изменений в ткани миомы. Необходимо отметить, что все эпизоды нарушения питания миомы были представлены единичными крупными узлами. В 6 из 12 эпизодов имела место интрамурально-субсерозная локализация узла, в 2 — интрамурально-субмукозная, в 4 — интралигаментарная. Размеры узлов колебались от 6 до 18 см в диаметре. Во время опе-

Таблица

Локализация и число миоматозных узлов, выявленных при проведении консервативной миомэктомии

Уровень залегания миоматозных узлов	Число миоматозных узлов (n)			Всего больных (n)
	Единичный	2–4 узла*	5–14 узлов*	
Субсерозный	4	—	—	4
Интрамурально-субсерозный	11	9	1	21
Интрамуральный	19	14	—	33
Интрамурально-субмукозный	7	10	5	22
Интралигаментарный	6	3	—	9
Перешеечный	4	3	—	7
Всего	51	39	6	96

* — при множественной миоме уровень залегания определялся по наиболее глубоко залегавшему узлу.



Рис. 1. Больная М., 25 лет. Диагноз: нарушение питания миоматозного узла, первичное бесплодие в течение 5 лет. Интраоперационная картина энуклеации размягченного, синюшного миоматозного узла



Рис. 2. Больная К., 28 лет. Диагноз: симптомная моноузловая миома матки больших размеров, невынашивание. Этап перевязки маточных артерий

рации в 3 случаях интрамурально-субсерозной миомы периметрий в области наружного полюса опухоли был с воспалительными изменениями и покрыт тонким фибриновым налетом, отмечались рыхлые спайки с большим сальником. У остальных 9 периметрий был синюшный с выраженной инъекцией сосудов, но без фибринового налета. В толще узла после его удаления, отмечались очевидные очаги размягчения, участки геморрагий, отек (рис. 1). Ни в одном случае из 12 не было гнойных осложнений нарушения питания миоматозных узлов. До операции во всех эпизодах отмечался умеренно выраженный лейкоцитоз до $11,0 \times 10^9$ мл, незначительный сдвиг в лейкоцитарной формуле, гиперкоагуляция, субфибрилитет, неравномерность эхоплотности до эхонегативных очагов в миоматозных узлах при УЗИ.

Консервативная миомэктомия у всех 96 больных осуществлялась путем поперечной секции миометрия электрокаутером в проекции наибольшей выпуклости опухоли. При этом рассекался не только миометрий, но и поверхностная часть опухоли, которая захватывалась пулевыми щипцами для наружных тракций. Бережно, тупо и остро производили интракапсулярную энуклеацию миоматозных узлов, используя коагуляционный гемостаз. Образовавшуюся нишу стремились ушивать в один слой, используя только узловые кооптирующие швы в различных модификациях, включая собственный способ, в зависимости от глубины ниши и характера возникавших в ряде случаев «излишков» ткани миометрия. Резекцию этих «излишков» никогда не производили. Использовали длительно рассасывающийся шовный материал (викрил, дексон) на атравматических иглах. На начальных

этапах операции всем без исключения внутривенно вводили 1,0 г цефтриаксона, назначение которого продолжалось в послеоперационном периоде.

Уровень интраоперационной кровопотери был зависим от массы удаленных миоматозных узлов и глубины их залегания, колебался от 150,0 до 700,0 мл, в среднем $340,0 \pm 25,0$ мл. В 7 (7,3%) случаях при очевидном риске большой интраоперационной кровопотери производилась двухсторонняя перевязка восходящих ветвей маточных артерий хромированным кетгутом (рис. 2). Среди них средняя кровопотеря составила $200,0 \pm 10,0$ мл. Плазмотрансфузия проведена у 12 (12,5%) из 96 женщин, гемотрансфузия донорской крови не производилась.

Во время операции вскрытие полости матки произошло у 16 (16,7%) пациенток с интрамурально-субмукозными миоматозными узлами. При этом восстановление ниши производилось без захвата слизистой полости матки.

Раннее послеоперационное кровотечение отмечено в 2 (2,1%) случаях, но только в 1 (1,0%) потребовалась релапаротомия, гистерэктомии на 1-е сутки послеоперационного периода. Вынужденная гистерэктомия была обусловлена выраженным крупноочаговым аденомиозом, неэффективностью хирургического гемостаза.

Гнойно-воспалительных осложнений после консервативной миомэктомии не отмечено. Летальных случаев также не было.

Все оперированные в течение вышеуказанного времени находятся под нашим периодическим наблюдением. Планирование беременности допускалось после 6-месячного реабилитационного периода. После указанного срока пациентке отпусался 7 месячный срок для реализации бе-

ременности. Таким образом, из 96 оперированных женщин у 32 (33,3%) с момента проведения операции по настоящее время продолжается реабилитационный период и отпущенный срок на возникновение беременности. Из оставшихся 64 пациенток 40 (62,5%) женщин к настоящему времени забеременели. Беременность наступала в первые 3 года после КМ. Доносили ее до доношенного срока 30 (46,9%) из 64, при этом у 3 из 30 до рождения желанного ребенка отмечался самопроизвольный аборт в сроках 7–12 недель. На различной стадии гестации к настоящему времени находятся 4 (6,3%) женщины, а прерывания после КМ у них не отмечено. У остальных 6 (9,4%) из 64 беременность прервалась на ранних сроках в период 1,5 года после КМ и, по имеющейся у нас информации, к настоящему времени они не беременны. При этом 2 из 6 женщин страдали невынашиванием до проведенной операции. Всем доносившим до срока беременным произведено кесарево сечение без перинатальных и послеродовых осложнений, при этом ни в одном случае не было признаков несостоятельного рубца после КМ. Повторные беременности с рождением второго здорового новорожденного после КМ, в нашем исследовании, к настоящему времени зарегистрированы в 4 случаях. При этом ни у одной из 4 женщин не было рецидива миомы.

За 9-летний период наблюдения рецидив опухоли до возникновения беременности, возникший на 2–5 году после КМ отмечен в 4 (4,2%) случаях из 96, а в 1 (1,2%) из них выявлен быстрый рост множественных миоматозных узлов. Во время кесарева сечения еще у 4 женщин выявлены от 1 до 3 миоматозных узлов, размерами от 1,5 до 4,5 см. При этом отсутствовала какая-либо закономерная взаимосвязь между их локализацией и областью бывшего вмешательства. У 1 из них потребовалась гистерэктомия из-за мультиузловатого поражения матки, а у 3 повторно проведена консервативная миомэктомия, по настоятельному желанию пациенток, после извлечения плода. В результате, суммарный показатель рецидива миомы к настоящему времени составил 8,3% (у 8 из 96 женщин).

Обсуждение

Консервативная миомэктомия претерпела сложную эволюцию от категорических запретов до возрождения в наше время [1, 3, 7, 8]. Небольшой удельный вес этой операции (от 2,2 до 9,8%) [1–11] объясняется большим риском осложнений, по сравнению с радикальными операциями [1–11], а также рецидивом опухоли, который по данным ряда авторов [1, 3, 10] отмечается в 20–45%. По мнению большинства иссле-

дователей, КМ должна основываться на строгих показаниях и проводится в высококвалифицированном учреждении, имеющем опыт проведения подобных операций.

Единого мнения специалистов относительно безопасности проведения КМ при нарушении питания миоматозного узла нет [6, 5, 11]. Некоторые из них полагают, что риск геморрагических, воспалительных и тромбозмических осложнений превышает допустимые границы и поэтому целесообразнее проводить гистерэктомию. Однако каких-либо статистических данных о частоте и характере осложнений после КМ, проведенной на фоне ишемии миоматозных узлов, ни один из указанных авторов не приводит. Причиной этого, вероятно, является малое число таких вмешательств, на что также обращают внимание большинство исследователей. Несомненно, риск осложнений при проведении КМ на фоне ишемии узлов больше и он существенно возрастает со степенью и длительностью ишемии, а при выраженных гнойно-воспалительных изменениях, как бы нет места для дискуссии. По нашему мнению, задача специалистов заключается в определении границ разумного риска при данной модели патологии. Но это невозможно будет сделать без реальной хирургической работы с этим контингентом больных, ограничиваясь теоретическими рассуждениями. Наш небольшой опыт проведения КМ на фоне ишемии миоматозных узлов позволяет с оптимизмом просматривать перспективу этого контингента больных, поскольку среди всех 12 женщин не наблюдалось серьезных интра- и послеоперационных осложнений.

По мнению большинства исследователей, миомэктомия диктует необходимость соблюдения следующих условий при проведении операции: 1) выбор рационального разреза на матке; 2) выбор шовного материала, обладающего прочностью, минимальной аллергенностью, способностью образовывать полноценный рубец; 3) выбор способа ушивания образовавшейся ниши в зависимости от глубины залегания и размера миоматозного узла [1, 2, 3]. Ушивание образовавшейся ниши в один слой, по нашему мнению, более предпочтительно, так как это создает меньшую степень шовно-компрессионной ишемии (по сравнению с многослойной реконструкцией), влияющую на формирование качественного рубца на матке. Уровень гемостаза при этом не страдает. Такой принцип восстановления также в меньшей степени влияет на деформацию полости матки, которая играет важную роль в возникновении и течении беременности после КМ.

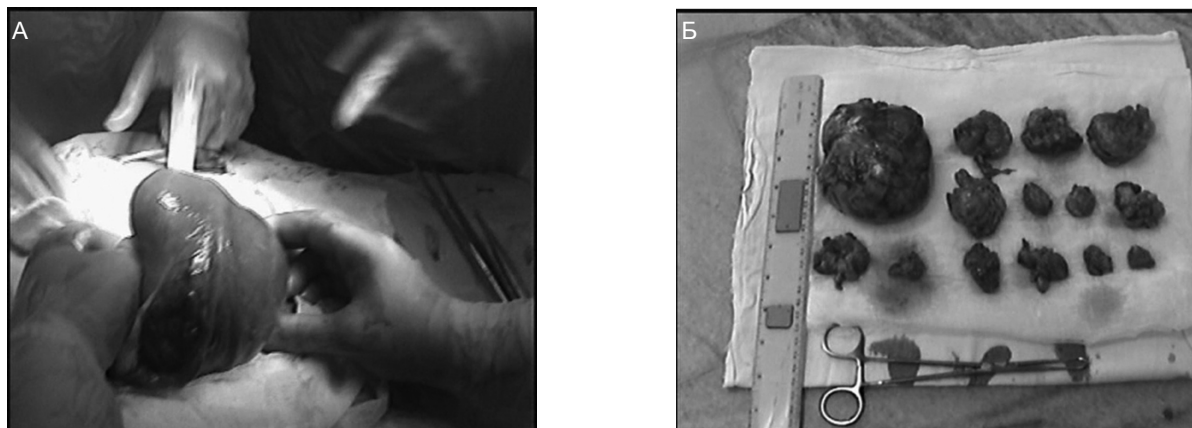


Рис. 3. Больная 3., 26 лет. Диагноз: симптомная мультиузловая миома матки больших размеров, первичное бесплодие. А — общий вид миомы в начале операции; Б — удаленные миоматозные узлы

В то же время, как показывает наш опыт, возникают самые разнообразные условия при восстановлении ниши после КМ. Поэтому однослойное ее восстановление не должно быть самоцелью, а в некоторых случаях многослойная реконструкция может явиться единственно возможной.

При проведении КМ на фоне многоузловой миомы (рис. 3), мы стремились удалять максимальное число узлов из одного разреза на матке. Это позволяет снизить кровопотерю, уменьшить число швов на матке, избежать существенной деформации органа (в особенности полости матки).

По ряду известных соображений, к вскрытию полости матки при проведении КМ всегда относились с особым предубеждением [1, 2]. Очевидно, что лучше этого избежать, но если это произошло — большой трагедии в этом нет. Техника наложения швов при этом должна быть субмукозной, без чрезмерного количества швов, так как это позволяет оттекать скапливающейся крови после операции наружу через полость матки. Гематометра при этом возникает крайне редко, а ежедневный УЗИ-контроль позволяет с ней вовремя справиться.

Утверждение о нерациональности резекции излишков миометрия, образующихся при удалении крупных миоматозных узлов возникло уже давно, когда ряд авторов (после удаления излишков стенки ниши) заметили уменьшение матки после КМ в отдаленном периоде [1]. Это утверждение получило свое подтверждение в свете последних фундаментальных исследований морфологии миометрия [9]. Вместе с тем, когда после КМ возникают широкие с толстыми стенками лоскуты миометрия, погружной способ восстановления ниши может существенно деформировать полость матки. Поэтому мы предложили и осуществили в своей практике способ ее восста-

новления внахлест. При этом одна часть лишнего лоскута ложится в полость ниши, а вторая поверх него. Оба лоскута подшиваются к подлежащим тканям самостоятельно для лучшей фиксации, гемостаза и репарации. Наши опасения в связи с тем, что одна из частей лоскута ложится на периметрий контрлатерального лоскута, оказались напрасными, т. к. последующие наблюдения за течением беременности и проведение операции кесарева сечения показало вполне нормальную ретракцию пластов миометрия и репарацию органа без существенной деформации стенки матки.

Частота наступления беременности после миомэктомии варьирует от 27% до 73% [6, 8, 10]. По нашему мнению, серьезно влияет на этот показатель эндометриоидная болезнь, часто сопутствующая ММ. Мы зарегистрировали 36 (37,5%) случаев сочетания ММ и наружно-внутреннего эндометриоза (верифицированного визуально и гистологическим способом). В послеоперационном периоде мы отдаем предпочтение агонистам релизинг-гормонов в течение 6 месяцев. Аналогичный курс лечения до операции мы назначали тогда, когда очевидно просматривался (УЗИ) выраженный аденомиоз. Ряд исследователей полагают, что при общем объеме опухоли свыше 600 мл (независимо от наличия или отсутствия аденомиоза) необходимо предоперационное назначения агонистов релизинг гормонов, так как это снижает массу миомы и создает более благоприятные условия проведения КМ [2, 4, 5, 11]. Назначение препаратов этого ряда в послеоперационном периоде, на наш взгляд, может быть оправдано и в тех случаях, когда существует риск или подозрение на оставшиеся незамеченными во время операции мелкие миоматозные узлы. Корреляционная взаимосвязь между уровнем зачатия, областью поражения (тело, перешеек

матки), величиной миомы и частотой наступления беременности нами не установлена. Вместе с тем, мультиузловой рост и эндометриоидная болезнь заметно влияли на этот показатель.

Частота рецидива миомы, по данным некоторых авторов, достигает 45 % [10]. Этот фактор стал одной из причин отказа от этого вида операции в прошлом. Вероятно, из-за небольшого числа наблюдений, нами не установлено достоверной взаимосвязи между частотой рецидива миомы после КМ, размерами и глубиной залегания удаленных узлов. Однако было замечено, что характер рецидивного роста (моно- или мультиузловой) сохраняется. Вместе с тем, несмотря на отсутствие статистически значимых различий, следует отметить заметное влияние на этот показатель мультиузловой миомы. По нашему мнению, отказ от КМ из-за опасения рецидива у молодых женщин с нереализованной генеративной функцией, не оправдан. Сохранение матки в азиатском регионе играет существенную роль в социальной адаптации женщин. Это и послужило основной причиной повторного проведения КМ во время КС среди женщин с рецидивом миомы, несмотря на отрицательное отношение большинства исследователей к такой тактике. Вместе с тем, этот вопрос малоизучен и, вероятно, окончательные выводы можно будет сделать при достаточном числе наблюдений и использовании всех известных ресурсов консервативной терапии после повторной КМ.

В связи с развитием эндоскопической хирургии в литературе широко обсуждаются показания к лапароскопической миомэктомии и предпринимаются попытки расширить их в сторону более раннего оперативного вмешательства. Основные технические сложности обусловлены, как размерами опухоли, так и формой роста. Субсерозные миоматозные узлы на ножке не представляют технической сложности к выполнению такой операции даже при больших размерах узла. Однако удаление больших миоматозных узлов, особенно при интрамурально-субмукозном росте, ведет к образованию обширной раневой поверхности на матке и необходимости наложения швов, что создает дополнительные технические трудности при эндоскопической операции.

На наш взгляд, нет каких-либо иных факторов, кроме меньшей травматизации передней брюшной стенки, которые бы заставили принципиально пересматривать характер доступа в брюшную полость для проведения КМ у изучаемого контингента больных. Более того, по нашему мнению, прямые, квалифицированные, бережные мануальные манипуляции при проведении КМ на фоне интраорганный моно- или мультикруп-

ноузловой миомы, позволяют создать более благоприятную архитектуру органа с меньшей зоной коагуляционного некроза и деформации полости матки. А эти факторы имеют существенное значение в последующем рубцевании, возникновении и течении беременности.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов консервативной миомэктомии свидетельствует о хорошей эффективности данного вмешательства в целях восстановления фертильности среди молодых женщин. Вопрос о целесообразности проведения КМ среди женщин активного репродуктивного возраста с реализованной генеративной функцией, по нашему мнению, остается открытым для дискуссии и нуждается в самостоятельном изучении.

Литература

1. Ботвин М. А., Сидорова И. С., Гурьев Т. Д. Оперативное лечение миомы матки (консервативная миомэктомия) // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 3. — С. 12–15.
2. Бурлев В. А., Павлович С. В. Влияние агониста гонадотропин-рилизинг-гормона на процессы пролиферации и апоптоза у больных с миомой матки // Проблемы репродукции. — 2004. — № 1. — С. 13–18.
3. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 399 с.
4. Краснова И. А., Бреусенко В. Г. Диагностика и оперативное лечение миомы матки // Акушерство и гинекология. — 2003. — № 2. — С. 45–50.
5. Кулаков В. И., Шмаков Г. С. Миомэктомия и беременность. — М.: МЕДпресс-информ, 2001.
6. Ландеховский Ю. Д. Отраслевой стандарт ведения больных с миомой матки // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 5. — С. 39–42.
7. Миомэктомия // Кулаков В. И., Адамьян Л. В., Мынбаев О. А. Оперативная гинекология — хирургические энергии. — М.: Медицина, 2000. — С. 468–497.
8. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки. — СПб.: ЭЛБИ, 2000. — 239 с.
9. Сидорова И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения): руководство для врачей. — М.: Медицина, 2003.
10. Analysis of perioperative morbidity according to whether the uterine cavity is opened or remains closed during abdominal myomectomy — results of 423 abdominal myomectomy cases / Gavai M. [et al.] // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 35, № 2. — P. 107–112.
11. Broder M. S., Bovone S. Improving treatment outcomes with a clinical pathway for hysterectomy and myomectomy // J. Reprod. Med. — 2002. — Vol. 47, N 12. — P. 999–1003.

Статья представлена В. Ф. Беженарем,
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

CONSERVATIVE MYOMECTOMY IN THE PROBLEM
OF RECOVERING FERTILITY IN YOUNG WOMEN

Z. D. Karimov, B. S. Abdikulov, G. I. Niyazmatova,
M. T. Husanhodjaeva, D. M. Kasimova

■ **Summary:** 96 conservative myomectomy with traditional access were organized. The early postoperative bleeding appeared at 2 (2,1 %) of the women. Relaparotomy, hysterectomy was needed at 1 (1,0%) of them. The relapse to tumors noted in 8 (8,3 %) events. Pregnancy has approached at 62,5 % women, 46,9 % pregnant women bore their children full term. The results are indicated the good efficiency of this interference in purpose of the recovering fertility among young women.

■ **Key words:** myoma; myomectomy; fertility.

■ Адреса авторов для переписки

Каримов Заур Джавдатович — д. м. н., проф. руководитель научного отдела неотложной гинекологии РНЦЭМП (Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МИНЗДРАВа РУз). 100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Абдикулов Булат Сабитович — ординатор отделения неотложной гинекологии РНЦЭМП.

100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Ниязматова Гузаль Ибратовна — ординатор отделением неотложной гинекологии РНЦЭМП.

100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Хусанходжаева Малика Турсунходжаевна — к. м. н., зав. отделением неотложной гинекологии РНЦЭМП.

100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Касымова Динара Махмудовна — д. м. н., главный научный сотрудник научного отдела неотложной гинекологии РНЦЭМП.

100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Karimov Zaur Dzhavdatovich — prof. Head of research department of emergency gynecology.

Republican Scientific Center of the Emergency medical care.

100107, Tashkent, Farkhad Str., 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Abdikulov Bulat Sabitovich — Associate Research Fellow, Department of Emergency Gynaecology.

Republican Scientific Center of the Emergency medical care.

100107, Tashkent, Farkhad Str., 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Niyazmatova Guzal Ibratovna — resident, department head of emergency gynecology.

Republican Scientific Center of the Emergency medical care.

100107, Tashkent, Farkhad Str., 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Husanhodzhaeva Tursunhodzhaevna Malik — PhD, Head. emergency department Gynecology.

Republican Scientific Center of the Emergency medical care.

100107, Tashkent, Farkhad Str., 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.

Kasymova Dinara Mahmudovna — MD, chief researcher at the Department of Emergency Gynaecology.

Republican Scientific Center of the Emergency medical care.

100107, Tashkent, Farkhad Str., 2.

E-mail: karimovzaurdj@mail.ru.