



TASHKENT MEDICAL ACADEMY

100
TMA
ANNIVERSARY



Journal of Educational and Scientific Medicine



Issue 5 | 2025



OAK.UZ

Google Scholar

Science Education Commission of the Cabinet
Ministry of the Republic of Uzbekistan

ISSN: 2181-3175

ON THE ISSUE OF CHOOSING TACTICS FOR MANAGING WOMEN WITH MENORRHAGIA ASSOCIATED WITH UTERINE LEIOMYOMA

Bekbauliyeva G. N., Dusmatova D.U.

gulistanb2006@yahoo.com

dilnozadusmatova97@gmail.com

Tashkent Medical Academy, Tashkent

Summary. The dishormonal nature of uterine leiomyoma defines the main direction of pharmacological treatment — the use of drugs that reduce ovarian estrogen production and exert an antiproliferative effect on endometrial tissue. The use of purely progestogenic agents to correct hormonal imbalance in women with uterine leiomyoma who have not yet fulfilled their reproductive plans is considered the most promising approach, due to their positive impact on both the uterus and hemostasis. Therefore, the need for an individualized therapeutic approach remains relevant. **The aim** of the study was to determine an individualized treatment strategy for menorrhagia caused by uterine leiomyoma. Sixty patients aged 28 to 45 years with abnormal uterine bleeding caused by uterine fibroids were selected. The main group of patients was divided into two subgroups: Group I A (20 women aged 28–33) received treatment with Esmya (ulipristal acetate 5 mg, manufactured by Gedeon Richter, Hungary) for a duration of 3 to 6 months, depending on the clinical picture and the woman's reproductive plans. Group I B (20 women aged 34–39) were treated with the insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena). Group II (20 women aged 40–45) underwent hysteroscopic resection and ablation, followed by the insertion of the Mirena intrauterine system. **Results.** The analysis conducted revealed the positive outcomes associated with each method of treatment. Ulipristal acetate was shown to be preferable for younger women of reproductive age who have fertility plans, whereas hysteroscopic myomectomy and ablation followed by Mirena insertion were more effective for women in the premenopausal age group.

Thus, the study confirms the importance of an individualized therapeutic approach based on age, reproductive intentions, and oncological risk.

Keywords: uterine fibroid, menorrhagia, abnormal uterine bleeding, ulipristal acetate, hysteroscopy.

К ВОПРОСУ ВЫБОРА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С МЕНОРРАГИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ ЛЕЙОМИОМой МАТКИ

Бекбаулиева Г. Н., Дусматова Д. У.

gulistanb2006@yahoo.com

dilnozadusmatova97@gmail.com

Кафедра акушерства и гинекологии. Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Резюме. Дисгормональная природа лейомиомы матки определяет основное направление медикаментозного воздействия препаратами, снижающими продукцию эстрогенов яичниками, оказывающие антипролиферативное воздействие на ткань эндометрия. Применение чисто гестагенных препаратов в коррекции дисбаланса гормонального фона при лейомиоме у женщин, нереализованным репродуктивным планом представляет наиболее перспективным в связи с их положительным влиянием на матку и на гемостаз. В связи с этим необходимость поиска индивидуального подхода терапии, является актуальной. **Целью исследования** явилась поиск индивидуального подхода терапии при меноррагиях, обусловленных лейомиомой матки. Было отобрано 60 пациенток с аномальными маточными кровотечениями, обусловленными миомой матки в возрасте от 28 до 45 лет. Больные первой основной группы в свою очередь были разделены на 2 подгруппы: I А группа (20 женщин в возрасте 28-33) проведена терапия препаратом Эсмия: улипристал 5 мг (производитель Гедеон Рихтер, Венгрия) в течение от 3-х до 6 месяцев, в зависимости от клинической картины, репродуктивных планов женщины; I Б группе (20 женщин в возрасте 34-39) больных проведена терапия установлением левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена. Второй группе

пациенток (20 женщин в возрасте 40–45 лет) проведена гистерорезектоскопия и абляция с применением в последующем ВМС «Мирена».

Проведенный анализ позволил выделить положительные результаты каждого метода терапии, вместе с тем оказалось применение улипристала предпочтительнее для женщин, молодого репродуктивного возраста, имеющих репродуктивные планы, а для женщин пременопаузального возраста – гистерорезектоскопия миомы и абляция с последующим введением ВМС «Мирена». Таким образом, наше исследование подтверждает необходимости индивидуального подхода к терапии в зависимости от возраста, реализации репродуктивных планов и онкологического риска.

Ключевые слова. миома матки, меноррагия, аномальное маточное кровотечение, улипристал, гистероскопия.

MIOMA BILAN BOGLIQ MENORRAGIYALI AYOLLARNI DAVOLASH USULLARINI TANLASH MASALASIGA DOIR

Bekbauliyeva G. N., Do'smatova D. U.

gulistanb2006@yahoo.com

dilnozadusmatova97@gmail.com

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent

Dolzarbligi. Bachadon miomasining disgomonal tabiati asosiy medikamentoz davolash yo'nalishini belgilaydi — ya'ni tuxumdonlar tomonidan estrogen ishlab chiqarilishini kamaytiruvchi, endometriy to'qimasiga antiproliferativ ta'sir ko'rsatuvchi preparatlardan foydalanish. Gormonal fon disbalansini tuzatishda faqat gestagenli preparatlardan foydalanish, hali reproduktiv rejasini amalga oshirmagan ayollar uchun eng istiqbolli usul hisoblanadi, chunki bu dorilar bachadon va gemostaz holatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shu bois, davolashda individual yondashuvni izlash dolzarb masala hisoblanadi. **Tadqiqot maqsadi** — bachadon miomasi bilan bog'liq menorragiyalarni davolashda individual yondashuvni aniqlashdan iborat edi. 28 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan, bachadon miomasi bilan bog'liq anormal bachadon qon ketishidan shikoyat qilgan 60 nafar bemor tanlab olindi. Asosiy guruhdagi bemorlar yana 2 kichik guruhga bo'lindi:

I A guruh — 28–33 yoshdagi 20 ayolga, klinik manzaraga va reproduktiv rejasiga qarab, 3 oydan 6 oygacha Esmya (ulipristal 5 mg, ishlab chiqaruvchi — Gedeon Richter, Vengriya) preparati bilan davolash o'tkazildi. I B guruh — 34–39 yoshdagi 20 ayolga levonorgestrel saqllovchi bachadon ichi vositasi (Mirena) o'rnatildi. II guruh — 40–45 yoshdagi 20 nafar ayolga esa gisterorezektoskopiya va ablyatsiya o'tkazilib, keyinchalik Mirena bachadon ichi vositasi o'rnatildi.

O'tkazilgan tahlillar har bir davolash usulining ijobiy natijalarini aniqlash imkonini berdi. Ayniqsa, ulipristaldan foydalanish reproduktiv rejalari mavjud bo'lgan yosh ayollar uchun afzallik kasb etsa, premenopauza davridagi ayollar uchun gisterorezektoskopiya va ablyatsiyadan so'ng Mirena vositasini qo'llash samaraliroq bo'lib chiqdi.

Shunday qilib, tadqiqotimiz bemorning yoshi, reproduktiv rejalari va onkologik xavfini hisobga olgan holda, individual yondashuv zarurligini tasdiqlaydi.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, menoragiya, anormal bachadon qon ketishi, ulipristal, gisteroskopiya.

Актуальность. Миома матки встречаются у 50—60% женщин и в 30% наблюдений вызывают аномальные маточные кровотечения (меноррагия, индуцирующая анемию), сдавление тазовых органов, бесплодие и акушерские осложнения [5,6]. Распространенность миомы матки чаще среди женщин старше 35 лет, в частности на возраст 35—55 лет приходится до 90% от общего числа заболеваний, и редко миома матки встречается у женщин моложе 20 и старше 70 лет. За последние несколько десятков лет миому матки отмечают все в большем количестве случаев ко времени реализации детородной функции, так как по социальным мотивам женщины откладывают рождение детей на более поздний период репродуктивного возраста. Число оперированных по поводу миомы матки женщин в различных гинекологических стационарах варьирует в пределах 41—74% [4.].

Лечение миомы матки — предмет пристального внимания как мировой, так и отечественной гинекологии [1]. Существующие стратегии лечения при миоме матки включают в основном хирургические вмешательства, но выбор лечения определяется возрастом пациентки, желанием сохранить фертильность и избежать проведение «радикальной» операции, такой как гистерэктомия [2, 3].

При лечении меноррагии у женщин с лейомиомой матки необходимым условием является: соблюдение онкологической настороженности. морфофункциональные характеристики гиперпластического процесса и специфическую чувствительность ткани эндометрия к эндо- и экзогенным гормональным влияниям.

Дисгормональная природа лейомиомы матки определяет основное направление медикаментозного воздействия препаратами, снижающими продукцию эстрогенов яичниками, оказывающие антипролиферативное воздействие на ткань эндометрия. Применение чисто гестагенных препаратов в коррекции дисбаланса гормонального фона при лейомиоме у женщин, нереализованным репродуктивным планом представляет наиболее перспективным в

связи с их положительным влиянием на матку и на гемостаз. В связи с этим необходимость поиска индивидуального подхода терапии, является актуальной.

Целью исследования явилась поиск индивидуального подхода терапии при меноррагиях, обусловленных лейомиомой матки.

Материалы и методы исследования. Для определения критериев эффективности лечения у женщин с меноррагией при лейомиоме была сформирована группа в количестве 60 пациенток в возрасте от 28 до 45 лет. Далее «слепым методом» пациентки были распределены на 2 группы. Больные первой основной группы в свою очередь были разделены на 2 подгруппы: I А группа (20 женщин в возрасте 28-33) проведена терапия препаратом Эсмия: улипристал 5 мг (производитель Гедеон Рихтер, Венгрия) в течение от 3-х до 6 месяцев, в зависимости от клинической картины, репродуктивных планов женщины; I Б группе (20 женщин в возрасте 34-39) больных проведена терапия установлением левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена. Второй группе пациенток (20 женщин в возрасте 40-45 лет) проведена гистероскопическая абляция с применением в последующем ВМС «Мирена». Группы были сопоставимы по возрасту.

Всем больным до назначения лечения проводилось клиничко-лабораторное обследование, определяли уровень гормонов, проводился осмотр маммолога, УЗИ органов малого таза и МЖ, выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия. В динамике наблюдения с интервалом в 3, 6 месяцев проводилось контрольное обследование, которое включало УЗИ гениталий, ЦУГ-соскоб эндометрия с последующим морфологическим обследованием соскоба эндометрия, осмотр маммолога. От выскабливания полости матки мы воздерживались при наличии признаков острого и подострого воспаления, и, если предыдущее выскабливание было проведено не ранее чем 6 месяцев тому назад и носило диагностический характер (наличие гистологического ответа). Выбор методики терапии проводился с учетом возраста больных, степени и вида миомы. Ежемесячно анализировали характер менструальных кровотечений, их частоту, продолжительность и объем кровопотери.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что независимо от исходного состояния эндометрия к 6 месяцу применения улипристала наблюдались однонаправленные морфологические изменения: слизистая матки имела незначительную толщину, определялся покровный эпителий и небольшое количество стромы с явлениями отека. Анализ менструальной функции на фоне приема улипристала показал, что у подавляющего большинства пациенток - (у 14 женщин- 70,0 %) I А группы наблюдалась аменорея, у 6 пациенток в первую неделю наблюдались вагинальные мажущиеся кровянистые выделения,.

На фоне приема Эсмии из побочных явлений наблюдалось у 2 вегетососудистые реакции в виде приливов и головная боль.

Через 6 месяцев наблюдения число женщин со стойкой аменореей достигло до 18 (90%). Прибавка массы тела отмечена у 3 женщин. В связи с чем 3 женщины после 3-х месячной терапии отказали от приема препарата.

С целью исследования изменения баланса гормонов в динамике лечения у пациенток всех групп мы изучили гормональный статус до и после лечения (табл. 1).

Таблица 1.

Концентрация стероидных гормонов в крови у женщин в динамике терапии

Гормоны	Обследованные группы лиц по возрастам					
	I А группа 28-33 лет (n=20)		I Б группа 33-38 лет (n=20)		II группа 39-44 года (n=20)	
	До лечения	Посл е лечения	До лечения	Посл е лечения	До лечения	После лечения
Тестостерон	2,1±0,16	1,89±0,18	2,39±0,21	1,8±0,19*	2,82±0,36	1,4±0,1**
Эстрадиол	127,3±2,5	122,3±1,7	130,6±3,3	128,6±3,3	117,3±2,5	113,6±2,3
Прогестерон	1,6±1,9	11,6±1,8	2,3±1,9	9,8±1,4	1,1±1,9	8,6±0,06

Примечание: * - различия относительно данных группы до лечения значимы (* - P<0,05, *** - P<0,001)

Так, концентрация эстрадиола и тестостерона существенно снизилась во I Б и II группе по сравнению со I группой, даже среднее значение Т достигало уровня, характерного для практически здоровых женщин фертильного возраста.

Основными жалобами у женщин при обращении были аномальные маточные кровотечения, в связи с этим мы проводили оценку коррекции менструальной функции. Так, через год эффективность было более выражено в группе I А и во II группе по сравнению с I Б группой (90% и 75% против 45% соответственно группам, а в группе I Б наблюдалось у 5% женщин мажущиеся кровянистые межменструальные выделения, во II группе у 5% все таки наблюдались ациклические вагинальные кровянистые выделения (рис. 1).

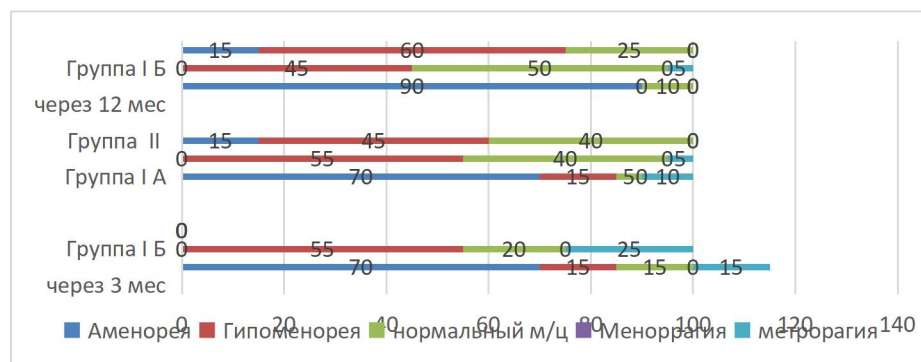


Рисунок 1. Сравнительная характеристика эффективности терапии при меноррагии у женщин с аденомиозом в %

Учитывая, что, вторым симптомом был болевой синдром, нами была проведена оценка по визуально аналоговой шкале до лечения и на фоне терапии улипристалом, введением ВМС «Мирена» и комплексной терапии гистероскопической абляции эндометрия с введением ВМС Мирена. Установлено, что у пациенток I А группы с миомой матки средний балл по визуально аналоговой шкале (ВАШ) составлял $6,42 \pm 1,7$, что свидетельствует о дисменорее. Во I Б группе у пациенток средний балл по визуально - аналоговой шкале (ВАШ) составлял $6,68 \pm 1,9$, что также свидетельствует о более выраженности боли. У женщин II группы боли были значительной степени, что подтверждается показателем $7,28 \pm 1,4$ (табл. 2).

Таблица 2.

Оценка нивелирования болевого синдрома по визуально аналоговой шкале (ВАШ)

	I А группа			I Б группа			II группа		
	До терапии	Через 6 мес	Через 12 мес	До терапии	Через 6 мес	Через 12 мес	До терапии	Через 6 мес	Через 12 мес
Болевой синдром	$6,42 \pm 1,7$	$4,7 \pm 1,4$	$1,0 \pm 0,13$	$6,68 \pm 1,9$	$5,2 \pm 1,9$	$1,1 \pm 0,5$	$7,28 \pm 1,4$	$6,9 \pm 3,1$	$1,1 \pm 0,3$

Наше исследование показало эффективности терапии, так как через 12 месяцев во всех группах вне зависимости от выбранной терапии показатель ВАШ достоверно снизился без статистически разницы (до $1,0 \pm 0,13$ и до $1,1 \pm 0,5$, а также $1,1 \pm 0,3$ соответственно группам), что подтверждает нивелирование болевого синдрома, хотя у женщин II

группы в первые 6 месяцев статистически достоверного уменьшения боли не отмечено. Вместе с тем мы считаем, что боли были соответственно перенесённой операции.

Изучена динамика объема матки у пациенток с миомой матки до и на фоне лечения. Установлено, что у всех пациенток с лейомиомой выявляется статистически значимое снижение объема матки при применении двух видов терапии. Эффект расценивался как значительное улучшение, если под влиянием лечения наблюдалось тенденция к уменьшению размеров матки. У больных второй группы лечение было эффективным у 12 (60,0%) больных, у которых в динамическом УЗИ контроле отмечалась уменьшение объема матки и толщины эндометрия.

Анализ данных эхографического исследования показал, что наиболее интенсивное уменьшение размеров матки происходило через 12 месяцев курса терапии. В динамическом наблюдении за пациентками на 12-й месяц лечения при ультразвуковом исследовании было выявлено: выраженное уменьшение толщины эндометрия у пациенток второй группы (табл. 3).

Контроль терапии через 12 месяцев показал, что в I А группе лечение было эффективным у 85 % больных, однако у 25 % пациенток проведенное лечение не имело эффекта, так как у этих пациентов было незначительное изменения в объеме матки. Учитывая обстоятельство, пациентке было предложено диферелин. У больных I Б группы лечение было эффективным у 25 % больных, у 75% уменьшение объема матки не отмечено. У одной была экспульсия ВМС.

Таблица 3.

Характеристика объема матки спустя 12 месяцев после терапии

Показатель	До лечения			После лечения		
	I А группа (n=20)	I Б группа (n=20)	II группа (n=20)	I А группа (n=20)	I Б группа (n=20)	II группа (n=20)
Средний объем матки (см ³)	66,1±1,3	71,42±2,5	70,8±3,4	56,7±1,3	68,42±2,5	55,5±2,4
Средняя толщина эндометрия (мм)	12,3±1,1	13,7±0,9	14,9±0,8	4,4±0,9	6,5±1,7	4,2±1,8

У пациенток II группы уменьшение объема матки выявлено в 90% случаев, ни одной не наблюдалась гиперплазия эндометрия.

Выводы: таким образом, во всех трех нами предложенной методике имеются положительные эффекты, и подтверждает необходимости индивидуального подхода к терапии в зависимости от возраста, реализации репродуктивных планов и онкологического риска.

Литература:

1. Базарбаева Д.А., Юсупова М.А. Вестник науки и образования № 22(76). часть 3. 2019. – С. 56-59
2. Зайдиева Я.З., Гулиева Л.Н. Лечение пациенток с миомой матки в период менопаузального перехода. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;20(1):32-38. <https://doi.org/10.17116/rosakush20202001132>
3. Кудрина Е.А., Бабуринов Д.В. Миома матки: современные аспекты патогенеза и лечения (клиническая лекция). Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2016; 3 (1): 4—10. DOI: 10.18821/2313-8726-2016-3-1-4-10

4. Панкратов В.В. Высокие технологии в диагностике и лечении миомы матки: автореф. Дисс. д. мед. наук, 2013 год. 15 с.
 5. Donnez J, Dolmans M-M. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 2016;22:665-686.,
 6. Lumsden MA, Hamoodi I, Gupta J, Hickey M. Fibroids: diagnosis and management. *BMJ*. 2015;351:4887., Stewart EA . Clinical practice . Uterine fibroids . *N Engl J Med*. 2015; 372:1646-1655.
- Razzakova N., Qosimova H. RESTORATION OF FERTILITY AFTER SURGERY TO REMOVE UTERINE FIBROIDS IN PATIENTS OF THE OLDER REPRODUCTIVE GROUP //Современные подходы и новые исследования в современной науке. – 2025. – Т. 4. – №. 4. – С. 5-