

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ «УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ МИОМЫ МАТКИ

Г.К. Раджабова¹, Ф.И. Махмадов¹

¹Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

²Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить клиническую эффективность и безопасность внедрения принципа «ускоренного восстановления» при лечении осложнённых форм миомы матки для оптимизации послеоперационного периода и снижения частоты осложнений.

Материал и методы: исследование основано на анализе результатов малоинвазивного лечения 25 (28,7%) женщин с осложненными формами миомы матки (ОФММ), оперированных лапароскопически, и 23 (26,4%) женщин – оперированных лапаротомным доступом на базе клиники акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ИПО в СЗ РТ» и клиники хирургических болезней №1 им академика К.М. Курбонова за период 2016-2025 годы. Из всех исследуемых женщин 16,6% (n=8, основная группа женщин – 20,0%, контрольная – 13,0%) были в возрасте до 40 лет, остальные 83,4% - составили женщины в возрасте старше 40 лет.

Результаты: для реализации стратегии fast track, у пациенток основной группы придерживались специального усовершенствованного нами протокола. В ходе сравнительного анализа характера проведённых оперативных вмешательств у женщин с ОФММ установлено, что в обеих группах основным видом хирургического лечения являлась, которая была выполнена у 80% пациенток основной группы и у 91,3% женщин группы сравнения. Средняя продолжительность операции в основной группе была значительно короче и составила 61,1±10,4 мин по сравнению с 79,7±11,3 мин в контрольной. Частота послеоперационных осложнений в группе с применением стратегии Fast track оказалась почти вдвое ниже (7,5% против 13,3%). Средняя длительность стационарного периода также была существенно сокращена — 4,6±1,5 суток в основной группе против 11,3±3,7 суток в контрольной. При этом сроки полной функциональной реабилитации уменьшились почти в 2,5 раза: 3,1±0,1 недели по сравнению с 6,9±0,1 недели в контрольной группе.

Заключение: внедрение принципов «ускоренного восстановления» при лечении осложнённых форм миомы матки демонстрирует высокую клиническую эффективность, отмечается более ранняя мобилизация и восстановление функций желудочно-кишечного тракта, сокращение госпитализации и потребности в опиоидной анальгезии, а также уменьшается частота послеоперационных осложнений и ранней реабилитации женщин.

Ключевые слова: концепция *Fast Track Surgery*, осложненные формы миомы матки, надрывающая ампутиация матки, экстирпация матки, консервативная миомэктомия.

Контактное лицо: Раджабова Гулджохон Курбоналиевна, Тел.: +992918764490; E-mail: gk.29.09.rajabova@gmail.com

Для цитирования: Раджабова Г.К., Махмадов Ф.И. Использование концепции «ускоренного восстановления» при лечении осложнённых форм миомы матки. Журнал Здравоохранение Таджикистана. 2025;367(4):92-101. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2025-367-4-92-101>

USING THE CONCEPT OF “ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY” IN THE TREATMENT OF COMPLICATED UTERINE FIBROIDS

G.K. Rajabova¹, F.I. Makhmadov²

¹Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 of the SEI Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan

²Department of Surgical Diseases №1 named after Academician K.M. Kurbonov SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: to evaluate the clinical efficacy and safety of implementing the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathway in the treatment of complicated forms of uterine fibroids to optimize the postoperative period and reduce the incidence of complications.

Material and methods: the study is based on a retrospective comparative analysis of surgical treatment outcomes in 25 (28.7%) women with complicated uterine fibroids operated laparoscopically and 23 (26.4%) women who underwent laparotomic surgery at the Obstetrics and Gynecology Clinic No. 2 of the SEI Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan and the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K. M. Kurbonov during 2016 to 2025. Of all the women studied, 16.6% ($n = 8$, the main group of women - 20.0%, the control group - 13.0%) were younger than 40 years; the remaining 83.4% were 40 years or older.

Results: to implement an ERAS (fast track) pathway, patients in the study group followed a specially developed protocol. A comparative analysis of the procedures performed in women with complicated uterine fibroids showed that supracervical (subtotal) hysterectomy was the most common operation in both groups, performed in 80% of patients in the study group and 91.3% in the comparison group. Mean operative time was significantly shorter in the study group (61.1 ± 10.4 min) than in the control group (79.7 ± 11.3 min). Postoperative complications were almost half as frequent in the ERAS group (7.5% vs 13.3%). Mean length of hospital stay was reduced (4.6 ± 1.5 days vs 11.3 ± 3.7 days). Time to full functional recovery decreased by about 2.5 fold (3.1 ± 0.1 weeks vs 6.9 ± 0.1 weeks).

Conclusion: implementation of ERAS (fast track) principles in the surgical management of complicated uterine leiomyomas appears clinically effective and is associated with earlier mobilization and return of gastrointestinal function, shorter hospitalization, reduced opioid analgesic requirements, and a lower rate of postoperative complications, facilitating faster postoperative rehabilitation.

Keywords: Fast Track Surgery, complicated uterine fibroids, supracervical (subtotal) hysterectomy, total hysterectomy, myomectomy.

Corresponding author: Guljahon Kurbonalievna Rajabova, Tel.: +992 (918) 76-44-90; Email: gk.29.09.rajabova@gmail.com

For citation: Rajabova G.K., Makhmadov F.I. Using the concept of "Enhanced Recovery After Surgery" in the treatment of complicated uterine fibroids. Journal Healthcare of Tajikistan. 2025;367(4):92-101. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2025-367-4-92-101>

ИСТИФОДАИ КОНСЕПСИЯИ «БАРҚАРОРШАВИИ БОСУРЪАТ» ҲАНГОМИ МУОЛИҶАИ ШАКЛИ ОРИЗАЁФТАИ МИОМАИ БАЧАДОН

Г.К. Раҷабова¹, Ф.И. Маҳмадов²

¹Кафедраи акушерӣ ва гинекологии рақами 2-и МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Душанбе, Тоҷикистон

²Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии рақами 1-и ба номи К.М. Қурбонов, МДТ «Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Душанбе, Тоҷикистон

Мақсад: арзёбӣ кардани самаранокӣ ва бехатарии татбиқи принципи «барқароршавии борсуръат» ҳангоми муолиҷаи шакли ориздоршудаи миомаи бачадон барои оптимизатсияи давраи пасазҷарроҳӣ ва коҳиш додани басомади оризаҳо.

Мавод ва усулҳо: пажӯҳиш ба асоси таҳлили натиҷаҳои муолиҷаи камлоиши 25 (28,7%) зани гирифтор ба шакли ориздоршудаи миомаи бачадон (ШОМБ), ки ба таври лапараскопӣ ҷарроҳӣ шудаанд ва 23 (26,4%) зане, ки аз тариқи дастрасии лапаротомӣ дар пойгоҳи клиникаи акушерӣ ва гинекологии рақами 2-и МДТ «ДТБД дар ҲИ ҶТ» ва клиникаи бемориҳои ҷарроҳии рақами 1 ба номи академик К.М. Қурбонов тайи солҳои 2016-2025 ҷарроҳӣ шудаанд, ба роҳ монда шудааст. Аз тамоми занҳои таҳти таҳқиқ 16,6% ($n=8$, гурӯҳи асосии занҳо – 20,0%, санҷишӣ – 13,0%) дар синни то 40-сола ва 83,4%-и боқимонда аз 40-сола боло буданд.

Натиҷаҳо: барои дар беморзанҳои гурӯҳи асосӣ татбиқи намудани стратегияи fast track протоколе риоя карда шуд, махсусан аз ҷониби мо такмил дода шуда буд. Дар рафти таҳлили муқоисавӣ хусусияти амалиёти ҷарроҳии дар мавриди занҳои гирифтор ба ШОМБ татбиқшуда, муайян гардид, ки ампутатсияи болоимаҳбалии бачадон дар ҳар ду гурӯҳ навъи асосии муолиҷаи ҷарроҳӣ махсуб меёбад ва он дар мавриди 80%-и беморони гурӯҳи асосӣ ва 91,3%-и занҳо аз гурӯҳи санҷишӣ татбиқ шудааст. давомнокии миёнаи ҷарроҳӣ дар мавриди гурӯҳи асосӣ, қиёсан ба $79,7 \pm 11,3$ дақиқаи гурӯҳи санҷишӣ, хеле кӯтоҳ буда, $61,1 \pm 10,4$ дақиқаро ташкил меод. Басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ дар гурӯҳе, ки ҳангоми онҳо стратегияи Fast track ба кор бурда шуд, ду баробар камтар буд (7,5% муқобили 13,3%). Давомнокии миёнаи будубош дар статсионар низ хеле кам гардида, дар гурӯҳи асосӣ $4,6 \pm 1,5$

шабонарӯз ва нишондиҳандаи мазкур дар гурӯҳи санҷиш ба $11,3 \pm 3,7$ шабонарӯз мерасид. Зимнан, муҳлати офиятбахшии пурраи функционалӣ қариба 2,5 маротиба коҳиш ёфт: $3,1 \pm 0,1$ ҳафта дар муқоиса ба $6,9 \pm 0,1$ ҳафта. **Хулоса:** татбиқи принципҳои «барқароршавии борсӯрӯт» ҳангоми муолиҷаи шакли оризадоршудаи миомаи бачадон натиҷабахшии баланди клиникаро нишон дода, ба мобилизатсияи нисбатан бармаҳал ва барқароршавии функсияҳои роҳҳои ҳозима, коҳиш ёфтани муҳлати будубош дар беморхона ва талабот ба аналгезияи муҳадирӣ, инчунин кам шудани басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ ва офиятбахшии барвақтии занҳоро ҳамроҳӣ менамояд. Илова бар ин, бо номи «барқароршавии борсӯрӯт» ва хулоса дар бораи ҳаҷми калони амалиёти ҷарроҳӣ мувофиқат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: концепсияи *Fast Track Surgery*, шакли оризадоршудаи миомаи бачадон, ампутатсияи болоимаҳбали бачадон, эктирпатсияи бачадон, миомэктомияи ғайриҷароҳӣ.

Введение. Гистерэктомия является одной из наиболее распространённых гинекологических операций и занимает второе место по частоте среди хирургических вмешательств у женщин после кесарева сечения [1-3]. Этот метод используется для лечения широкого спектра гинекологических заболеваний и симптомов, включая аномальные маточные кровотечения, хроническую тазовую боль, а также миоматозную трансформацию матки.

Согласно опросам специалистов, проводимым в США, около 40% американских женщин переносят гистерэктомию в течение жизни, что подчёркивает её актуальность и распространённость в клинической практике [4, 5].

На сегодняшний день для выполнения гистерэктомии применяются различные хирургические подходы, включая тотальную абдоминальную гистерэктомию (ТАГ), вагинальную гистерэктомию, а также тотальную лапароскопическую гистерэктомию (ТЛГ) [6]. Современные клинические рекомендации и литературные данные указывают на устойчивую тенденцию к преобладанию малоинвазивных вмешательств, особенно при лечении миомы матки, благодаря их преимуществам в виде сниженной травматичности, меньшего риска осложнений и более быстрого восстановления [7-9].

Одним из важных и до конца не разрешённых вопросов при гистерэктомии у женщин пременопаузального возраста (40–44 года) остаётся целесообразность удаления или сохранения яичников. Ряд исследователей настаивают на сохранении по меньшей мере одного яичника для поддержания естественной продукции эстрогенов, что благоприятно сказывается на качестве жизни пациентки и снижает риск раннего развития менопаузального синдрома. В то же время, другие авторы подчёркивают обоснованность двусторонней овариэктомии, аргументируя это снижением риска развития злокачественных новообразований - в первую очередь, молочной железы и яичников, а также уменьшением общей онкологической заболеваемости в отдалённой перспективе [8].

За последние десятилетия в хирургической гинекологии активно внедряется *мультимодальная периоперационная стратегия*, известная как *Fast Track Surgery* или *ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)* [8-9]. Эта концепция направлена на минимизацию хирургического стресса и включает: применение малоинвазивных методов вмешательства; рациональное обезболивание с минимизацией опиоидов; раннее восстановление перорального питания; раннюю мобилизацию пациенток и сокращение ненужных инвазивных манипуляций (например, дренажей и катетеров).

Внедрение принципов ERAS при гистерэктомии способствует снижению продолжительности госпитализации, уменьшению частоты послеоперационных осложнений и ускоренному восстановлению пациенток, что особенно важно в условиях современной организации медицинской помощи и ресурсосбережения.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность внедрения принципа «ускоренного восстановления» при лечении осложнённых форм миомы матки (ОФММ) для оптимизации послеоперационного периода и снижения частоты осложнений.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов малоинвазивного лечения 25 (28,7%) женщин с ОФММ (маточные кровотечения, внутрибрюшные кровотечения), оперированных лапароскопически и 23 (26,4%) женщин – оперированных лапаротомным доступом на базе клиники акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ИПОвСЗ РТ» и отделения хирургии ГУ «Медицинский Комплекс Истиклол» за период 2016-2025 годы.

Из всех исследуемых женщин 16,6% (n=8, основная группа женщин – 20,0%, n=5, контрольная – 13,0%, n=3) были в возрасте до 40 лет, остальные 83,4% - составили женщины в возрасте старше 40 лет. Для более корректного выбора тактики вмешательства, проведен тщательный анализ репродуктивного анамнеза женщин основной группы,

Таблица /Table 1

Сравнительная характеристика репродуктивного анамнеза женщин с осложненными формами миомы (маточные кровотечения, внутрибрюшные кровотечения) матки (%)

Comparative characteristics of the reproductive history of women with complicated forms of myoma (uterine bleeding, intra-abdominal bleeding) of the uterus (%)

Данные анамнеза Anamnesis data	ОГ (n=25) Main group (n=25)	КГ (n=23) Control group (n=23)	p-value
Общее число беременностей Total number of pregnancies	57	49	
Эктопическая беременность / Ectopic pregnancy	2 (8%)	2 (8,7%)	0,94*
Искусственное прерывание беременности Artificial termination of pregnancy	6 (24%)	5 (21,7%)	0,85*
Самопроизвольный выкидыш / Spontaneous miscarriage	3 (12%)	3 (13%)	0,92*
Естественные роды / Natural childbirth	14 (56%)	13 (56,5%)	0,97
Кесарево сечение / C-section	2 (8%)	3 (13%)	0,66*

Примечание: p – статистическая значимость различий частоты показателей между группами (критерий χ^2 , *точный критерий Фишера)

Note: p – statistical significance of differences in the frequency of indicators between groups (χ^2 test, *Fisher's exact test)

что, по сути, и определяло объем проводимого вмешательства, включая органосохраняющие и орган удаляющие вмешательства (табл. 1).

Как показал анализ сравнительной характеристики репродуктивного анамнеза женщин с ОФММ, общее число беременностей в основной группе составило 57, а в контрольной 49, что в пересчете на одну пациентку составляет в среднем 2,28 и 2,13 соответственно. Это указывает на сопоставимую фертильность у женщин обеих групп до развития осложненной миомы. Эктопическая беременность отмечена у 2 женщин в каждой группе, что составляет 8% и 8,7% соответственно.

Искусственное прерывание беременности встречалось несколько чаще в основной группе (6 случаев, 24%) по сравнению с контрольной (5 случаев, 21,7%), указывающий на определенную степень репродуктивных трудностей или социально обусловленных факторов, повлиявших на ведение беременности. Самопроизвольные выкидыши наблюдались с одинаковой частотой - по 3 случая в каждой группе, что составляет около 12–13%. Эти данные могут свидетельствовать о возможном нарушении имплантации или ранних репродуктивных неудач, однако без четкой связи с осложнениями миомы.

Естественные роды доминируют в репродуктивной истории пациенток обеих групп: по 14 случаев (56%) в основной группе и 13 случаев (56,5%) в контрольной. А кесарево сечение было

проведено у 2 пациенток основной группы (8%) и у 3 - в контрольной (13%).

Следовательно, репродуктивный анамнез женщин с осложнённой миомой матки в обеих группах был сопоставим по большинству параметров. Незначительные различия по частоте кесарева сечения, искусственного аборта и эктопической беременности не достигают статистической значимости.

Полученные данные позволяют заключить, что в целом фертильность у пациенток сохраняется, а осложнения миомы чаще развиваются уже после реализации репродуктивной функции.

Результаты. Для реализации стратегии fast track, у пациенток основной группы придерживались специального усовершенствованного протокола, внедрение которого, несомненно имело ряд преимуществ (рис. 1).

Одним из существенных преимуществ использования протокола Fast Track в хирургической практике считается его экономическая эффективность, что находит подтверждение в ряде исследований как отечественных, так и зарубежных авторов [8, 9]. Особенно это утверждение актуально в отношении обширных гинекологических вмешательств, где определяющим фактором затрат остаётся длительность пребывания пациенток в стационаре.

Однако, несмотря на это, некоторые зарубежные исследования [7-9] указывают на отсутствие достоверных различий в частоте послеопераци-

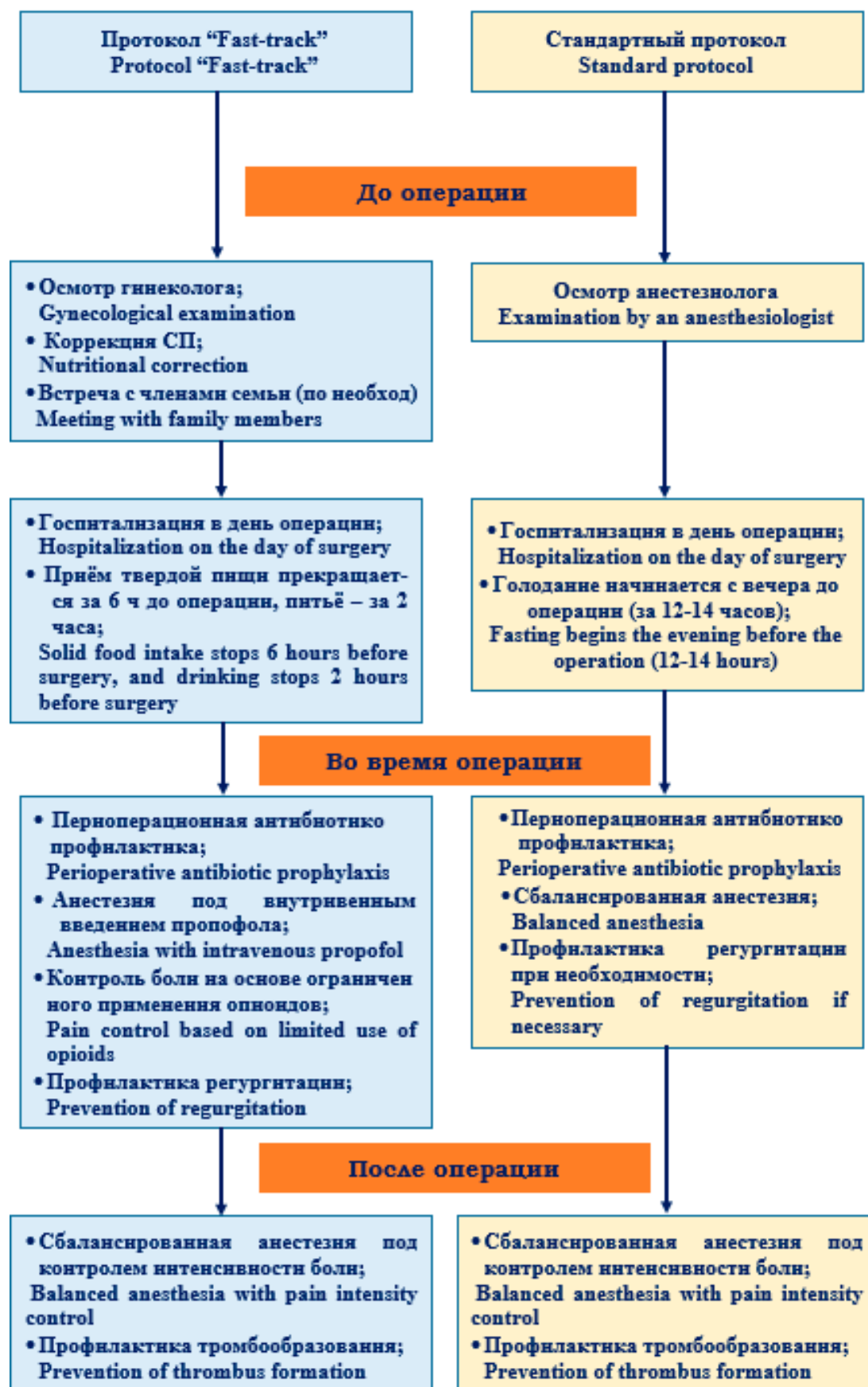


Рис. 1. Протокол fast-track, применяемый у женщин с осложненной формой миомы матки

Fig. 1. Fast track protocol used in women with complicated uterine fibroids

онных осложнений между пациентками, перенёсшими открытые и малоинвазивные вмешательства с использованием протокола Fast Track. Тем не менее, результаты настоящего исследования позволяют утверждать обратное: у пациенток основной группы частота как специфических, так и неспецифических послеоперационных осложнений была достоверно ниже, что свидетельствует о клиническом преимуществе применения ускоренной хирургической стратегии.

Следует подчеркнуть, что показания к хирургическому лечению женщин с неосложнённой формой миомы матки по-прежнему являются предметом научной дискуссии. Множество авторов подчёркивают наличие необоснованных радикальных вмешательств, особенно в отношении женщин репродуктивного возраста, что может оказывать негативное воздействие на их психологическое состояние и репродуктивные перспективы. В данном контексте следует особо отметить, что включение в исследование 25 женщин с осложнённой формой миомы матки в основной группе основывалось на строго сформулированных клинических показаниях, подтверждённых объективным статусом и детальным анализом амбулаторной документации.

С позиции действующих клинических протоколов особое значение имеет тщательное влагалищное исследование, позволяющее установить ряд ключевых критериев: наличие миоматозных узлов, бугристость и неровность поверхности матки, изменение её консистенции и увеличение размеров. Эти параметры существенно облегчают клиническую диагностику и уточнение формы миомы. Вместе с тем, в рамках нашего исследования основное внимание уделялось именно величине матки как одному из ведущих критериев для опре-

деления объёма хирургического вмешательства и тактики ведения пациентки. Увеличение размеров матки, обусловленное ростом миоматозных узлов, нередко коррелировало с выраженностью клинической симптоматики и объёмом требуемой оперативной помощи.

Таким образом, применение протокола Fast Track при хирургическом лечении осложнённых форм миомы матки оказалось не только оправданным с точки зрения клинической эффективности и безопасности, но и позволило снизить частоту послеоперационных осложнений, сократить продолжительность госпитализации, а также улучшить субъективные показатели восстановления пациенток.

Одним из ключевых параметров, отражающих клиническую значимость миоматозного процесса, является размер матки, определяемый в условных акушерских неделях. При этом наши исследования показали, что у 25 женщин основной группы, увеличение размера матки составило от 3 до 26 недель. Выбор лапароскопической гистерэктомии требовал особого подхода у 36,0% (n=9) женщин, так как у данного контингента технические трудности прогнозировались на этапе извлечения макропрепарата (табл. 2).

Анализ полученных данных показал, что у большинства пациенток обеих групп размеры матки находились в пределах от 3 до 15 недель: в основной группе - у 16 женщин (64%), а в контрольной - у 15 пациенток (65,2%). Это свидетельствует о преобладании умеренного увеличения размеров матки, что характерно для клинически выраженной, но ещё компенсированной фазы развития миоматозного узлообразования.

Таблица /Table 2

Величина матки у женщин с осложненной формой миомы (маточные кровотечения, внутрибрюшные кровотечения) матки (%)
The size of the uterus in women with complicated forms of myoma (uterine bleeding, intra-abdominal bleeding) of the uterus (%)

Величина матки в неделях Uterine size in weeks	ОГ (n=25) Main group (n=25)	КГ (n=23) Control group (n=23)	p-value
3–15	16 (64%)	15 (65,2%)	0,92
≥16	9 (36%)	8 (34,8%)	
Средняя величина матки (M±SD) Average size of the uterus (M±SD)	23,2±6,1	22,9±5,8	0,88

Примечание: p – статистическая значимость различий: для категориальных показателей – точный критерий Фишера, для средних значений – U-критерий Манна-Уитни

Note: p – statistical significance of differences: for categorical indicators – Fisher's exact test, for mean values – Mann-Whitney U-test

Таблица /Table 3

Сравнительный анализ характера операций при осложненных формах миомы матки (%)
Comparative analysis of the nature of operations for complicated forms of uterine fibroids (%)

Вид операции Type of operation	ОГ (n=25) Main group (n=25)	КГ (n=23) Control group (n=23)	p-value
Надвлагалищная ампутация матки Supravaginal amputation of the uterus	20 (80%)	21 (91,3%)	0,46
Экстирпация матки / Hysterectomy	2 (8%)	–	
Консервативная миомэктомия Conservative myomectomy	3 (12%)	2 (8,7%)	1,00
Общее сравнение (3×2) General comparison (3×2)			$\chi^2=1,02$; p=0,60

Примечание: p – статистическая значимость различий распределения вида операций между группами (χ^2 для таблиц сопряженности и точный критерий Фишера при малых ожидаемых частотах). Сокращения: ОГ – основная группа (лапароскопические и лапароскопически-ассистированные операции); КГ – контрольная группа (традиционные операции)

Note: p – statistical significance of differences in the distribution of the type of surgery between groups (χ^2 for contingency tables and Fisher's exact test for small expected frequencies). Abbreviations: MG – main group (laparoscopic and laparoscopic-assisted surgeries); CG – control group (traditional surgeries)

Увеличение матки свыше 16 недель акушерского срока зафиксировано у 9 пациенток (36%) в основной группе и у 8 женщин (34,8%) в контрольной. Следовательно, доля женщин с выраженной гипертрофией матки в обеих группах была приблизительно одинаковой, что указывает на сопоставимый уровень тяжести патологического процесса по объёму органа.

Средние значения размеров матки в группах также не продемонстрировали статистически значимых различий: в основной группе - 23,2±6,1 недели, в контрольной - 22,9±5,8 недели. Полученные данные подтверждают, что степень увеличения матки у женщин с осложнённой миомой была схожей в обеих группах, что обеспечивает корректную сравнительную оценку других клинико-функциональных параметров в дальнейшем анализе.

Таким образом, в исследуемой выборке у большинства женщин с осложнённой формой миомы матки отмечались размеры матки до 15 недель, тогда как примерно у каждой третьей пациентки размеры превышали данный порог.

Непарадоксально, что 56,0% (n=14) миоматозных узлов у женщин основной группы располагались по задней стенке и 36,0% (n=9) - по передней стенки матки. Миоматозный узел передней стенки с переходом в шейку матки было отмечено у 2 (8,0%) женщин, при в данных случаях проводили лапароскопически-ассистированную экстирпацию матки.

В ходе сравнительного анализа характера проведённых оперативных вмешательств у женщин с осложнёнными формами миомы матки (табл. 3) установлено, что в обеих группах основным видом хирургического лечения являлась *надвлагалищная ампутация матки*, которая была выполнена у 80% пациенток основной группы и у 91,3% женщин группы сравнения. Высокая частота данного вмешательства обусловлена необходимостью радикального устранения симптоматической миомы при сохранении шейки матки, что сопряжено с меньшим объёмом операции и меньшими послеоперационными рисками по сравнению с экстирпацией.

После лапароскопической надвлагалищной ампутации матки, с традиционной обработкой шейки, с целью надёжной фиксации, культя последовательно одной нитью фиксируется к обеим круглым связкам матки.

В последующем перитонизация культи проводится отдельной фиксацией заднего листка брюшины и края брюшины пузырно-маточной складки, по отдельности, взятые в кисетный шов (рис. 2, 3, 4, 5).

Экстирпация матки с удалением шейки матки была проведена лишь у 2 пациенток основной группы (8%), тогда как в группе сравнения этот тип вмешательства не выполнялся. Это, вероятно, связано с большей выраженностью клинической симптоматики или анатомо-функциональными особенностями у конкретных пациенток основ-

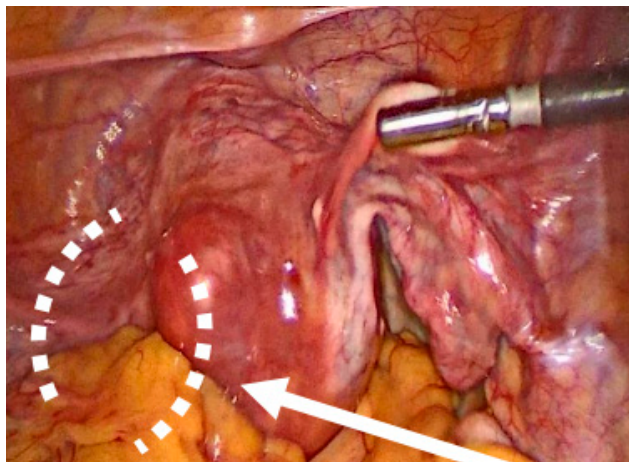


Рис. 2. Лапароскопия. Миоматозный узел тела матки

Fig. 2. Laparoscopy. Myomatous node of the uterine body

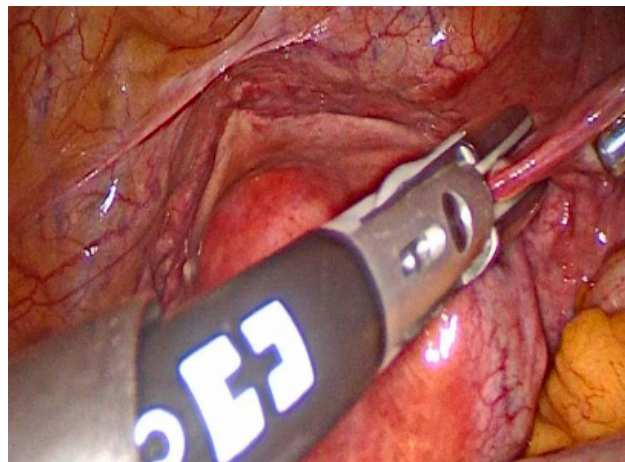


Рис. 3. Лапароскопия. Этапы мобилизации матки справа с применением технологии «Liga Sure»

Fig. 3. Laparoscopy. Stages of uterine mobilization on the right side using Liga Sure technology

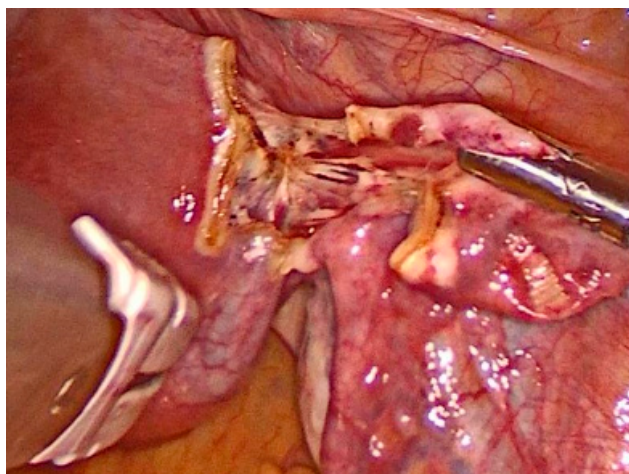
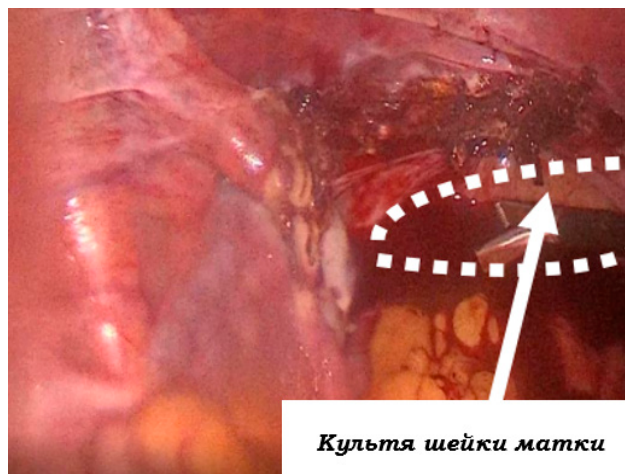


Рис. 4. Лапароскопия. Этапы мобилизации матки справа с применением технологии «Liga Sure»

Fig. 4. Laparoscopy. Stages of uterine mobilization on the right-side using Liga Sure technology



Культя шейки матки

Рис. 5. Лапароскопия. Лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки с применением технологии «Liga Sure»

Fig. 5. Laparoscopy. Laparoscopic supravaginal hysterectomy using Liga Sure technology

ной группы, что потребовало более объёмного хирургического вмешательства.

Что касается *консервативной миомэктомии*, она была выполнена у 12% женщин основной группы и у 8,7% пациенток группы сравнения. Проведение органосохраняющей операции в данных случаях объясняется относительно молодым возрастом пациенток, наличием репродуктивных планов, а также ограниченным количеством и расположением узлов, позволивших выполнить вмешательство с сохранением матки.

Проведённый сравнительный анализ эффективности лапароскопических и открытых операций у пациенток с осложнёнными формами миомы

матки продемонстрировал существенные преимущества малоинвазивных вмешательств при использовании принципов стратегии Fast track. Так, средняя продолжительность операции в основной группе была значительно короче и составила $61,1 \pm 10,4$ мин по сравнению с $79,7 \pm 11,3$ мин в контрольной. Частота послеоперационных осложнений в группе с применением стратегии Fast track оказалась почти вдвое ниже (7,5% против 13,3%). Средняя длительность стационарного периода также была существенно сокращена — $4,6 \pm 1,5$ суток в основной группе против $11,3 \pm 3,7$ суток в контрольной. При этом сроки полной функциональной реабилитации уменьшились почти в 2,5 раза:

3,1±0,1 недели по сравнению с 6,9±0,1 недели в контрольной группе.

Заключение. Таким образом, внедрение принципов «ускоренного восстановления» при лечении осложнённых форм миомы матки демонстрирует высокую клиническую эффективность, сопровождаемая более ранней мобилизацией и восстановлением функций желудочно-кишечного тракта, сокращением госпитализации и потребности в опиоидной анальгезии, а также уменьшением частоты послеоперационных осложнений и ранней реабилитации женщин.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Завада Н.В. Неотложная хирургическая помощь в Республике Беларусь. Военная медицина. 2019;4:14–21.
Zavada N.V. Emergency surgical care in the Republic of Belarus. Military medicine. 2019;4:14–21.
2. Турбин М.В., Черкасов М.Ф., Бондаренко В.А., Черкасов Д.М., Красенков Ю.В. Оценка эффективности лапароскопических вмешательств при острой тазовой боли у женщин. Эндоскопическая хирургия. 2022;28(6):37–44. <https://doi.org/10.17116/endoskop20222806137>.
Turbin M.V., Cherkasov M.F., Bondarenko V.A., Cherkasov D.M., Krasenkov Yu.V. Evaluation of the effectiveness of laparoscopic interventions for acute pelvic pain in women. Endoscopic surgery. 2022;28(6):37–44. <https://doi.org/10.17116/endoskop20222806137>.
3. Доброхотова Ю.Э., Тер-Ованесов М.Д., Боровкова Е.И., Кукош М.Ю., Железкова Т.А. Концепция ускоренного восстановления после операций в онкогинекологии. Русский медицинский журнал. 2018;5(1):45–50.
Dobrohotova Yu.E., Ter-Ovanesov M.D., Borovkova E.I., Kukosh M.Yu., Zhelezkova T.A. The concept of accelerated recovery after surgery in gynecological oncology. Russian Medical Journal. 2018;5(1):45–50.
4. Пучков К.В., Коренная В.В., Подзолкова Н.М. Fast track: хирургические протоколы ускоренной реабилитации в гинекологии. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2016;8(17):59–64.
Puchkov K.V., Korennaya V.V., Podzolkova N.M. Fast Track: Surgical Protocols for Accelerated Recovery in Gynecology. Medical aspects of women's health. 2016;8(17):59–64.
5. Фатеева А.С., Петров И.А., Тихоновская О.А., Куприянова И.И., Логвинов С.В. Репродуктивное здоровье после радикальных операций на матке и маточных трубах. The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium". 2016;18(6):11–17.
Fateeva A.S., Petrov I.A., Tihonovskaya O.A., Kupriyanova I.I., Logvinov S.V. Reproductive health after radical surgery on the uterus and fallopian tubes. The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium". 2016;18(6):11–17.
6. Carlson S., Brando A., McGregor A.E., Sutaria T., Hurtado E., Frazzini Padilla P., Arnolds K. Comparison of Postoperative Complications Between Laparoscopic Myomectomy and Total Laparoscopic Hysterectomy. Journal Minim. Invasive Gynecol. 2024;31(1):43–48. doi: 10.1016/j.jmig. 2023.10.005.
7. Yang Q., Ciebiera M., Victoria Bariani M., Ali M., Elkafas H., Boyer Th.G., Al-Hendy A. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. Endocr. Rev. 2022;43(2):678–719. doi: 10.1210/endo/rev/bnab039.
8. Raffone A., Raimondo D., Neola D., Travaglino A., Giorgi M., Lazzeri L. et al. Diagnostic accuracy of MRI in the differential diagnosis between uterine leiomyomas and sarcomas: A systematic review and meta-analysis. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2024;165(1):22–33. doi: 10.1002/ijgo.15136.
9. Rodriguez-Triana VM., Kwan L., Kelly M., Olson T.H., Parker W.H. Quality of Life after Laparoscopic and Open Abdominal Myomectomy. J. Minim. Invasive Gynecol. 2021;28(4):817–823. doi: 10.1016/j.jmig.2020.07.023.

Информация об авторах

Раджабова Гулджахон Курбоналиевна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедры акушерства и гинекологии №2, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан
Researcher ID: rid117080

ORCID ID: 0009-0009-3511-1353

E-mail: gk.29.09.rajabova@gmail.com

Махмадов Фарух Исроилович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбанова К.М., Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино.

Researcher ID: ADM-7167-2022;

ORCID ID: 0000-0003-4838-3568;

SPIN-код: 1246-8316; Author ID: 727885;

E-mail: fmahmadov@mail.ru

Information about the authors

Rajabova Guljahon Kurbonaliyeva - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan; Researcher ID: rid117080,

ORCID ID: 0009-0009-3511-1353

Makhmadov Farukh Isroilovich - Professor, Department of Surgical Diseases No. 1, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, MD, Professor;

Researcher ID: ADM-7167-2022,

ORCID ID: 0000-0003-4838-3568,

SPIN-code: 1246-8316,

Author ID: 727885

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом НИР ИПО в СЗ РТ (№государственной регистрации 00023576). Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

Конфликт интересов: отсутствует

Information about the support in the form of grants, equipment, and medications

The work was carried out in accordance with the research plan of the Institute of Postgraduate Education in the Healthcare System of the Republic of Tajikistan (state registration number 00023576). The authors did not receive financial support from pharmaceutical and medical equipment manufacturers.

Conflict of interest: authors declare no conflict of interest

ВКЛАД АВТОРОВ

Г.К. Раджабова - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование, общая ответственность, сбор материала, статистическая обработка данных, подготовка текста

Ф.И. Махмадов - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование

AUTHORS CONTRIBUTION

G.K. Rajabova - conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article, overall responsibility, data collection, statistical data processing, writing the article

F.I. Makhmadov - conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article

Поступила в редакцию / Received: 08.10.2025

Принята к публикации / Accepted: 11.12.2025