

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На правах рукописи

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО
ДОСТУПА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВА-
НИЯХ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ**

Специальность: 3215.01- акушерство и гинекология

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Наргиз Ариф гызы Амирасланова**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии

Баку – 2024

Диссертационная работа выполнена на базе кафедры акушерства и гинекологии II АМУ и родильного отделения Учебно-Хирургической клиники АМУ г.Баку.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Ислам Шариф оглу Магалов

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Лейла Муса кызы Рзакулиева

доктор медицинских наук, профессор
Джамиля Фариз кызы Курбанова

доктор философии по медицине
Тарана Ейваз кызы Байрамова

Диссертационный совет ED 2.06 Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики, действующий на базе Азербайджанского Медицинского Университета

Председатель диссертационного совета:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Фариз Хидаят оглы Джамалов

Ученый секретарь диссертационного совета:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Эльдар Аллахверди оглы Алиев

Председатель научного семинара:

_____ доктор медицинских наук, профессор
Мехман Агаверди оглы Гамзаев

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ И СТЕПЕНЬ ЕГО РАЗРАБОТКИ

Последние десятилетия стали свидетелями огромного перехода от лапаротомии к лапароскопии как хирургического подхода выбора в гинекологии. Завершение усложняющихся процедур облегчается техническими достижениями в приборостроении. В последнее время все большее внимание уделяется уменьшению количества и размеров лапароскопических разрезов, конечной целью которых является отсутствие видимых рубцов. Лапароскопические операции в гинекологии сегодня перестают быть вмешательствами для решения «малых» проблем женского здоровья, когда отсутствие разреза в первую очередь преследует эстетические цели^{1,2}. На ранних этапах внедрения эндовидеотехнологии идея малой травматичности также объяснялась поисками способов избежать нежелательных проявлений послеоперационной болезни при необходимости диагностического исследования состояния органов малого таза и проведение небольших по объему операций при их незначительном изменении. Тем самым первичный спектр применения лапароскопии ограничивался ее вспомогательным характером при нарушениях репродуктивной функции и индивидуальным мастерством хирургов, которые в некоторых случаях и соблюдении заранее установленных условий могли выполнить с ее помощью более сложные действия^{3,4}. Со временем по мере накопления опыта и данных «пионерами эндовидеохирургии» было продемонстри-

¹ Лашкул, О.С. Концепция ранней реабилитации (fast track) в оперативной гинекологии // - Запорожье: Запорожский медицинский журнал, - 2017, Т.19. №2, с.186-189.

² Магалов, И.Ш. Вагинальные лапароскопические гистерэктомии / И.Ш.Магалов, Х.Ф. Багирова, А. Али Азим, А.Д. Эберт // Вісник проблем біології і медицини: Український науково-практичний журнал, Полтава, Київ: Українська академія наук, УМСА, 2013, Том 1, N 1, с. 46-52..

³ Baekelandt, J. Response to “Total vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery hysterectomy” // J Minim Invasive Gynecol., - 2016, vol 23. No3, p.459.

⁴ Chadee, A. Spontaneous Heterotopic Pregnancy: Dual Case Report and Review of Literature / A. Chadee, S. Rezai, C.Kirby// *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, - 2016, vol 78, p.5.

ровано, что в принципе лапароскопически возможно проведение любой операции, по крайней мере, на органах женской половой системы. Определенные ограничения остаются в онкогинекологии, как например, при злокачественных образованиях яичников^{5,6}. Однако, несмотря на то, что в ведущих центрах по всему миру демонстрируются высокие результаты после эндоскопических вмешательств, они до сих пор остаются, если так можно выразиться, уделом «избранных». Для этого достаточно взглянуть на тенденции в статистике выполнения гистерэктомий по США и развитым странам Европы. Объяснение медленному внедрению новых методов в широкую практику находят (стереотип мышления) в ее дороговизне, труднодоступности, необходимости долгого обучения, наличия большого списка препятствий как анестезиологического и внутриоперационного характера, так и обусловленных клиническими особенностями пациентов. Считается, что при ожирении, больших размерах матки и яичников, даже при их доброкачественном происхождении использование лапароскопического доступа практически неприемлемо дискуссий^{7,8,9,10}. Для преодоления трудностей восприятия

⁵ Lee, C.L. Hysterectomy by transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES): a series of 137 patients / C.L. Lee, K.Y. Wu, H. Su et al. // *J Minim Invasive Gynecol.* , 2014, No 2, p.818–824

⁶ Saccardi, C., Gizzo, S., Noventa, M. Limits and complications of laparoscopic myomectomy: which are the best predictors? A large cohort single-center experience / *Arch Gynecol Obstet.*, - 2017, vol 90. No 5, p.951-956.

⁷ Moukartzel, L.A., Fader, A.N., Tanner, E.J. Feasibility of robotic-assisted laparoscopic single-site surgery in the gynecologic oncology setting // *J Minim Invasive Gynecol.*, - 2017, vol. 24. No 10, p.258–263.

⁸ Li, S.H. Impact of gasless laparoscopy on circulation, respiration, stress response, and other complications in gynecological geriatrics / S.H. Li, J. Deng, F.T. Huang // *Int J Clin Exp Med.*, - 2017. No 9, p.2877-2882.

⁹ Rebecca, M., Funlayo, O. Pushing the boundaries of laparoscopic myomectomy: a comparative analysis of peri-operative outcomes in 323 women undergoing laparoscopic myomectomy in a tertiary referral centre // *Gynecol Surg.* -2017, vol 14. No1, p.22-25.

¹⁰ Torrizo, A.Z. Single Incision Laparoscopic Surgery for Surgical Treatment of Tubal Ectopic Pregnancy: A Feasible Alternative to Conventional Laparoscopy // *Journal of Gynecologic Surgery.* , - 2017, vol 33. No 2, p.61–67

возможностей эндохирургии ежегодно ее сторонниками публикуются все новые и новые сообщения о ее преимуществах вне зависимости от степени распространенности заболевания. Пути совершенствования хирургических приемов в лапароскопии представляют собой актуальную тему сегодняшней оперативной гинекологии. Многие технические аспекты, связанные с тем, что максимально сложные хирургические приемы допустимы для массового применения являются предметом продолжающихся дискуссий.

Объект и предмет исследования. Основная группа – 80 пациенток в возрасте от 18 до 73 лет с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках, оперативное лечение которым было выполнено лапароскопически. Контрольная группа - 30 пациенток, оперированные традиционным способом.

Целью исследования является улучшение результатов сложных эндоскопических операций и совершенствование лапароскопического доступа для их безопасного внедрения в широкую гинекологическую практику.

Задачи исследования:

1. Сравнить внутриоперационные показатели и некоторые до- и после операционные клиничко-лабораторные данные пациентов со средними и большими образованиями матки и яичников, оперированных из лапароскопического доступа и традиционным открытым способом.
2. Разработать критерии для выбора различных хирургических доступов у пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках
3. Разработать алгоритм последовательности введения троакаров через переднюю брюшную стенку при наличии в малом тазу и выходящих за его пределы больших доброкачественных образованиях.
4. Предложить различные способы для безопасного и эффективного удаления хирургического препарата из брюшной полости при образованиях матки и яичников больших размеров.

5. Провести сравнительный анализ качества жизни у пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках после лапароскопического и лапаротомного хирургического лечения

Методы исследования. В работе были использованы клиничко-лабораторные, биохимические, инструментальные, бактериологические, эпидемиологические и статистические методы исследования.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Программа предоперационной подготовки и послеоперационной тактики ведения больных с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках
2. Возможность использования лапароскопии при оперативном лечении пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках.
3. Критерии выбора различных хирургических способов (лапаротомия, лапароскопия) при оперативном лечении больных с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках.

Научная новизна исследования:

1. Впервые в Азербайджане изучена техника лапароскопических операций у пациенток с доброкачественными образованиями яичников и матки средних и больших размеров.
2. Определены и обоснованы критерии для выбора различных хирургических доступов у таких больных.
3. Разработан алгоритм выбора локализации и последовательности введения троаколов у таких больных.
4. Внедрение разработанных модификаций позволило широкое внедрение минимально-инвазивных вмешательств при больших образованиях доброкачественного характера у гинекологических больных. Это приводит к снижению травматичности, уменьшению кровопотери, более благоприятному течению послеоперационного периода и улучшению качества жизни.

Практическая значимость исследования. Проведено сравнительное изучение данных ближайших и отдаленных ре-

зультатов оперативного лечения в зависимости от использованного хирургического доступа у больных с доброкачественными образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках. Показано, что применение лапароскопического доступа у данных больных как основного способа хирургических вмешательств, ведет к уменьшению кровопотери, снижению травматичности, более благоприятному течению послеоперационного периода и улучшению качества жизни. Дана оценка влияния оперативных вмешательств, выполненных различными доступами на ролевое, социальное и сексуальное функционирование и качество жизни в целом больных с образованиями больших размеров. Изучены характер и частота осложнений оперативного лечения данных больных в зависимости от использованного хирургического доступа (лапароскопии и лапаротомии) и разработан алгоритм обследования и ведения пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках.

Апробация диссертации и внедрение. Материалы диссертации были обсуждены:

- На Международном конгрессе “Təbabətin aktual problemləri”, посвященной 100 - летию со дня рождения профессора Тамерлана Алиева, Баку, 6-8 октября 2021 год.

- The 1-st Multidisciplinary Endosurgical Congress of the Caspian countries . Aktau. 15 - 28.09. 2019.

Материалы диссертации были доложены и обсуждены на межкафедральном заседании, проведенном совместно профильными кафедрами Азербайджанского медицинского университета (Баку, 2022, протокол №7), на научном семинаре при диссертационном совете Е 2.06 Азербайджанского Медицинского Университета (Баку, 2024 г., протокол № 1).

Материалы диссертации используются в учебном процессе на кафедрах акушерства и гинекологии АМУ, предложенные практические рекомендации применяются на практике.

Место выполнения диссертации. Диссертационная работа выполнена на базе кафедры акушерства и гинекологии II АМУ и родильного отделения Учебно-Хирургической клиники АМУ г.Баку.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 10 научных работ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 171 странице компьютерного текста (204260 символов) и состоит из введения (15619 символов), обзора литературы (38610 символов), описания материала и методов исследования (19711 символов), 3 глава (38596 символов), 4 глава (20957 символов), 5 глава (30618 символов), обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций (13335 символов). При написании диссертации использовано 202 литературных источника, из них цитированы работы 4 азербайджанских, 72 российских и 128 зарубежных ученых. Диссертация иллюстрирована 41 таблицами, 17 фото и 28 рисунками.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнялась в 2017–2019 гг., в рамках научной программы кафедры акушерства и гинекологии II АМУ. Исследование было проведено с использованием проспективного метода на базе кафедры акушерства и гинекологии II АМУ и родильного отделения Учебно-Хирургической клиники АМУ. В нашей работе, для осуществления цели исследования, на основании разработанных клиничко-лабораторных критериев, за период с 2017 по 2019 год было обследовано 110 женщин с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках, в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст $47,45 \pm 5,2$). Все исследованные 110 женщин были разделены на 2 группы: основную (80 больных) и группу сравнения (30 больных). В основную группу исследования вошли 80 пациенток, оперативное лечение которым было выполнено лапароскопически. Пациентки основной группы были разделены на следующие подгруппы:

а) пациентки с образованиями яичников размером более 8 см (от 8 до 17 см по узи), которым были проведены операции на придатках их лапароскопического доступа (ЛХП – лапароскопическая хирургия придатков) – 12 женщин

б) пациентки с узлами матки (доминирующий узел более 8 см, от 8 до 17 см), которым была выполнена миомэктомия с использованием лапароскопического доступа) – 33 женщины:

б1 – пациентки, которым была выполнена лапароскопическая миомэктомия (ЛМЭ) – 23 женщины

б2 - пациентки, которым была выполнена миомэктомия с лапароскопической ассистенцией (ЛАМ) – 10 женщин

в) пациентки, с узлами больших размеров, которым была проведена тотальная лапароскопическая гистерэктомия (ТЛГ) – 35 женщин.

Контрольную группу составили 30 женщин, разделенных по 10 человек аналогично подгруппам А, Б и В, но оперированные традиционным способом – открытая хирургия придатков (ОХП), абдоминальная миомэктомия и абдоминальная тотальная гистерэктомия АМЭ и ТАГ, соответственно.

Критериями включения пациенток в исследование явились: наличие у женщин образований средних и больших размеров в матке и в яичниках, отсутствие в анамнезе операций на органах малого таза и брюшной полости; отсутствие у пациенток противопоказаний к выполнению лапароскопического доступа операции; информированное согласие пациенток на участие в исследовании.

Критерии исключения: отказ пациенток от исследования; в исследование не войдут женщины с наличием или высоким подозрением на наличие злокачественных изменений матки и яичников, а также с эндометриозом яичников в случае патологического процесса локализованного только в придатках и с субмукозными узлами в случае патологического процесса локализованного только в матке и необходимости миомэктомии.

В работе были использованы клиничко-лабораторные, биохимические, инструментальные, бактериологические, эпидемиологические, и статистические методы исследования. Установление диагноза осуществляли с использованием Международной классификации болезней 10-го пересмотра, принятой 01.01.99 года на 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения. При этом производили оценку сроков давности забо-

левания, степень тяжести и выраженность патологических процессов, распространенность изменений, эффективность ранее проведенного лечения. Оперативные вмешательства у пациентов, вошедших в данное исследование, выполнялись из трех доступов: лапароскопического, комбинированного и традиционного. Первые два доступа были использованы в основной группе, третий, соответственно, в группе сравнения. Комбинированный доступ применялся у женщин, которым требовалось удаление миоматозных узлов с сохранением матки и обозначался, как лапароскопически ассоциированная миомэктомия (сокр. ЛАМ).

Перед процедурой все пациенты были полностью проинформированы о технических нюансах операции и возможности проведения классического лапаротомного разреза (конверсия) при возникновении препятствий для осуществления поставленной цели под эндоскопической визуализацией. В случае конверсии пациентки автоматически исключались из исследования. Все больные в процессе подготовки к хирургическому вмешательству подписали письменную форму согласия. Операции лапароскопическим методом выполняли на комплексе приборов компании “Karl Storz” (Германия), включающего монитор, блок – камеру, источник света, устройство для подачи углекислого газа в брюшную полость («инсуффлятор»), аппарат для ирригации и эвакуации жидкостей, генератор высокочастотной электрической энергии («коагулятор») и морцеллятор. Для эндовизуализации использовалась исключительно оптика Hopkins 0° («нулевая» лапароскопия). Манипуляции в брюшной полости проводились после введения 5 троаколов (5 – пункционная техника). Первый вкол осуществлялся «слепым» способом иглой Вереща в так называемой точке Палмера – 1-2 поперечных пальца ниже последнего ребра слева по средне-ключичной линии. После создания пневмоперитонеума игла заменялась 10 мм троаколом, через который первично вводился «скоп». Далее последовательно вводились остальные 4 троакара: 1 оптический и 3 рабочих. Места их установки выбирались на основании данных первичной ревизии, размеров и расположения образования, из-за которого выполнялась операция, а также необходимости

дополнительных действий для обеспечения правильной экспозиции. Рабочие троакары размером 5 мм устанавливались с каждой стороны и по средней линии. При необходимости рабочий троакар, установленный по средней линии, заменялся на больший размером 10 мм. Извлечение операционного препарата проводилось из этого же места путем расширения разреза до 2 - 2.5 см для введения морцеллятора или ручного «коринга». При комбинированном доступе разрез увеличивался до 5-8 см как в поперечном так и в продольном направлении (фото 1).

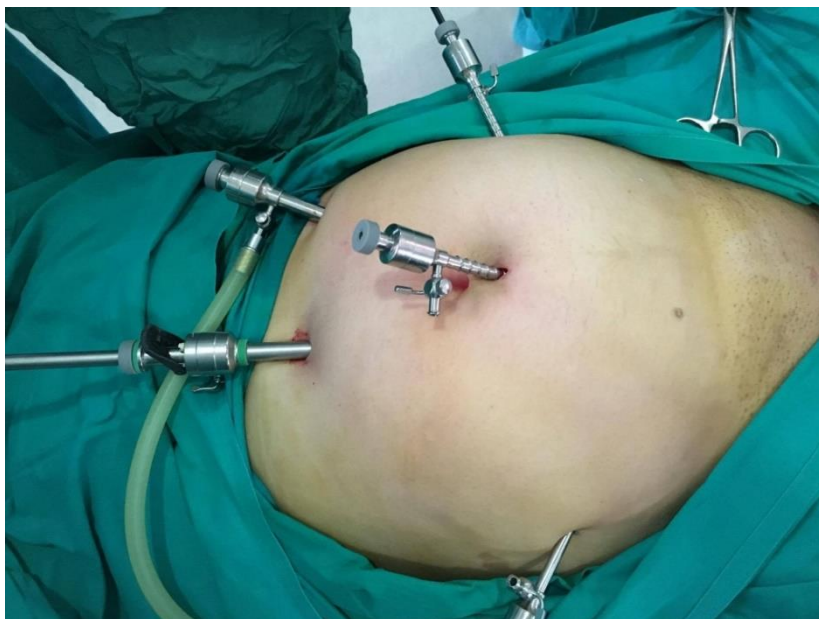


Фото 1. Размещение троакаров при проведении вмешательств из лапароскопического доступа в нашем исследовании

При удалении матки использовался маточный манипулятор по Nohl с 3-мя чашками-насадками различного размера, а хирургическая бригада увеличивалась за счет еще одного участника, который управлял данным инструментом. Для предварительного внутрибрюшного уменьшения размера узлов при миомэктомии

использовался лапароскопический скальпель с выдвижным лезвием. Удаленные препараты перед извлечением помещались в самодельные контейнеры из хирургических перчаток и моче-приемника. Мочеприемник также использовался для изоляции от брюшной полости при электрической морцелляции. Метод ручной морцелляции, «боковой коринг» - заключался в проведении последовательных «полулунных» разрезов для превращения округлого хирургического препарата большего размера в продолговатый тяж меньшего диаметра. При лапароскопических гистерэктомиях удаленная матка извлекалась из брюшной полости через влагалище или через минилапаротомный разрез (разрез длиной 5-8 см) с применением способа «латерального коринга». Все операции, проводимые под эндоскопической визуализацией записывались на накопитель (жесткий диск или флэш-карта). Всех участников исследования попросили заполнить форму, в которой регистрировались послеоперационные боли в дни 0, 1, 2, 3, 4, 7, 14 и 21. Их попросили записать их общую боль, боль, характерную для их места разреза, боль от запора или боли в плече. 10-балльная вербальная оценочная шкала использовалась для записи уровня боли пациента на каждый день для каждой категории боли. Оценка 0 была описана как «отсутствие боли», оценка 5 была описана как «умеренная боль - как при тренировке живота», а оценка 9 была описана как боль «сильная», как при ударе ножом. «Пациентов также просили контролировать количество и тип обезболивающих препаратов, используемых в каждый из этих дней. Через 3 недели использовалась дополнительная 10-балльная оценочная шкала, чтобы пациенты оценивали появление разреза через 3 недели после операции. Всех пациентов осматривали для контрольного обследования через 3-6 недель.

Всем оперированным больным проводили оценку качества жизни (КЖ) и адаптационных реакций. Статистическая обработка проводилась непосредственно из общей матрицы данных EXEL 7.0 (Microsoft, USA) с использованием возможностей программ STATGRAPH 6 (Microsoft, USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что основную массу больных составили женщины в возрастной группе 41-60 лет, что было характерным для всех групп женщин. Анализируя антропометрические данные, было установлено, минимальный рост у исследованных женщин составил 155 см, максимальный рост – 176 см. При этом средние показатели роста составили $165,5 \pm 0,6$ см. У пациенток основной группы минимальный рост был 155 см, максимальный – 174 см; средние показатели роста составили $166,0 \pm 1,3$ см. Избыточная масса тела была выявлена у 19 женщин ($23,8 \pm 4,8\%$) основной группы, у 15 женщин ($50,0 \pm 9,1\%$) группы сравнения. В основной группе ожирение I степени была зарегистрирована у ($11,2 \pm 3,5\%$) женщин, а ожирение II степени - у 2 ($2,5\%$). В группе сравнения - ожирение I степени выявлено у 3 пациенток ($10,0 \pm 5,5\%$), ожирение II степени – у 2 ($6,7\%$) пациенток. Возраст наступления менархе у женщин обследуемой когорты варьировал в пределах от 9 до 17 лет и составил $13,6 \pm 0,6$ лет в основной группе и в $13,2 \pm 0,2$ – в группе сравнения. Первая менструация у большинства пациенток приходилась на возраст 11-14 лет (68 пациенток – $85,0 \pm 3,9\%$ в основной группе и 25 пациенток- $83,0 \pm 6,7\%$ в группе сравнения). Не было выявлено различий при сравнении возраста начала половой жизни у женщин обследуемых групп. Как оказалось 47 ($58,7 \pm 5,5\%$) женщин основной группы и 17 ($56,6 \pm 9,1\%$) женщин группы сравнения отмечали возраст начала половой жизни 21-24 лет. На возраст 25-28 лет приходилось соответственно 19 ($23,8 \pm 4,8\%$) женщин основной группы и 8 ($26,7 \pm 8,1\%$) женщин группы сравнения. Возраст 29 лет и больше отмечался соответственно у 5 ($6,3 \pm 2,8\%$) и 3 ($10,0 \pm 5,5\%$) женщин. Раннее начало половой жизни до 20 лет, отмечалось соответственно у 9 ($11,2 \pm 3,6\%$) и 2 ($6,7 \pm 4,3\%$) женщин. Представленные данные показали, что 48 ($59,9 \pm 5,5\%$) пациенток основной группы и 20 ($66,7 \pm 8,4\%$) пациенток группы сравнения имели в анамнезе 2 и более число родов. Только 38 ($45,7 \pm 5,8\%$) пациенток основной группы и 16

(53,3±9,1%) пациенток группы сравнения не имела в анамнезе прерывания беременности. Причем 21(26,3±4,9%) пациенток основной группы и 6 (20,0±7,3%) пациенток группы сравнения перенесла хотя бы один аборт. Роды в срок были у 96 (87,3±3,1%) женщин, вошедших в исследование, аборты и самопроизвольное прерывание беременности в анамнезе отмечены у 56 (50,9±4,8%) женщин. Неразвивающаяся беременность была в анамнезе у 2 (1,8%) пациенток, интранатальная гибель плода – у 2 (1,8%). Одним из частых методов, используемых женщинами для контрацепции были барьерный метод (22,5±4,7% в основной и 16,7±6,8% в группе сравнения) и прерванный половой контакт (20,0±4,5% в основной и 20,0±7,3% в группе сравнения). Как широко предпочитаемые зарегистрированы и низкоэффективный метод - календарный (15,0% в основной группе и 13,3% в группе сравнения). Изучение семейного анамнеза выявило, что у 19 (17,3±3,7%) из всех исследуемых женщин матери имели образования средних и больших размеров в матке и яичниках. У большинства исследуемых женщин отмечались случаи воспалительных заболеваний органов малого таза, при этом 32,7±4,5% пациенток страдали неспецифическими кольпитами и 15,5±3,5% перенесли хронический эндометрит и сальпингоофорит. У 4,5% пациенток в обследованных группах была выявлена патология шейки матки (в основной группе у 5,0% женщин, в группе сравнения у 3,3% женщин). Без наличия гинекологической патологии в основной группе было выявлено 28,7±5,1 5,0% случаев, в группе сравнения у 26,7±8,1% случаев. Учитывая большое количество случаев хронических воспалительных заболеваний, нами был изучен микробный пейзаж выделений из половых путей. Как оказалось, у изученных женщин хламидийная инфекция была выявлена в 8,2% случаев, с одинаковой частотой в обеих группах. У 17,3±3,7% пациенток обследованной когорты выявлены вирусные инфекции. Наибольшее количество женщин в анамнезе имели бактериальный вагиноз, имеющий рециди-вирующийся характер. Частота случаев выявления БВ в общей когорте исследованных составила 47,2±4,8% случаев, при этом статистически значимых разли-

чий не выявлено в группах. Анализируя частоту выявления сопутствующей экстрагенитальной патологии, было установлено, что в обеих группах пациенток в структуре экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались заболевания желудочно - кишечного тракта ($22,7 \pm 4,0\%$) и заболевания мочевыделительной системы ($26,4 \pm 4,2\%$). При этом частота встречаемости по группам была примерно одинаковой, без статистически значимых различий по группам. При проведении клинического обследования пациенток обращалось особое внимание на их жалобы и анамнестические данные. При этом у всех пациенток были жалобы, в основном на 2-3 симптома. На нарушение менструального цикла жаловались 56 пациенток основной группы ($70,0 \pm 5,1\%$) и 24 пациенток группы сравнения ($80,0 \pm 7,3\%$). Дисменорея отмечалась у 42 пациенток основной группы ($52,5 \pm 5,6\%$) и 12 пациенток группы сравнения ($40,0 \pm 8,9\%$), полименорея соответственно у 9 ($11,2 \pm 3,6\%$) и 5 ($16,7 \pm 6,8\%$) женщин. В результате нарушения менструальной функции у 11 женщин ($13,7 \pm 5,1\%$) основной группы отмечалось такое осложнение основного заболевания как анемии I степени (уровень гемоглобина крови $110 - 91$ г/л). Анемия II степени (уровень гемоглобина крови $90 - 71$ г/л) выявлена у 4 ($13,3\%$) женщин основной группы. У пациенток группы сравнения отмечалась анемия I степени у 7 ($8,8\%$) женщин и у 2 женщин ($6,7\%$) была зарегистрирована анемия II степени. По частоте развития анемии по степеням достоверных различий между группами не обнаружено. Из числа всех обследованных пациенток $49,1 \pm 4,8\%$ (54 женщины) жаловались на наличие боли внизу живота, имеющие разнообразный характер (ноющие, тянущие боли, отдающиеся в поясничную область). При этом у пациенток основной группы выявлено в $47,5 \pm 5,6\%$ случаев (38 пациенток), у пациенток группы сравнения в $53,3 \pm 9,1\%$ случаев (16 женщин). Дизурические расстройства отмечались всего у 14 женщин ($12,7 \pm 3,2\%$ женщин). У пациенток основной группы выявлено в $13,7 \pm 3,9\%$ случаев, у пациенток группы сравнения - в $10,0 \pm 5,5\%$ случаев (3 женщины). Пациенткам обеих групп выполняли бактериологическое исследование отделяемого из заднего свода влагалища.

При бактериоскопическом исследовании влагалищного мазка по Грамму хламидии, трихомонады и гонококки в исследуемых группах не выявлены. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* микроскопически выделены у 54 пациенток ($49,1 \pm 4,8\%$): у 38 ($47,5 \pm 5,6\%$) в основной группе и у 16 ($53,3 \pm 9,1\%$) – в группе сравнения. При микроскопическом исследовании вагинального секрета у $22,7 \pm 4,0\%$ (25) из всех пациенток обнаружено более 15 лейкоцитов в поле зрения: у $23,8 \pm 4,8\%$ (19) пациенток основной группы и у $20,0 \pm 7,3\%$ (6) женщин второй группы. При бактерио-логическом исследовании отделяемого из заднего свода влагалища установлено, что у всех женщин имеются дисбиотические нарушения, характеризующиеся достоверным снижением частоты обнаружения лактобацилл ($21,2\%$; $p < 0,05$) и их количества ($\lg 3,6 \pm 0,6$ КОЕ/мл). Для группы факультативно-анаэробных микроорганизмов было характерно достоверное повышение частоты выявления большой группы стрептококков и коагулазоотрицательных стафилококков ($p < 0,05$). Частота выявления и количественные оценки эшерихий и коринебактерий достоверно не различались от допустимых показателей. Частота выявления дрожжеподобных грибов рода *Candida* у обследованных пациентов была достоверно повышена, отмечалось также и увеличение их количества ($\lg 5,6 \pm 1,2$ КОЕ/мл; $p > 0,05$) по сравнению с нормой. Образцы неклостридиальных анаэробных бактерий (НАБ), выделенных из влагалища, состояли из лактобацилл, пропиони-, бифидо-, эубактерий, пептострептококков, пептококков и бактероидов. Бифидобактериям свойственно было достоверное снижение количественных показателей ($\lg 2,5 \pm 0,2$ КОЕ/мл; $p < 0,05$). Помимо этого для эубактерий обращают на себя внимание повышенные показатели как частоты их выявления ($72,7\%$), так и их количественные значения ($\lg 6,5 \pm 0,6$ КОЕ/мл). В остальных случаях для представителей НАБ частота выявления и их количественные значения были в пределах нормы.

Одним из наиболее дискутируемых моментов в отношении удаления образований средних и больших размеров в матке и яичниках является вопрос о том, насколько для этого оправдано

применение лапароскопии. В нашем исследовании по выбору хирургического способа вмешательства по поводу образований средних и больших размеров в матке и яичниках распределились следующим образом: 35 (43,8±5,5%) лапароскопических гистерэктомий (ТЛГ), 33 (41,3±5,5%) миомэктомии, выполненных с использованием лапароскопического доступа и 12 (15,0±3,9%) операций на яичнике или придатках, выполненных лапароскопически. Для контроля были взяты 30 операций, произведенных традиционным способом (по 10 вмешательств на придатках, миомэктомий и гистерэктомий) (табл.1.).

Таблица 1.

Выбор хирургического способа вмешательства у пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках в данном исследовании

Вид доступа, для проведения сравнимых вмешательств	Число операций	
	Абс.	%
Тотальная лапароскопическая гистерэктомия	35	43,8±5,5
Лапароскопическая миомэктомия	23	28,8±5,1
Лапароскопически ассистированная миомэктомия	10	12,5±3,8
Лапароскопическая кист-, овари- и аднексэктомия	12	15,0±3,9
Всего	80	100
Лапаротомия	30	100

Внедрение лапароскопического доступа, связано, в первую очередь, с такими задачами, как :

- снижение травматичности хирургического вмешательства для организма женщины,
- косметические аспекты уменьшения размера разреза;
- максимально бескровное проведение операции;
- предотвращение спаечного процесса;
- минимализация болевого синдрома после операции;
- ускорение периода реабилитации.

Реальный размер удаленных лапароскопически образований яичника в нашем исследовании колебался в диапазоне от 9 до 25

см, составив в среднем 15,0 см. У 6 пациенток (50,0%) размеры образования яичника были в диапазоне от 9 до 15 см включительно, еще у 6 пациенток (50,0%) – более 15 см, причем у одной из них (8,3%) пациентки диаметр кистозного образования был 25 см. У пациенток с образованиями яичника, которые были оперированы открытым способом, размеры яичника в среднем были больше: 20,2 против 15,0 см. У большинства из них (9 пациенток, 90%) были удалены оба придатка с пораженной стороны. В 1 случае для этого понадобился вертикальный разрез по средней линии от лонного членения до уровня выше пупка на 4 см. В этой группе были получены следующие патогистологические ответы: псевдомуцинозная киста – 3 пациентки (30%), фиброма яичника – 2 пациентки (20%), пограничная серозная киста – 2 пациентки (20%), цилиоэпителиальная киста – 1 пациентка (10%), текобластома – 1 пациентка (10%) и дермоидная киста – 1 пациентка (10%). Результаты миомэктомии сравнивались в 3 подгруппах, так как лапароскопическое удаление узлов было представлено двумя видами операций – собственно лапароскопическая миомэктомия (ЛМ) и лапароскопически ассоциированная миомэктомия (ЛАМ). Открытая миомэктомия обозначалась, как АМ – «абдоминальная миомэктомия». При оценке размеров за основу бралась величина самого большого узла.

Во всех 3-х подгруппах диаметр основного удаленного узла был в среднем не меньше 10 см (АМ>ЛМ и ЛАМ), при этом размер узла в подгруппе АМ в среднем \approx на 3 см был больше чем в двух остальных. У 70% пациенток в подгруппах ЛМ и ЛАМ это были узлы диаметром от 8 до 10 см. В подгруппе ЛМ у 17,4% и 13,0%, а в группе ЛАМ у 10% и 20% были удалены узлы размером от 10 до 15 см и от 15 до 20 см, соответственно. В группе АМ чаще встречались очень большие узлы – от 15 до 20 см (40%). В подгруппах АМ и ЛАМ в основном доминантные узлы были типа 3-4 по FIGO – 60% и 80%, соответственно. 3/5 доминантных узлов были типа 5 – 6. Это означает, что удаленные открытым или комбинированным способом узлы были больше интрамуральными, а при лапароскопической миомэктомии – субсерозными. Еще по одной пациентке в группах АМ и

ЛМ были с узлом 2 -5, то есть плотно прилегающим к эндометрию, пролабируя в полость матки, и занимающим всю толщу её стенки (табл.2).

Таблица 2.

Распределение по размеру и типу самого большого удаленного узла разными способами миомэктомии

Вид миомэктомии	Лпс МЭ (ЛМ)	Лпс АссМЭ (ЛАМ)	АбдМЭ (АМ)
Число пациенток	23	10	10
Размер доминантного узла			
см (диам) - ср	10,6	10,4	13,6
8-10 см	16 пац (69,6%)	7 пац (70,0%)	4 (40.0%)
10-15 см	4 пац (17,4%)	1 пац (10,0%)	2 (20,0%)
15 – 20 см	3 пац (13,0%)	2 пац (20,0%)	4 (40,0%)
Оценка по FIGO самого большого узла			
3	4 пац (17,4%)	4 пац (40,0%)	1 пац (10.0%)
4	4 пац (17,4%)	4 пац (40,0%)	5 пац (50,0%)
5	11 пац (47,8%)	1 пац (10,0%)	1 пац (10.0%)
6	3 пац (13,1%)	1 пац(10,0%)	3 пац (30,0%)
2-5	1 пац (4,35%)	-	1 пац (10,0%)

Величина хирургического препарата у женщин, которым была удалена матка оценивался по его весу. Пациентки, которым эта операция была выполнена из лапароскопического доступа (ТЛГ), были разбиты на две подгруппы: весом удаленной матки 1) 500-750 г (25 женщин) и 2) 750 – 1000 г (10 женщин). В среднем вес матки, удаленной лапароскопически, составил 680,1. У 6 из 10 женщин, которым была выполнена открытая (абдоминальная) гистерэктомия (ТАГ), вес удаленной матки находился в

диапазоне 750 – 1000 г. Еще у 2-х пациенток хирургический препарат после ТАГ весил 1100 г и 1200 г. У 2-х пациенток вес удаленной матки в разы превышал 1000 г и при взвешивании равнялся 3500г и 4210 г в среднем вес матки удаленной открытым способом составил 1528 г.

Предварительный вход через точку «Пальмера» позволял не только обезопасить «слепое» вхождение в брюшную полость, но и рационально разместить как основной «оптический» порт, так и «рабочие» троакары. В результате такого подхода в нашем исследовании пупок ни разу не был использован в качестве места вхождения оптического троакара. Он располагался от 2-х до 8 см выше пупка в зависимости от величины образования. Так, как «рабочие» порты также вводились после визуальной оценки размеров и особенностей расположения объемного образования, то и они устанавливались выше традиционно предназначаемых для их введения точек. Центральный троакар (устанавливаемый по средней линии) помещался от 4 до 12 см выше лона, или же непосредственно в пупке. Боковые троакары располагались на 2- 8 см выше линии, проведенной через передне-верхние ости тазовой кости. Подобным способом обеспечивалась оптимальная эргономика и выигрывалось пространство для свободы действия инструментов в ограниченном пространстве (табл. 3).

Таблица 3

Точки установки оптического и рабочих троакаров при образованиях яичника и матки крупных размеров.

	Точка входа	Оптический троакар*	Левый рабочий порт**	Правый рабочий порт**	Центральный рабочий порт***
ХП	т. «Пальмера»	3,46	2,73	2,73	5,46
МЭ	т. «Пальмера»	2,82	3,27	3,30	7,76
ГЭ	т. «Пальмера»	6,91	5,43	5,54	11,73

Примечание: Высота * оптического троакара оценивалась по отношению к пупку, **боковых (левого и правого) рабочих портов - по отношению к передне-верхним подвздошным остям и *** центрального рабочего порта - по отношению к лонному сочленению.

Более чем, у половины пациенток, вошедших в исследование было более одного узла. Больше всего, пациенток с множественными узлами, было в группах АМ и ЛАМ- - 70% и 60%, соответственно. Но и в группе ЛАМ почти у 1/3 больных было удалено более 3-х узлов (макс. – 8 узлов (1 пациентка (4,35%). Всего во всех 3-х группах исследования было удалено 103 узла. Почти у 35% больных в группе ЛМ, и около половины пациенток в группах ЛАМ и АМ дополнительно удаленные узлы были размером > 5см . Дополнительно удаленные узлы в большинстве случаев относились к типу 4 и выше по FIGO. Их общий вес составил в среднем 410.1 г в группе ЛМ, 496.0 г в группе ЛАМ и 533,0 г в группе АМ.

В целом лапароскопический доступ характеризовался, как более щадящий в отношении кровопотери. Как и следовало ожидать, наименьшая величина кровопотери наблюдалась при операциях на придатках. Наибольшая кровопотеря была при открытых гистерэктомиях. Однако, при этом тотальная лапароскопическая гистерэктомия (ТЛГ) сопровождалась величиной кровопотери близкой к хирургии образований яичников. В группе миомэктомий при ЛАМ отмечалась меньшая по сравнению с остальными двумя способами кровопотеря. Самая большой объём кровопотери был зарегистрирован для АМ – в среднем 388,0 мл. Это было приблизительно на 40 мл и 140 мл выше, чем при ЛМ и ЛАМ, соответственно. Падение уровня гемоглобина самым выраженным было в двух подгруппах: АМ и ЛМ. У пациенток после лапароскопической гистерэктомии вес матки влиял на объем кровопотери и послеоперационную разницу уровня гемоглобина. В подгруппе с весом матки 750-1000 г эти показатели были выше в 2,5 и 2 раза, соответственно.

Выделение маточных артерий при миомэктомиях и гистерэктомиях выполнялось по-разному. При миомэктомиях способ подхода к сосудам зависел от стороны диссекции: справа – маточная артерия выделялась после произведения маленького разреза 1.5-3см по заднему листку широкой связки, а слева для этого широкая связка в большинстве случаев рассекалась между круглой связкой и основанием воронко-тазовой связки. При ги-

стерэктомиях перевязка маточной артерии производилась во всех случаях как часть основного хирургического приема, поэтому во всех случаях, кроме одного, она выполнялась после рассечения переднего листка широкой связки. Так называемый передний способ перевязки маточной артерии через паравезикальное пространство был использован у пациентки, которой была выполнена ЛАМ. Как правило, перекрытие маточных артерий при миомэктомиях было временным (у 27 из 28 пациенток, 96,4%). Для этого использовались клипсы или специальные клеммы, которые снимались в конце операции. Естественно, что при удалении матки сосуды перекрывались на постоянной основе. Постоянное перекрытие маточной артерии заключалось в ее перевязывании. Перекрытием маточной артерии при миомэктомиях с использованием лапароскопического доступа обуславливает наряду с другими факторами меньший объем кровопотери по сравнению с открытыми вмешательствами. Косвенно, данное утверждение можно доказать сравнив показатели кровопотери при ТЛГ с перевязкой маточной артерии и без.

При лапароскопической миомэктомии ложе узлов ушивалось в основном с помощью «интракорпоральных» (59,1%) или комбинации «интракорпоральных» и «экстракорпоральных» узлов (36,4%). Только «экстракорпоральная» техника была использована у 1 пациентки. Во всех трех подгруппах ставились узловые швы в среднем в 2 ряда. Количество поставленных швов в среднем было 11,1 в подгруппе ЛМ, 12,0 в подгруппе ЛАМ и 14,3 – в группе АМ.

Кистозные образования яичников, удаленные лапароскопически, помещались в контейнер целиком в 7 случаях (58,3%). В 5 случаях для уменьшения их размера выполнялась их предварительная пункция (41,7%). В 3-х случаях (25,0%) в качестве контейнера использовался мочеприемник, в остальных (75,0%) – резиновая перчатка (размер 8). Для извлечения из брюшной полости лапароскопически удаленных узлов в 16 из 23 случаев (69,6%) применялась электрическая морцеляция (у 5 пациенток (21,7%) в заранее размещенном в брюшной полости контейнере), и, соответственно в 7 случаях (30,4%) узлы были разрезаны

на более мелкие части интраабдоминально и извлечены из брюшной полости после помещения в контейнеры через минилапаротомный разрез (дл. < 4 см). В качестве контейнера был использован в таких случаях мочеприемник. Минилапаротомные разрезы (дл. 5 - 8 см) были выполнены также у 8 пациенток (80,0%) из подгруппы ЛАМ и у 3 пациенток (30,0%) - из группы АМ. При ТЛГ хирургический препарат был удален через влагаллице у 30 пациенток (85,7%) и через минилапаротомный разрез – у 5 пациенток (14,3%).

Самыми длительными операциями в нашем исследовании были тотальные абдоминальные гистерэктомии (ТАГ) и лапароскопические миомэктомии (ЛМ), самыми короткими – открытые вмешательства при кистозных образованиях яичника. Абдоминальный доступ при хирургии придатков и миомэктомиях обеспечивал более быстрое завершение операции в отличие от гистерэктомий. При лапароскопических вмешательствах на яичнике длительность ушивания ложа превосходила совокупное время, затраченное на размещение удаленного препарата в контейнер и его эвакуации из брюшной полости. Большого времени в этой подгруппе требовалось на энуклеацию образования или отсечение придатков. При лапароскопической миомэктомии (ЛМ) больше всего времени затрачивалось на ушивание ложа узла. Самым затратным по времени этапом операции при лапароскопически ассистированной миомэктомии (ЛАМ) оказалось перекрытие маточной артерии. При абдоминальной миомэктомии (АМ) перекрытие маточной артерии не осуществлялось, а продолжительность энуклеации узла и ушивание его ложа были почти в 2 и 3,5 раза короче, чем эти параметры при выполнении этих этапов из лапароскопического доступа, соответственно. Наше исследование позволяет утверждать, что определяющим фактором затягивающим продолжительность операции при лапароскопическом доступе будет размер узла. Следующим определяющим в этом аспекте фактором является само лапароскопическое шитье.

Минимально инвазивные процедуры, как правило, оказывают незначительное негативное влияние на качество жизни

(КЖ), что отражается в меньшей послеоперационной боли, более коротком пребывании в стационаре, более быстром возвращении к нормальной деятельности, более высоким значениям КЖ и лучшим косметическим результатам по сравнению с открытой хирургией. С этой целью мы провели сравнительное исследование КЖ и восстановление в течение 6 месяцев у пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках при проведении лапароскопии и лапаротомии. Все значения КЖ пациентов сравнивались до и после операции со средним значением в группе. Лапароскопия оказывает положительное влияние на качество жизни, проспективно измеряется SF-36 до 6 месяцев после операции. Все характеристики КЖ значительно улучшаются через 6 месяцев по сравнению с предоперационными значениями и оказались выше, чем в группе сравнения.

ВЫВОДЫ

1. Длительность и кровопотеря при лапароскопических вмешательствах по поводу крупных образований яичников и матки в нашем исследовании зависели не только от их размера, но и от вида вмешательства - при миомэктомиях и гистерэктомиях эти показатели были выше: ТАГ (430,0 ; Δ Нб -1,52) и АМ (388,0; Δ Нб – 1,40) против ЛМ, ЛАМ (340,9; Δ Нб – 1,37 и 242,0; Δ Нб – 1,26) и ТЛГ (58,7; Δ Нб – 0,77), соответственно В целом, «закрытые» вмешательства, как и следовало ожидать, оказались менее «кровоавыми», чем традиционно выполняющиеся из открытого доступа: ТАГ > АМ > ЛМ > ЛАМ > ТЛГ > откр .ХП > лпс ХП .Дальнейшее совершенствование навыков лапароскопической хирургии будет способствовать улучшению этих показателей и повысит эффективность эндовизуальных операций [5,6].
2. Образования яичников размером до 20 см и одиночные миомы до 15 см могут быть успешно удалены из лапароскопического доступа. Так же из лапароскопического доступа, могут быть полностью удалены матки весом до 1000,0 [2,6].

3. 5 - пункционная техника ведения троакаров обеспечивает необходимую визуализацию, соблюдение всех условий диссекции и гемостаза и, соответственно, успешное выполнение вмешательства при ограничении пространства в брюшной полости и полости малого таза разросшимся образованием. Первый вкол в точке Палмера и последующая предлагаемая нами последовательность введения троакаров с их более высоким размещением по центру (на ≈ 7 см выше пупка для оптического и на ≈ 12 см выше лонного сочленения для рабочего порта, установленного по срединной линии) и более высоким и по бокам (до ≈ 6 см выше передне-верхних остей для латеральных рабочих портов) представляется наиболее оптимальным для улучшения эргономики лапароскопических вмешательств по поводу крупных доброкачественных опухолей яичников и матки [4,9].
4. Извлечение крупных операционных препаратов применяемыми нами методами (самодельные резервуары из мочевого пузыря; измельчение препарата, включая электрическую морцелляцию, внутри резервуара; ручное интракорпоральное рассечение препарата и «латеральный коринг») минимизирует опасность контаминации брюшной полости и хирургической раны его содержимым. Затрачиваемое время на ручное уменьшение размеров препарата, которое в среднем при самых сложных ситуациях не превышало 40 мин (18,5 мин при электрической морцелляции против 39,7 мин при интракорпоральном рассечении узлов), и не оказывала существенного влияния на продолжительность самого вмешательства [1,2,3]
5. Изучение качества жизни показало, что все средние показатели у пациенток основной группы были выше значений, чем у пациенток группы сравнения через 6 месяцев после операции. По параметрам социального функционирования, ограничений роли из-за физических проблем, психического здоровья, жизненных сил и телесных болей, это было существенным положительным различием. Все характеристики КЖ значительно улучшаются через 6 месяцев по сравнению

с предоперационными значениями и оказались выше, чем в группе сравнения [7,8,10].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лапароскопические операции у пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках необходимо выполнять после тщательного предоперационного анализа полученных данных.
2. Тактика ведения операции, целесообразность, объем, последовательность и спектр диагностических способов обследования в значительной степени зависят от каждого клинического случая с учетом анестезиологического риска и «онкологической настороженности». В связи с этим, желательна каждый конкретный случай индивидуально рассматривать и обсуждать со специалистами, смежных профилей, а не только напрямую задействованных в процессе хирургического вмешательства.
3. Основной целью минимально инвазивной хирургии является обеспечение оптимальной эргономики и визуализации. Ни одно из общепринятых требований к выполняемым хирургическим вмешательствам не должно приноситься в жертву в угоду эстетическому преимуществу. В первую очередь, это касается количества и размещения троакаров, и выполнения при необходимости «минилапаротомных разрезов».
4. Всем пациенткам с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках целью профилактики инфекционных осложнений необходимо назначать введение внутривенных антибиотиков (пенициллины, защищенные клавулоновой кислотой в дозе 1, 2 г по 2 раза в сутки, препараты группы цефалоспоринов III поколения в дозе 1 г в сутки). Решение о продолжении введения антибиотиков в течение 3 – 5 суток после операции принимается индивидуально.
5. Положительное влияние лапароскопии на качество жизни следует учитывать при рассмотрении выбора хирургического лечения у пациенток с крупными доброкачественными образованиями яичников и матки.

**Список опубликованных научных работ
по диссертации:**

1. Магалов И.Ш. Амирасланова Н.А. Понятие «большой матки» и «большого фиброматозного узла» с позиций эндовизуальной хирургии // “Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri” jurnalı, Bakı, Cild 05, № 04, 2018, s.9-12.
2. Амирасланова Н.А., Нагиева Н., Магалов И.Ш. Имеют ли значения большие размеры узлов и самой матки при лапароскопической гистер и миомэктомии // The 1-st Multidisciplinary Endosurgical Congress of the Caspian countries / Aktau. 15 - 28.09. 2019.
3. Амирасланова Н.А. Осложнения образований средних и больших размеров в матке и яичниках / Azərbaycan Tibb Universitetinin yaradılmasının 90 illik yubileyi, Bakı, 2020, s.126-127
4. Амирасланова Н.А. Анализ послеоперационного периода у пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке и яичниках // Журнал «Sağlamlıq», Баку, 2020, №3, с.29-33.
5. Амирасланова Н.А. Особенности течения раннего послеоперационного периода пациенток с образованиями средних и больших размеров в матке // Professor Tamerlan Əliyevin anadan olmasının 100 illiyinə həsr olunmuş Beynəlxalq konqres “Təbabətin aktual problemləri”, Bakı, 6-8 oktyabr, 2021.
6. Амирасланова Н.А. Клинические проявления и осложнения образований больших размеров в матке и яичниках // «Восточно-Европейский журнал внутренней и семейной медицины», Украина, Харьков, №2, 2021, с.49- 52.
7. Амирасланова Н.А. Характеристика микрофлоры влагалища при образованиях средних и больших размерах матки и яичников // Ежемесячный рецензируемый научно-практический информационно – аналитический журнал «Медицинские Новости». Беларусь, 2021, 7 (322), с.59-62.
8. Амирасланова Н.А. Дисбиотические нарушения у женщин при образованиях средних и больших размерах матки и яич-

ников / Материалы международной конференции «Достижения современной медицины в изучении эпидемиологии инфекционных болезней», Фергана, 10 июня, 2021, с.85-87.

9. Амирасланова Н.А. Совершенствование лапароскопического доступа при лечении пациенток с образованиями больших размеров в матке // ActaSAMU Scientific journal, Central Asiya Medical University, Узбекистан, г.Фергана, декабрь, N 1 (1) 2022. с.11-18.
10. Амирасланова Н.А. Особенности микробиоценоза влагалища у женщин при образованиях средних и больших размерах матки и яичников // “Актуальные проблемы эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней” Материалы международной научно-практической конференции с участием международных партнерских вузов 12-апреля 2022 года, Фергана, с.24-25.

Список сокращений

КЖ – качество жизни

КОЕ – колониеобразующие единицы

ЛЭОХ - лапароэндоскопическая однопортовая хирургия

ЛМ - лапароскопическая миомэктомия

МНО- международное нормализованное отношение

ОМ – открытая миомэктомия

УЗИ – ультразвуковое исследование

SILS - laparoendoscopic single site surgery

LESS - laparoendoscopic single site surgery

MRK - Multiplanar Reconstruction

NOTES – natural orifice transluminal endosurgery

Защита диссертации состоится « ___ » _____ 2024 года в « ___ » часов на заседании Диссертационного совета ED 2.06, действующего на базе Азербайджанского Медицинского Университета

Адрес: AZ 1022, г. Баку, Ул. А.Гасымзаде, 14 (конференц-зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского медицинского университета

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского Медицинского Университета (<http://www.amu.edu.az>)

Автореферат разослан по соответствующим адресам « ___ » _____ 2024 года.

Подписано в печать: 05.02.2024

Формат бумаги: 60 x 84 1/16

Объем: 39.440 символов

Тираж: 100