



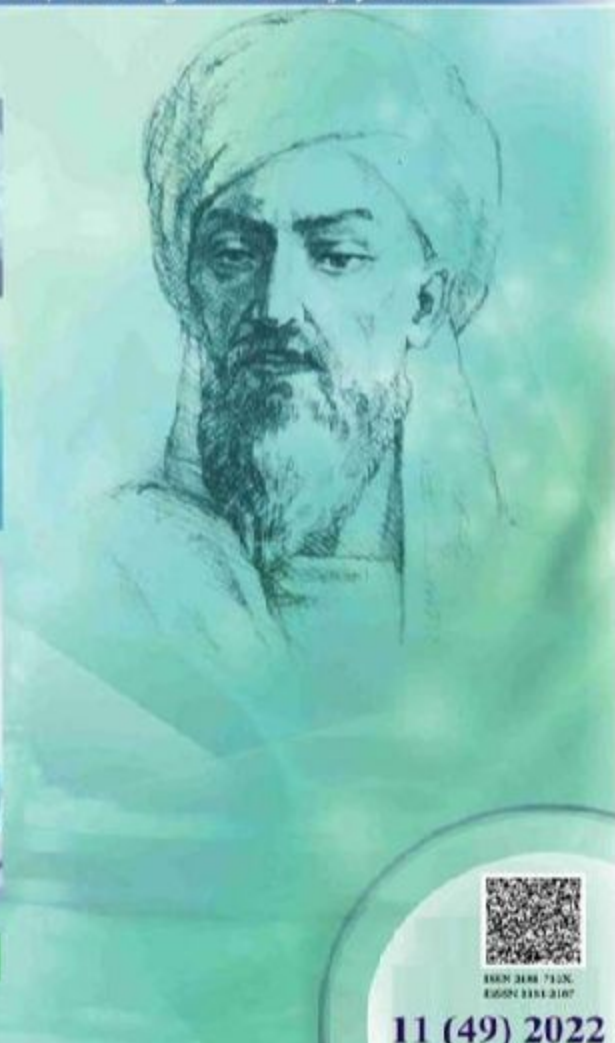
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2410-712X
EISSN 2410-2107

11 (49) 2022

**Сотрудники редакционной
коллектив:**

**Ш. Ж. ТЕНАЕВ,
А. Ш. РЕВНИШВИЛИ**

Prof. коллегия:

М.Л. АБУЛЛАЕВ

А.А. АБДУМАЛИДОВ

А.Ш. АБДУМАЛИДОВ

М.М. АЗАРОВ

Х.А. АКИЛОВ

М.М. АЛИЕВ

С.Ж. АМИНОВ

Е.Б. АМИНОВ

Е.М. АХМЕДОВ

Ю.М. АХМЕДОВ

Т.А. АСҚАРОВ

Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)

Е.А. БЕРДИЕВ

Б.Т. БУЗРУКСИ

Е.К. ДАДАБАЕВА

М.М. ДАМИНОВА

К.А. ДЕКХОЗОВ

Э.С. ДЖУМАБАЕВ

А.Ш. ИЗОЯТОВ

С. ИСДАМИНОВ

А.В. ИСХАҚДОРОВ

С.В. ИСМОИЛОВ

Э.Э. КОБИЛОВА

Д.М. МУСАЕВА

Т.С. МУСАЕВ

Ф.Г. НАЗИРОВ

Н.А. ИУРАЛИЕВА

Е.Т. РАХИМОВ

Е.И. РУЗИЕВ

С.А. РУЗИБОВ

С.А. ГАФФОРОВ

Ж.Б. САТТАРОВ

Б.Б. САДЫРОВ (сов. редактор)

Н.А. САТНОВАДЖЕВА

Д.В. ТУКСАНОВА

М.М. ТАДЖИЕВ

А.Ж. ХАМРАЕВ

А.М. ИМАШЕВ

А.К. ИЛАДИНОВ

Н.Ж. ЭРАМАНОВ

Е.Б. ЕРГАШЕВ

Н.Ш. ЕРГАШЕВ

Н.Р. ЮСЕДИШЕВ

Д.Х. ЮСЕДИШЕВА

А.С. ЮСУПОВ

М.Ш. ХАКИМОВ

К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)

DONG JINCHENG (Китай)

KUZALOV V.E. (Россия)

S. MEYERHOFER (Словения)

Б.А. МЫШКИН (Россия)

Б.В. ПРИМАКОВ (Беларусь)

О.В. ПЕВНИКОВ (Россия)

А.А. ПОТАПОВ (Россия)

А.А. ТИШЛОВ (Россия)

Т.Ш. ШАРМАТОВ (Казахстан)

А.А. ШЕГОЛОВ (Россия)

Prof. Dr. KURBANLIAN MU/SULIMOV/Azerbaijan)

Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий рефератив, мазмунли махрифий журнал

Научно-реферативный,

духонно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, подлежащих Высшей
Аккредитационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)

Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)

А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)

Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)

Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)

У.К. КАСМОВ (Тошкент)

Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)

А.А. НОСИРОВ (Ташкент)

А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)

Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)

Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (49)

2022

ноябрь

www.bsni.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: admuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882



Received: 09.10.2022
 Accepted: 20.10.2022
 Published: 19.11.2022

УДК 618.14-005.36-089.87-618.17-055.25-08

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Razzakova N.S., Abdurazakova M.D., Abdurashidova B.M.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

✓ Резюме

Проведен клинико-статистический анализ отдаленных результатов миомэктомии с целью оценки результата операции в плане восстановления фертильности у 48 пациенток позднего репродуктивного возраста, у которых бесплодие явилось основным показанием к операции. Выявлено, что при наличии единственного узла миомы, деформирующего полость матки для реализации репродуктивной функции методом миомэктомии (лапаротомия/лапароскопия) не имеет существенного значения. Установлено, что эффективность миомэктомии в плане возможного восстановления в реализации репродуктивной функции у женщин позднего репродуктивного возраста определяется состоянием овариального резерва. Процент неудач в позднем репродуктивном возрасте составил 74,2%.

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, поздний репродуктивный возраст, овариальный резерв, фертильность.

KECHKI REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA MIYOMEKТОMIYADAN SO'NG REPRODUKTIV FUNKTSIYANI AMALGA OSHIRISHNI TAKOMILLASHTIRISH

Razzakova N.S., Abdurazakova M.D., Abdurashidova B.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi.

✓ Resюме

Кечки репродуктив yoshdagi 48 ta bemorda bepeshitibk operatsiyaning asosiy ko'rsatkichi bo'lgan tug'ilibani tiklash rejisida operatsiya natijalarini baholash uchun miyomekтомiyaning ushbu muaddall nazoratini klinik va statistik usullar o'qashildi. Reproductive funksiyani amalga oshirish uchun baxdadan bo'shlig'ini deformatsiya qilmaydigan katta mioma tuguni mavjud bo'lganda, miyomekтомiya (laparotomiya/laparoskopiya) usuli muhim ahamiyatga ega emasligi aniqlandi. Kech reproductiv yoshdagi ayollarda reproductiv funksiyani tiklash va amalga oshirish nuqta nazarida miyomekтомiyaning samaradorligi tuxundon xarakterining holati bilan bog'lanadi. Kech reproductiv yoshdagi muvaffaqiyatsizlik darajasi 74,2% ni tashkil qiladi.

Kalit so'zlar: baxdadan miomas, miomekтомiya, keчки reproductiv yosh, ovarial xazina, fertillik.

THE IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION AFTER MYOMECTOMY IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

Razzakova N.S., Abdurazakova M.D., Abdurashidova B.M.

Tashkent Medical Academy

SCIENTIFIC-THEORETICAL MEDICINE

<i>Abdulova F.K., Ibrakhimova T.Z.</i> NEUROCOGNITIVE ASPECTS OF FARANCOED SCHIZOPHRENIA WITH CEREBRAL HEMODYNAMIC DISORDERS.....	4	<i>Ersoyev D.Sh.</i> EVALUATION OF THE EFFICACY OF LYMPHOTROPIC THERAPY IN CRITICAL CONDITIONS IN PATIENTS WITH CRANIO-BRAIN INJURY.....	36
<i>Shahmatov M.A.</i> APPLICATION OF THE CREDIT-MODULAR SYSTEM IN MEDICAL EDUCATION.....	5	<i>Ruziboeva N.A., Abduravkova M.D., Abdurashidova R.M.</i> THE IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION AFTER MYOECTOMY IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE.....	33
<i>Nasirova Z.B.</i> THE SMALL INTESTINE IN CONDITIONS OF POLYPHARMACY.....	11	<i>Musayev N.I., Ashurov D.Sh.</i> DYNAMICS OF CHANGING THE MICROBIAL LANDSCAPE OF WATER RESERVOIRS IN UZBEKISTAN.....	37
<i>Davlatova L.T., Adilova D.Sh.</i> RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF FOCAL COVID HERPES OF THE HEPATIC PARENCHYMA.....	17	<i>Shokurov K.T.</i> INFLUENCE OF PHYSICAL EXERCISES ON THE MENTAL ABILITIES OF STUDENTS.....	95
<i>Tubalova O.A., Iskhonov D.B., Ruziboeva D.P.</i> GENETIC BACKGROUND OF KUPINLE DYSMEZOKHIEA IN UZBEK WOMEN IN CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA.....	24	<i>Mechatyrina E.Ye., Fakhramatova N.Ye., Nurmamatova K.Ch., Kamilov A.L., Abdullatipov G.J.</i> ANALYSIS OF PHYSICAL PREPAREDNESS OF ATHLETES OF SPECIAL GYMNASIS.....	101
<i>Abdugayev B.A.</i> NEUROCOGNITIVE DEFICIENCY IN TYPE I DIABETES MELLITUS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.....	34	<i>Ziyosulayeva M.M.</i> GROWTH AND DEVELOPMENT DYNAMICS OF THE HEART DURING POSTNATAL DEVELOPMENT OF THE ORGANISM.....	138
<i>Karimova U.K., Ashurova Z.B.</i> THE EFFICIENCY OF NON-DRUG PREVENTION OF CARBOHYDRATE METABOLISM DISTURBANCES.....	38	<i>Khasbulatova Z.A., Murotova N.D., Sulaymatova N.P.</i> SOME NEW IDEAS ABOUT GYNOPIAURGENESIS, CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA OF ADENOMYOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.....	112
<i>Shakhmatov M.A.</i> USING DISCUSSION METHODS IN TEACHING CLINICAL DISCIPLINES.....	40	<i>Mechatyrina N.T., Agammatova N.F.</i> CLINICAL AND ECONOMIC ANALYSIS OF THE TREATMENT OF PNEUMONIA IN YOUNG CHILDREN.....	119
<i>Amirbayev U.P.</i> RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE TOXIC GOITER.....	51	<i>Agammatova U.G., Murotova N.D.</i> ETIOPATHOGENESIS, CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA OF ADEINOMYOSIS IN WOMEN AGAINST THE BACKGROUND OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS AND THEIR CORRECTION.....	123
<i>Zaripova N.B., Zohirbayev G.V.</i> CLINICAL AND ANAMNOSTIC AND FUNCTIONAL DISTURBANCES OF PATIENTS SURVIVED COVID-19 IN THE KHIRAZMI REGION.....	58	<i>Mahmudjon Sabitullayevna Karimova</i> PAROTYSMAL RHYTHM DISTURBANCES IN NORMAL SIZE OF THE LEFT ATRIUM.....	131
<i>Hayit G.E.</i> RESULTS OF CLINICAL AND NEUROLOGICAL EXAMINATION OF OCCLUSIVE AXTICULATION, NEURONMUSCULAR SYNDROME AND HABITUAL DISLOCATION OF THE MANDIBLE IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE MANDIBLE.....	61	<i>Bashbayev N.G.</i> MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE HEART EXPERIMENTAL PNEUMOSCLEROSIS OF THE INITIAL STAGE AND CORRECTION OF PNEUMONATE SCLEROSIS.....	137
<i>C.N. Zohirbayeva, N.N. Arifova</i> STUDY OF VITAMIN D LEVELS AND ITS EFFECT ON THE COURSE OF CHRONIC PANCREATITIS.....	70	<i>Ushakov S.T., Makhmudjonova G.M.</i> THE ROLE OF BACTERIAL TRANSLOCATION IN THE DEVELOPMENT OF SYSTEMIC INFLAMMATION IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS OF THE LIVER.....	142

<p>Маълумотларни маълумотлар учун муаллиф билан муҳаррир маълум.</p> <p>Ташкирийет ёнгики: муаллифлар фирма билан муносабат брэмалитини кумин.</p> <p>Барди муаллифнинг ҳаққидир қизиқилган.</p> <p>Барди маълумотлар таҳририйет билан руссиянинг маи тилида.</p>	<p>Маълум муҳаррир: Сафиев С.Б. Билан муҳаррир: Рўзимов С.М. Таржимон: Раббаева С.С.</p> <p>Телнинг берилди 05.09.2022 й. Босилган рўқм: 10.10.2022 й. Брақити 65-09 / 2 Шарҳи билан тибботи йил.</p> <p>Сўрақ қилинган: 10.10.2022 й. Адан 100 нуска 4.0 босилди. «НУМУС» УЎҚИ-ЎҚИНИ МОЎНАСА, Босилган: 10.10.2022 й. Тошкент, А.Тоқур кўчаси, 69 й.</p>	<p>«Тиббиётда янги кун» тиббиёт журналини таҳририйет, Тошкент йил. 100911, Илмий сўрақ, 80-й, Тел: +99850 8061182, e-mail: info@tma.uz</p> <p>Тошкент вилояти Матбуот ва ахборот билан қўрақилди 2012 йил 16 февралда рўқматини олган (05-054-сонли гу- жарҳи).</p> <p>Билан илмий-таҳририйет Йили қўрақилган 7048.</p>
---	---	---

В процессе анализа материала были сформированы группы больных в зависимости от исходного функционального состояния репродуктивной системы. Полученные результаты исходного состояния ОР позволили разделить пациенток на 2 подгруппы:

1-я подгруппа (n=20): ФСТ<10 МЕд, объем яичников- 6-8 см³, число антральных фолликулов в каждом яичнике - 4-6 (средний СР);

2-я подгруппа (n=30): ФСТ-10-15 МЕд, объем яичников- 3-5 см³, число антральных фолликулов в каждом яичнике - 3-5 (низкий ОР).

Анализ продолжительности операции в зависимости от способа мимометрии показал, что наименьшая длительность операции была в группе больных с LS мимометрией с коагуляцией ложа узла (II группа) - 30±2,3 мин. Это время было достоверно меньше в сравнении с пациентками с лапаротомическим удалением узла (I группа) - 30,6±0,63 мин (p<0,05).

Объем прогестерона также был достоверно ниже при выполнении LS мимометрии с коагуляцией ложа узла - 130,9 ± 20,6 нл. У женщин с мимометрией лапаротомическим доступом кровотока была достоверно выше - 182,3±8,8 нл (p<0,35).

Нами был также проведен анализ течения раннего послеоперационного периода после: LT и LS мимометрии. Сравнительный анализ показал, что субфебрильная температура в течение 5-6 суток наблюдалась у 14 (66,7%) пациенток с LS мимометрией и коагуляцией ложа узла и у 9 (20,5%) с LT мимометрией. Продолжительность применения антибиотикотерапии в сравнительных группах с средним составом 2,8±0,6 дней в I группе и 3,4±0,4 дня во II группе (p<0,05). Длительность госпитализации у больных после выполнения LT мимометрии с удалением ложа узла составила 5,2±1,3 койко-дня, а группы с LS с коагуляцией ложа узла - 5,2±1,1 койко-дней (p<0,05).

Таблица 1.

Основные показатели мимометрии у женщин старшего репродуктивного возраста

Показатель	Лапаротомия (LT) n=44	Лапароскопия (LS) n=24
Диаметр яичн. узлов, см	5,62±2,5	4,82±1,3
Время операции, мин	29,5±0,83	34±2,3*
Объем кровотока, мл	123,8±8,8	56,0 ± 20,0*
Беременность наступила	Абс.	Абс.
ВСЕГО - n 8 (1,8%)	4	2
стимуляция овуляции	2	0
БРТ- ЭКО (советы докторов)	1	1
	%	%
	10,4	2
	4,8	0
	2,6	4,2

*Примечание: различия статистически достоверны - *p<0,05*

После LT мимометрии желанная беременность наступила у 4 из 34 (11,4%), при этом самостоятельная после стимуляции овуляции только у 2 из 15 (13,8%) с исходно низким ОР. У пациенток данной группы с исходно низким ОР беременность самостоятельно не наступила ни у одной из пациенток и только у 2 из 18 (5,2%) с помощью БРТ - ЭКО путем сбора ооцитов докторов (проведено в Турции).

После проведения мимометрии LS доступом с безвизуальной коагуляцией ложа узла желанная беременность наступила только у 2 из 14 пациенток (10,5%). Как и в группе с LT мимометрией беременность без применения БРТ после стимуляции овуляции имела место только в 10 % случаев (у 2 из 10 женщин) с умеренно сниженным СР. У пациенток с исходно низким ОР беременность наступила только у 1 из 14 (5,2%) путем ЭКО. Все 2 (100%) пациенток I-II групп, которым после мимометрии удалось получить беременность, были рожавшими путем естественного зачатия. Основные показатели мимометрии представлены в таблице 1.

Результат в обсуждение

Основная частота наступления беременности с учетом состояния ОР у больных MM поддается репродуктивному возрасту, определенным нами как сниженный и низкий, следует сказать, что при сниженном СР беременность наступила у 3 из 16 пациенток (18,2%), при низком СР самостоятельно после стимуляции овуляции беременность не имела место ни у одной больной и только у 3 из 48 больных (5,2%) наступала с помощью БРТ - ЭКО. Все беременности наступили в течение 3 до 12 месяцев после операции, т.е. тогда, когда еще не произошло необратимых изменений на органочастном уровне. Анализ полученных результатов восстановления фертильности показал, что процент наступления беременности после применения LT и LS мимометрии у женщин поддается репродуктивному возрасту идентичен (9,4% и 10,4%). Таким образом, эффективность мимометрии в плане возможного восстановления и реализации репродуктивной функции у женщин поддается репродуктивному возрасту определяется состоянием овариального резерва. Процент неудач составил 84,2%.

Полученные нами результаты подтверждаются данными литературы. Так, Nargund et al. (1996), Nelson F.E. et al. (1995) проводились анализ овариальный резерв и количество ооцитов в яичниках женщин

✓ *Resumé*

Clinical and statistical analysis of the remote results of myomectomy in order to evaluate the operation results in terms of recovery of fertility in the late 58 patients of reproductive age who have infertility was the main indication for surgery. It was revealed that in the presence of a single node fibroids, non-deforming the uterine cavity, for the realization of reproductive function method myomectomy (laparotomy / laparoscopy) is not significant. The efficiency of myomectomy in terms of possible recovery and realization of reproductive function in women of late reproductive age is described by the state of ovarian reserve. The percentage of failures in the late reproductive years is 38.2%.

Keywords: uterine fibroids, myomectomy, late reproductive age, ovarian reserve, fertility.

Актуальность

Исследования, посвященные изучению влияния миомэктомии на функциональное состояние яичников, крайне немногочисленны [11, 12]. Сохранение репродуктивной функции у женщин с миомой матки (ММ), в том числе после операции по поводу ее удаления, приобретает все большую социальную значимость. Миомэктомия является методом выбора у женщин репродуктивного возраста. Несмотря на значительное количество исследованных данных литературы являются противоречивыми в отношении исказившей и прогностических с данной операцией, а также оперативного доступа и техники операции [2, 8, 7]. В то же время эффективность лечения бесплодия во многом зависит от состояния овариального резерва в каждом конкретном случае. В последние десятилетия широко обсуждается понятие «овариальный резерв» и его значение для выбора методов лечения бесплодия [5, 6, 15].

С целью оценки результатов миомэктомии в плане восстановления фертильности у пациенток позднего репродуктивного возраста, у которых бесплодие явилось основным показателем к операции, нами проведен клинико-статистический анализ отдельных результатов операционного лечения.

Материал и методы

Основную группу составили 58 пациенток с миомой матки (ММ). Возраст обследованных женщин колебался от 35 до 44 лет и в среднем составил 37,4 ± 2,1 года (от 5,3). Контрольную группу составили 20 женщин с невыявленной репродуктивной функцией шестилетнего репродуктивного возраста 24 - 29 лет, средний возраст которых составил 17,2 ± 2,8 лет.

Среди больных ММ позднего фертильного возраста первичное бесплодие было у 10 женщин (15,6%) и вторичное – у 36 женщин (52,3%).

Показателем для реконструктивно-пластической операции на матке служило наличие единственного интракavitарного или интракavitарно-субсерозного узла по передней стенке матки диаметром от 2,5 до 5,0 см, не деформирующего полость матки.

Для выполнения поставленных нами задач нами было проведено определение гормонального статуса и функционального состояния овариального резерва яичников до миомэктомии и через 6 и 3 месяца после операции. Также оценено течение раннего послеоперационного периода в результате миомэктомии в плане восстановления фертильности в зависимости от метода оперативного вмешательства (увязанное/конгидия). Всем женщинам проводили объективное клиническое и гистоморфологическое обследование. С целью определения овариального резерва (ОР) исследовали следующие показатели:

- 1) концентрации ФСГ, эстрадиола (Е2) на 2-5 день менструального цикла (мц),
- 2) ультразвуковые параметры яичников в начале мц: объем яичников (ОЯ) и количество антральных фолликулов (АФ) в них.

Все обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от доступа к методу миомэктомии: I-группу составили 44 женщины, которым была произведена лапаротомическая миомэктомия (LТм) с удалением единого маточ двурядными циркулярными скальпелями II-группу – 24 женщины, которым была произведена лапароскопическая миомэктомия (LСм) с биполярной коагуляцией доль узла миомы. У 20 (48,1%) пациенток I группы (LТм) диаметр узла составил 6-7 см (5,02 ± 1,3 см). У пациенток II группы (LСм) диаметр узла составил 4,42 ± 1,3 см. Различия в размерах миоматозного узла между группами статистически были незначимы (p > 0,05).

после реконструктивно-пластических операций, проводивших лечение в программе ЭКО – ПЗ в течение значительное увеличение овариального резерва и частоты наступившей беременности у лиц [13,14]. Данные наступления фертильности у больных ММ позднего репродуктивного возраста после проведенного коррекционного лечения согласуются с данными Кулакова З.И. и соавт. (2001), которыми выявлено, что репродуктивная функция после операции лечения восстанавливается в возрасте старше 35 лет – лишь в 6,3% [5].

Сравнительный анализ ЛТ и ЛС микрометомы показал, что в лапароскопическая микрометомы с констатацией дожа ути имеет преимуществ в плане продолжительности операции (34±2,3 мин в 36,6±0,83 мин; $p<0,05$) и объеме интраоперационной кровопотери (130,0 ± 20,3 мл в сравнении с ЛТ микрометомы (182,8±8,8 мл; $p<0,05$). Полученные нами сопоставим с данными литературы, свидетельствующим о преимуществах лапароскопической микрометомы с применением электрокоагуляционных методов – они упрощают и ускоряют хирургическое вмешательство [1,4,9,10]. Однако наши данные относительно метода микрометомы привели нас к мнению, что у женщин репродуктивного возраста с единственной узлом миомы, деформирующим полость матки, желаящих реализовать репродуктивную функцию метод микрометомы не имеет существенного значения. Важное влияние на возможность восстановления фертильности и реализации репродуктивной функции у пациенток с ММ старшего репродуктивного возраста оказывает исходное функциональное состояние репродуктивной системы.

Заключение

Таким образом, при установлении исходно сниженного овариального резерва пациентка должна быть информирована о более выраженном нарушении морфофункционального состояния яичников после микрометомы и, как следствие, возможной исодности в реализации репродуктивной функции. При условии низком овариальном резерве после микрометомы реализовать репродуктивную функцию оптимально только с помощью ЭКО. В случае отсутствия необходимости ее реализации, при желании пациентки, микрометомы целесообразно проводить только с сравнительно хорошей целью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бекенарь В.Ф., Цатурдеева А.А., Долинский А.Е. и др. Опыт применения стандартизированной методики лапароскопической микрометомы // Журн. акуш. и жен. бол. 2012. Т. 61, № 4. С. 23–32.
2. Батын М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операции, системы реабилитации, наблюдения и отдаленные результаты // Дисс. д.м.н. — М., 1999. с. 275–280.
3. Базарный Ю.Ю. Клиническое значение тестов определения овариального резерва в лечении бесплодия акуш. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000.
4. Бузова С.Н., Шукина Н.А., Ченцова М.А., Мещанинова М.Е. и др. Современные методы диагностики несостоятельности шва или рубца на матке после кесарева сечения // Рос. вестн. акуш.-гн. 2013. Т. 13, № 1. С. 73–77.
5. Кулаков В.И., Пылаков Г.С. Микрометомия и беременность. М.: МЕДпрессинформ, 2001. — 344 с.
6. Пазарско Т.А. Сравнительный резерв: диагностика, диагностика и лечение при стимуляции функции яичников // Стимуляция функции яичников — М., 2009. — С. 35–43.
7. Тихомиров А.Л. Миома. Патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М. 2013; 319 с.
8. Фадрудинова Э.Х. Репродуктивное здоровье женщины после консервативной микрометомы // Автореф. дис. канд. мед. наук. — М. 2004. — 24 с.
9. Altzasser C., Kass S., Berger U., Löring M. et al. Complications in laparoscopic myomectomy // Surg. Endosc. 2006. Vol. 20. N 4. P. 614-618.
10. Cobellis L., Pecori L., Cobellis G. Comparison of intramural myomectomy scar after laparotomy or laparoscopy // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2004. Vol. 84, N 1. P. 87-93.
11. Fajii S. Uterine myomata: pathogenesis and treatment. // Nippon Saika Fujinka Gakka. Zasshi. — 1992. — V. 44. — № 8. — P. 994–999.
12. Laparoscopic myomectomy fertility results / Dubuisson J.B., Chapren C., Fauchonnet A. et al. // Ann. NY Acad. Sci. — 2001. — Iss. 041 — P.766-775.
13. Nangoul G. et al. The impact of ovarian cystectomy on ovarian response during IVF cycles // Hum. Reprod. — 1996. — Vol. 11 — p. 81–83.
14. Nezhat F.R., Roemisch M., Nezhat G.H. et al. Recurrence rate after myomectomy. // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 1998. — № 15. — p. 217-240.
15. Pitts E.A. Fibroids and infertility: a systematic review of the evidens // Obstet. Gynecol. Surv. — 2001. — V.56. — №8. — P.483-492.

Поступила 09.10.2022