



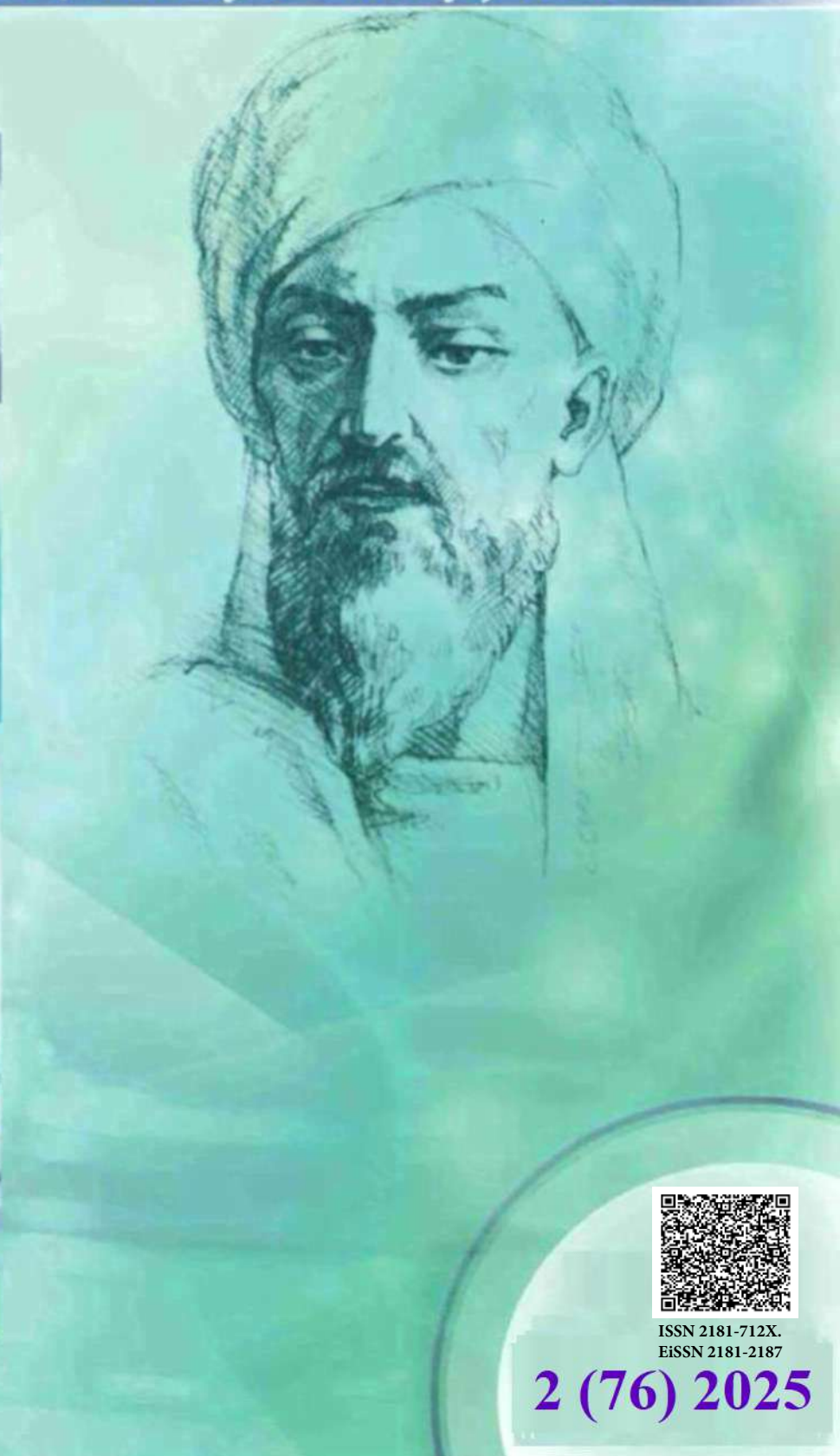
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (76) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-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, рецензируемых Высшей
Аттестационной 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. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 618.14

ИННОВАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Исаева С.Ч. <https://orcid.org/0009-0000-4615-4986>

Агабабян Л.Р. <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, г.Самарканд,
ул.Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Все больше операций будут заменяться на эндоскопические, что позволит пациентам получать качественную помощь, но без лишних последствий, таких как боли после операции, долгое восстановление, большие рубцы. Современный этап развития хирургической гинекологии характеризуется повышенными требованиями не только к качеству оборудования и техническому оснащению операционной. Кроме того, оптическое увеличение позволяет более тщательно производить остановку кровотечения, меньше травмировать окружающую ткань. Благодаря этому лапароскопический доступ активно внедряется практически во всех направлениях медицины, а при выполнении некоторых операций приобретает статус «золотого стандарта».

Ключевые слова: Лапароскопия, гинекология, хирургия, миома матки, киста, оптика

INNOVATIVE POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPY IN GYNECOLOGIC OPERATIONS

Isaeva S.Ch. <https://orcid.org/0009-0000-4615-4986>

Agababayan L.R. <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur Street, Tel: +99818 66
2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

More and more surgeries will be replaced by endoscopic surgeries, which will allow patients to receive high-quality care, but without unnecessary consequences such as postoperative pain, long recovery, and large scars. The modern stage of development of surgical gynecology is characterized by increased requirements not only to the quality of equipment and technical equipment of the operating room. In addition, optical magnification allows more thoroughly stop bleeding, less traumatizing the surrounding tissue. Due to this, laparoscopic access is actively implemented in almost all areas of medicine, and in the performance of some operations acquires the status of "gold standard".

Key words: Surgery, gynecology, laparoscopy, uterine myoma, cyst, optics

ГИНЕКОЛОГИК АМАЛИЁТЛАРДА ЛАПАРОСКОПИЯНИ ИННОВАЦИОН ИМКОНИЯТЛАРИ

Исаева С.Ч. <https://orcid.org/0009-0000-4615-4986>

Агабабян Л.Р. <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон, Самарканд шаҳри, Амир Темура кўчаси,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Кўпроқ операциялар эндоскопик операциялар билан алмаштирилади, бу беморларга сифатли ёрдам олиш имконини беради, шунингдек операциядан кейинги озриқ, узоқ тикланиш ва катта чандиқлар каби кераксиз оқибатларсиз кичади. Жарроҳлик гинекологияси ривожланишининг ҳозирги босқичи нафақат операция хонасининг жиҳозлари ва техник жиҳозларининг сифатига қўйиладиган талабларнинг ортиши билан тавсифланади. Бундан ташқари, оптик катталаштириш қон кетишини тўхтатиш ва атрофдаги тўқималарга камроқ шикаст етказиш имконини беради. Бунинг ёрдамида лапароскопик ёндашув тиббиётнинг деярли барча соҳаларида фаол жорий этилмоқда ва баъзи операцияларни бажаришда у «олтин стандарти» мақомини олади.

Калит сўзлар: Хирургия, гинекология, лапароскопия, бачадон миомаси, киста, оптика

Актуальность

Современный этап развития хирургической гинекологии характеризуется повышенными требованиями не только к качеству оборудования и техническому оснащению операционной. Кроме того, оптическое увеличение позволяет более тщательно производить остановку кровотечения, меньше травмировать окружающую ткань. Благодаря этому лапароскопический доступ активно внедряется практически во всех направления медицины, а при выполнении некоторых операций приобретает статус «золотого стандарта». Однако помимо плюсов лапароскопических операций, можно найти и некоторые минусы. Одним из недостатков минимально инвазивных операций является время проведения операции. Такие операции достаточно длительны [3,4,5]. Они требуют специальную квалификацию и опыт работы, что значительно снижает круг возможных кандидатов для проведения такого рода операций. Тем не менее, несмотря на некоторые недостатки (противопоказания) лапароскопия имеет большие перспективы для своего развития, в котором определяющим фактором будет желание хирурга удовлетворить эстетические потребности больных людей. Поэтому разработка и совершенствование новых подходов и методов являются актуальными, особенно в лапароскопической гинекологии [3,4,6,8].

Несмотря на большое количество проведенных исследований, в международной литературе последних лет появляются разноречивые данные, касающиеся эффективности и безопасности малоинвазивного доступа при выполнении консервативных миомэктомий, несмотря на то, что в большинстве ведущих мировых центров в настоящее время лапароскопический доступ наиболее часто применяют при хирургическом лечении пациенток с миомой матки [2,3,5].

До периода применения лапароскопического доступа гинекологические операции выполнялись с использованием лапаротомного доступа. В настоящее время отмечается широкое распространение лапароскопических операций. Показаниями к лапароскопическому доступу являются: диагностика и хирургическое лечение бесплодия, в том числе восстановление проходимости маточных труб, разделение спаек, некоторые формы нарушения функций яичников, подготовка к ЭКО, доброкачественные опухоли матки и яичников, диагностика и лечение эндометриоза, тазовых болей, стерилизация, прогрессирующая внематочная беременность, хирургическая коррекция опущения и выпадения половых органов, консервативная миомэктомия, гистерэктомия [1,8]. В последние годы большое количество исследований посвящено применению лапароскопических операций при лечении онкологических заболеваний матки и яичников [15]. Систематизация лапароскопических операций предусматривает цель и время хирургического вмешательства. По назначению лапароскопия делится на диагностическую, оперативную и контрольную. Диагностическая лапароскопия и гистероскопия – визуальный осмотр органов брюшной полости и полости матки [4]. В определенных случаях диагностическая лапароскопическая переходит в оперативную. При оперативной лапароскопии выполняется практически весь объем гинекологических операций, включая экстирпацию матки. Оперативная эндоскопическая гинекология – это самостоятельный раздел эндоскопической хирургии, включающий операции на органах малого таза женщины, проводимые лапароскопическим и гистероскопическим доступами. В настоящее время развитие эндоскопических методов лечения в гинекологии позволило расширить показания и улучшить результаты оперативного лечения. В последние годы бурное развитие оперативной лапароскопии способствует разработке новых, рациональных реконструктивно-пластических и

органосохраняющих операций. Контрольная лапароскопия – проводится для контроля за эффективностью ранее проведенного хирургического лечения. По времени осуществления лапароскопия делится на плановую и экстренную. К плановым лапароскопическим гинекологическим вмешательствам относятся: диагностическая лапароскопия с биопсией; стерилизация; операции при трубном и перитонеальном бесплодии; операции по поводу опухолей и кист яичников, синдрома поликистозных яичников; тубэктомия при прогрессирующей трубной беременности; оперативное лечение эндометриоза; энуклеация миоматозных узлов матки; гистерэктомия; экстирпация матки с лимфаденэктомией; реконструктивно-пластические операции при пороках развития внутренних половых органов; кольпопексия. По экстренным показаниям выполняют лапароскопические операции при: трубной беременности, апоплексии яичника; разрыве кисты яичника; перекруте придатков матки; перекруте субсерозного миоматозного узла; острых воспалительных заболеваниях матки (гнойный сальпингит, пиосальпинкс, гнойные tuboовариальные образования); необходимость дифференциальной диагностики между острой хирургической и гинекологической патологией. Лапароскопия может быть, как самостоятельной операцией, так и сочетаться с гистероскопией или влагалищными операциями. В последние годы применение симультантных операций дает возможность одновременно провести оперативное вмешательство на различных органах [3]. Возможности лапароскопических операций в настоящее время расширяются, и частота лапароскопических операций после предыдущих лапаротомических вмешательств возрастает [2].

Помимо показаний существуют и противопоказания к лапароскопическому вмешательству. Авторы выделяют абсолютные и относительные противопоказания [2]. Абсолютными противопоказаниями к проведению лапароскопических операций являются острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, некорригируемая коагулопатия, гиповолемический шок. Согласно мнению авторов, абсолютные противопоказания к оперативной лапароскопии идентичны таковым и при лапаротомическом доступе, т.е. данные состояния пациенток являются противопоказаниями к любым хирургическим вмешательствам [3]. Однако относительные противопоказания к лапароскопическим операциям не являются противопоказаниями к лапаротомическому доступу. Определены относительные противопоказания к оперативной лапароскопии – непереносимость общего обезболивания, разлитой перитонит, перенесенные ранее операции в зоне объекта вмешательства, склонность к кровотечениям, поздние сроки беременности, ожирение III-IV степени. Эффективность эндоскопического вмешательства, в частности лапароскопии в гинекологии зависит от характера патологии и варьирует от 15 до 70%. Относительные противопоказания к лапароскопии в гинекологии определяются на приеме у врача и зависят, главным образом, от квалификации хирурга и уровня оснащенности клиники. Ниже мы описываем виды лапароскопических операций.

Лапароскопия в гинекологии входит в стандарт обследования при бесплодии в силу ее высокой информативности, что влияет на гинекологические показатели, малой травматичностью и быстрой реабилитации пациенток [12]. Часто целесообразно сочетать лапароскопию с гистероскопией, что позволяет провести комплексную диагностику и коррекцию состояния органов репродуктивной системы женщины [2,6]. Эндоскопические методики используются также как этап подготовки к ЭКО для создания лучших условий наступления беременности [9]. Лапароскопические микрохирургические вмешательства показаны при бесплодии, обусловленном: спаечным процессом в полости малого таза; сактосальпинксом; фимозом фимбриальных отделов маточных труб; эндометриозом [3]. Малоэффективны или даже противопоказаны лапароскопические операции при туберкулезе органов малого таза; гидросальпинксе диаметром более 30 мм; выраженном спаечном процессе в полости малого таза, наличии плотных сращений вокруг маточных труб и яичников с вовлечением в процесс петель кишечника; активном воспалительном процессе в области придатков [7]. Показано, что при длительном и неэффективном лечении бесплодия у женщин в возрасте старше 35 лет эффективность лапароскопических вмешательств значительно снижается [8]. Решение об оперативном лечении больной, страдающей бесплодием, принимают после тщательного обследования самой женщины и ее партнера для окончательной верификации причины бесплодия. В обязательном порядке проводят тесты функциональной диагностики, определяют

содержание гонадотропных и половых гормонов, посткоитальный тест, спермограмму, выполняют УЗИ органов малого таза, гистеросальпингографию, бактериологическое исследование влагалищных выделений. При необходимости перед лапароскопической операцией проводят противовоспалительную терапию [2]. При трубном бесплодии выполняют такие лапароскопические микрохирургические операции, как сальпинговариолизис; фимбриолизис и фимбриопластику; сальпингостомию; сальпингонеостомию; наложение тубо-тубарных анастомозов. Выполнение любой операции по поводу трубного или перитонеального бесплодия требует применения интраоперационной восходящей хромогидротубации [8]. Для этого перед операцией тщательно обрабатывают наружные половые органы и влагалище. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами. Через наружный маточный зев вводят маточную канюлю. Пулевые щипцы и канюлю фиксируют друг к другу. Хромогидротубацию проводят в начале операции для определения уровня обструкции маточной трубы. После окончания лапароскопического вмешательства на маточных трубах хромогидротубация подтверждает эффективность выполненной операции. Уровень обструкции маточной трубы можно определить по заполнению ее жидкостью. Отсутствие заполнения маточной трубы вводимой жидкостью свидетельствует о ее непроходимости в истмической части. Для проведения хромогидротубации используют изотонический раствор натрия хлорида, окрашенный метиленовым синим. Выбор способа операции зависит от уровня обструкции и степени выраженности спаечного процесса в малом тазу. Сальпинговариолизис предполагает рассечение спаек вокруг маточных труб и яичников, в результате чего добиваются нормального анатомического взаимоотношения яичников и маточных труб. Эффективность сальпинговариолизиса составляет 60-65% [3]. Фимоз фимбриальной части маточных труб является частой причиной трубного бесплодия и лапароскопические операции (фимбриолизис) при этой патологии достаточно эффективны. Сальпингостомия предусматривает рассечение ампулярной части маточной трубы, выворачивание фимбрий, и коагуляцию края разреза либо наложение лапароскопических швов. Эффективность сальпингостомии составляет, по данным большинства гинекологов, от 20 до 37% [5].

Применение лапароскопии для диагностики наружного генитального эндометриоза привело к возрастанию частоты его выявления, особенно малых форм. У пациенток с I-II стадией генитального эндометриоза проводится термодиструкция очагов, пациенткам с III стадией – удаление кист, разъединение спаек, резекция эндометриоидного инфильтрата [2,9]. Хирургическое инвазивное лечение эндометриоза представляет собой достаточно сложную манипуляцию с обязательным проведением процедур коагуляции или иссечения участков брюшины. Для выполнения этих манипуляций хирург должен хорошо ориентироваться в локализации забрюшинных образований таза: мочеточников, ректосигмоидного отдела толстого кишечника, крупных сосудов. Лапароскопическое лечение овариального эндометриоза проводят в тех случаях, когда диаметр кистозного образования не превышает 3 см. Для уменьшения размеров эндометриом яичников показано предоперационное лечение даназолом [2,9]. Кистозное образование пунктируют, все содержимое абластично аспирируют и полость промывают ирригантом. Верхний овал кисты иссекают для гистологического исследования, а всю внутреннюю поверхность эндометриомы поверхностно выпаривают лучом углекислотного лазера мощностью 20 Вт. Ложе эндометриомы либо оставляют открытым, либо ушивают двухрядным швом: первый ряд – отдельными швами, второй (капсула) непрерывным швом. При больших эндометриоидных кистах их содержимое предварительно абластично удаляют, а внутреннюю поверхность фотокоагулируют, при наличии больших дефектов – ушивают. Лапароскопические операции с использованием лазеров являются альтернативой гормональной терапии, особенно при наличии противопоказаний к ее применению или выраженных побочных эффектов. Сравнительная оценка результатов лечения наружного эндометриоза при лапароскопическом лечении, лапаротомии и медикаментозном лечении показала, что эндоскопическая терапия с использованием лазеров является наилучшим методом [1]. Использование лазерной техники при оперативном лечении эндометриоза яичников IV стадии позволило сократить продолжительность вмешательства, уменьшить операционную кровопотерю, а также способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода [10]. Преимуществами лапароскопического оперативного лечения эндометриоза являются: возможность проведения во время одного вмешательства, диагностики и лечения, возможность проведения операции амбулаторно, снижение расходов на проведение операции в сравнении с лапаротомией, укорочение периода выздоровления, эффективное купирование болевого синдрома, более высокий процент восстановления фертильности [3]. Однако, поскольку установить реальное распространение процесса и степень поражения органов возможно только во время операции, пациенткам с сочетанными формами эндометриоза требуется тщательное предоперационное обследование [1,4].

При обширном эндометриоидном поражении органов малого таза с вовлечением в процесс кишечника приводит к анатомическим изменениям органов малого таза и обуславливает нетипичность операции и повышенную частоту интраоперационных осложнений [2]. При вовлечении в процесс кишечника и спаечном процессе, характерном для тяжелых форм.

Эндометриоза может быть применена лапароскопически-вагинальная техника операции [11, 13]. В литературе встречаются работы об использовании роботоассистенции при лапароскопических операциях у пациенток с эндометриозом IV стадии [2,7]. При обширном поражении органов малого таза эндометриозом предпочтение следует отдавать лапаротомическому доступу [2]. Эффективность лапароскопических вмешательств в лечении эндометриоза в плане последующего наступления беременности вариабельна и зависит от исходной выраженности эндометриоидного поражения [24]. Частота наступления беременности после гормональной терапии агонистами релизинг-фактора и оперативной лапароскопии примерно одинакова, при сочетании их возрастает [35]. Частота наступления беременности после повторного лапароскопического лазерного лечения у женщин с рецидивом эндометриоза снижается [3,7].

Заключение

Таким образом, внедрение в клиническую практику эндовидеоскопических технологий изменило классические подходы к диагностике и лечению патологических процессов в гинекологах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Adelman MR. The morcellation debate: the history and the science. //Clin Obstet Gynecol 2015;58(4):710-7. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000150
2. Badeghiesh A, Suarhana E, et al. Risk of uterine rupture after myomectomy by laparoscopy or laparotomy. //J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020;49(8):101843. DOI:10.1016/j.jogoh.2020.101843
3. Allen E. Vaginal removal of the uterus by morcellation. //Am J Obstet Gynecol 1949;57:692.
4. Fanning J. Laparoscopic conversion rate for uterine cancer surgical staging. / J. Fanning, C. Hossler //Obstet Gynecol. 2010;116(6):1354-1357.
5. Feasibility and clinical effects of laparoscopic abdominal cerclage: an observational study. / M. Riiskjaer, O.B. Petersen, N. Ulbjerg [et al.] //Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91(11).
6. Frick A.C. Laparoscopic management of incontinence and pelvic organ prolapse. / A.C. Frick, M.F. Paraiso //Clin. Obstet Gynecol. 2009;52(3):390-400.
7. Godinjak Z. Laparoscopy after previous laparotomy. / Z. Godinjak, E. Idrizbegović, K. Begić //Bosn J. Basic Med Sci. 2006;6(4):45-47.
8. Ikechebelu J.I. Experience with diagnostic laparoscopy for gynecological indications. / J.I. Ikechebelu //Niger J. Clin Pract. 2013;16(2):155-158.
9. Kaloo P.D. A prospective multi-centre study of major complications experienced during excisional laparoscopic surgery for endometriosis. / P.D. Kaloo, M.J. Cooper, G. Reid //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2006;124(1):98-100.
10. Darai E. et al. Laparoscopic versus laparotomic radical en bloc hysterectomy and colorectal resection for endometriosis. / E. Darai, M. Ballester, E. Chereau [et al.] //Surg Endosc. 2010;24(12):3060-3067.
11. Panel P. et al. Laparoscopic surgery of deep endometriosis. About 118 cases. / P. Panel, C. Chis, S. Gaudin [et al.] //Gynecol. Obstet. Fertil. 2006;34(7-8):583-592.
12. Oehler M.K. Robot-assisted surgery in gynaecology. / M.K. Oehler //Aust N.Z. J. Obstet Gynaecol. 2009;49(2):124-129.
13. Raffi F. National survey of the current management of endometriomas in women undergoing assisted reproductive treatment. / F. Raffi, R.W. Shaw, S.A. Amer //Hum Reprod. 2012;27(9):2712-2719.
14. Pritts E.A. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence / E.A. Pritts, W.H. Parker, D.L. Olive //Fertil Steril. 2009; 1215-1223 pp.
15. Ulker K. Comparison of Tubal Sterilization Procedures Performed by Keyless Abdominal Rope-Lifting Surgery and Conventional CO2 Laparoscopy: A Case Controlled Clinical Study / K. Ulker, U. Hüseyinoğlu //Scientific World Journal. 2013;24:36.

Поступила 20.01.2025