

42. Ory S.J. Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy // *Fertil. Steril*, 1996, vol. 46, № 5/6, p. 767–769.
43. Ory S.J. Chemotherapy for ectopic pregnancy // *Obstetr. Gynecol. Clin. North. Am.*, 1997, vol. 18, № 1, p. 123–134.
44. Paris F.X., Henry-Suchet I. Interet d'un steroide a action antiprogesteron dans le traitement de la grossesse extra-uterine // *Rev. Franc. Gynecjl. Obstetr*, 1996, vol. 81, № 1, p. 33–35.
45. Philippe E., Satge D. Etude Histologique de 100 trompes grawides // *J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol.*, 1998, vol. 17, № 4, p. 467–476.
46. Pouly J.L., Manhes H. Traitement conservateur de la grossesse extra-uterine // *Rev. Franc. Gynecjl. Obstetr*, 1996, vol. 81, № 11, p. 584–590.
47. Reich H., Freifeld M.L., McGlynn F., Reich E. Laparoscopic treatment of tubal pregnancy // *Obstet. and Gynecol.*, 1997, vol. 69, № 2, p. 275–279.
48. Reich H., Johns D.A., De Caprio, Me Glynn F., Reich F. Laparoscopic treatment of 109 consecutive ectopic pregnancies // *Reprod. Med.*, 1988, № 33, p. 885–889.
49. Sauer M.V., Greenberg Gorrill M.J., Bustillo M., Rodi I.A., Gunning J.E., Buster J.E. Nonsurgical management of unruptured ectopic pregnancy: An extended clinical trial // *Fertil. Steril.*, 1997, vol. 48, № 5/6, p. 752–755.
50. Taylor R.N. Ectopic pregnancy and reproductive technology // *J. Amer. Med. Ass.*, 1998, vol. 259, № 12, p. 1862–1864.
51. Tuomivaara L., Kauppila A. Ectopic pregnancy: A case-control study of aetiological risk factors // *Arch. Gynecol.*, 1998, vol. 243, № 1, p. 5–11.
52. Vejtorp M. Extrauterine pregnancy: diagnosis and treatment // *Ugeskr. Laeger*, 1996, vol. 158, № 45, p. 6424–6431.
53. Zilber U., Pansky M., Bukovsky I., Golan A. Laparoscopic salpingostomy versus laparosco-pic local methotrexate // *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 1996, vol. 175, № 3, pt. 1, p. 600–602.

REPRODUCTIVE HEALTH OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY

E.Y. BANI ODEH, A.O. DUKHIN, A.H. KARANASHEVA

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya str., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

We analyzed the literature devoted to the present state of the reproductive health after the surgical treatment of ectopic pregnancy. Data concerning palliative and radical, conservative and surgical methods of the treatment were presented. It was shown, that ectopic pregnancy in the history coursed a reproductive disturbances in patients. There fore, the problem of the reproductive health of patients after surgical treatment of tubal pregnancy is very actual and demands further study.

УДК 618.14-006.36-089.87-07:618.17-07

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Э.Х. ФАХРУТДИНОВА, А.О. ДУХИН, А.Я. ГОЛДИНА, Н.П. ЕРМОЛОВА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Приведены результаты научных публикаций последних лет о роли консервативной миомэктомии в восстановлении генеративной функции.

Консервативная миомэктомия является методом выбора у женщин репродуктивного возраста, однако данные литературы являются противоречивыми в отношении показаний и противопоказаний к данной операции, оперативного доступа и техники операции.

Проблема репродуктивной функции женщин с доброкачественными опухолями матки, несмотря на огромное количество исследований, не потеряла своей актуальности.

Миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов. Частота этой патологии, по данным различных авторов, колеблется от 10 до 27% среди гинекологических больных [4, 43]. Особенно настораживает рост данной патологии за последнее время среди женщин репродуктивного возраста. В современных источниках имеются данные о наличии наследственной предрасположенности к возникновению данной опухоли [8]. Было показано, что риск возникновения миомы у ближайших родственниц в 2 раза превышает частоту этой патологии в женской популяции. Кроме того, по результатам массовых эпидемиологических исследований была установлена взаимосвязь между возникновением опухоли и климатогеографическими, экологическими факторами. Так, среди жительниц северных широт данная патология встречается гораздо реже, причем больше страдают городские жительницы по сравнению с сельским населением [4].

Развитие миомы матки сопровождается значительными нарушениями менструальной и репродуктивной функции, что ухудшает качество жизни женщин [17]. По мере роста опухоли возникают серьезные системные нарушения, выраженность которых зависит от количества, локализации узлов, длительности существования миомы, характера роста. Неблагоприятный преморбидный фон отягощает течение заболевания и в свою очередь способствует росту опухоли.

Патогенез нарушений репродуктивной системы при миоме матки полностью не изучен [10]. Положение о том, что миома матки лежит в основе бесплодия и невынашивания может оспариваться, учитывая разноречивые мнения по этому вопросу. В литературе есть данные о том, что у больных миомой матки генеративная функция может быть не нарушена или же нарушается незначительно [4]. Однако, как показали исследования А.А. Селиверстова (1997), бесплодием страдают 82% больных миомой матки. При этом наличие миомы матки часто сопутствуют дополнительные факторы бесплодия — воспалительные заболевания придатков, спаечный процесс в малом тазу, эндометриоз, нейроэндокринные и иммунологические нарушения, что еще более усугубляет прогноз в отношении генеративной функции.

Консервативное лечение больных миомой матки, как правило, оказывается малоэффективным и является бесперспективным в репродуктивном плане. Отсутствие эффекта от приема современных гормональных препаратов связывают с преобладанием фиброзной ткани, где содержание рецепторов минимально.

Консервативная миомэктомия в большинстве случаев является методом выбора у женщин репродуктивного возраста, произведенная как лапаротомным, так и лапароскопическим путем [1, 9], несмотря на незначительную долю консервативно-пластических операции на матке по сравнению с радикальными вмешательствами — от 8,2 до 18,9% [9]. Причем, отмечен более благоприятный прогноз в отношении наступления беременности после лапароскопических вмешательств [6, 14].

Консервативная миомэктомия является наиболее целесообразной в восстановлении репродуктивной и менструальной функции, однако в настоящее время существует ряд противоречий в отношении показаний и техники операции, операционного доступа в зависимости от возраста, количества, размеров и локализации миоматозных узлов. Было установлено, что удаление миоматозных узлов задней стенки больше способствует развитию спаечного процесса и развитию в последствии бесплодия по сравнению с локализацией по передней стенке.

В то время как F.R. Nezhat и соавт. (1999) утверждают, что при лапароскопическом доступе частота рецидивов выше, чем при лапаротомном, другие исследователи считают, что на наступление беременности не влияет вид оперативного вмешательства: лапароскопия или лапаротомия [13]. Последнее противоречит данным Н.В. Ивановой (1996), Л.М. Каппушевой (2000), N.H. Stringer (1997), которые утверждают о значительно меньшем спайкообразовании при лапароскопических операциях, что благоприятно в отношении прогноза беременности. Кроме того, что лапароскопические операции менее травматичны, им свойственна небольшая операционная кровопотеря, отмечено благоприятное течение послеоперационного периода, сокращение сроков стационарного лечения и быстрое восстановление трудоспособности [9, 19, 38].

Часть авторов считает, что лапаротомия является более предпочтительным методом операции при множественных узлах миомы, больших размерах — 7—8 см, при возможном вскрытии полости матки во время миомэктомии [21]. В то же время, в исследованиях N.H. Stringer и соавт. (2001) было показано, что вскрытие полости матки при удалении больших миоматозных узлов от 2—12 см не влияло негативно на наступление беременности. Не было получено достоверных различий восстановления репродуктивной функции при миомэктомии со вскрытием (76,4%) и без вскрытия полости матки (69,2%) в исследованиях М.А. Ботвина (1999).

Извлечение миоматозных узлов из брюшной полости при лапароскопических операциях также является предметом дискуссии. Среди авторов есть сторонники задней кольпотомии [6, 30] извлечения путем морцелляции [10] и минилапаротомии [19].

Нет однозначного мнения по поводу назначения гормональной терапии (агонисты ГнРГ) до и после консервативной миомэктомии. Так, часть авторов считают, что назначение агонистов ГнРГ в предоперационном периоде повышает риск рецидива после консервативной миомэктомии, но вместе с тем после проведенной терапии увеличивается вероятность восстановления фертильности в течение первого года после миомэктомии [11, 12, 40].

В соответствии с результатами исследований последних лет, можно отметить высокую эффективность консервативной миомэктомии в реализации генеративной функции. Согласно данным М.А. Ботвина (1999), беременность наступила в 71% случаев, среди которых 53,3% больных страдали первичным бесплодием, а 62,9% — вторичным бесплодием. 50% беременностей завершились своевременными родами. Показатель оплодотворения после миомэктомии также оказался довольно высоким в исследованиях Li T.C. и соавт. (1999) и составил 57%, среди которых 49% беременностей закончились благополучным исходом.

Однако в процессе изучения репродуктивной функции больных после операции отмечено неоднозначное влияние тех или иных факторов на показатель фертильности.

Некоторые исследователи считают возраст одним из первостепенных факторов, влияющих на наступление беременности [32, 42]. По мнению одних авторов, у женщин старше 35 лет восстановление репродуктивной функции наступает в 55% [1], другие же считают, что у данной категории больных генеративная функция практически не восстанавливается [3].

Было установлено, что генеративная функция реализуется чаще в течение первого года после операции и с увеличением времени с момента миомэктомии процент наступления беременностей значительно снижается вплоть до 5% [1]. Однако, по данным Г. С. Шмакова и соавт. (1997), восстановление репродуктивной функции в течение ближайших 5 лет осуществляется у 85,2% женщин.

На прогноз наступления беременности неоднозначно влияют такие факторы как локализация и размеры миоматозных узлов [32, 41, 42]. Так, согласно данным Vergellini P.B. и соавт. (1999), показатель беременности в большей степени зависит от длительности бесплодия и дополнительных факторов бесплодия, в том время как размер, локализация, количество миоматозных узлов не влияют на репродуктивный прогноз. Это входит в противоречие с исследованиями М.А. Ботвина

(1999), который показал четкую зависимость между снижением репродуктивной функции и количеством, а также размерами удаленных узлов. Fausonnier A. (2000), в своих исследованиях отметил низкую способность к зачатию после удаления интрамуральных узлов, расположенных по задней стенке матки, когда наблюдается наиболее выраженный спасчный процесс в малом тазу. Размеры миомы матки, а также возраст больных не имеют значения в улучшении репродуктивного прогноза в соответствии с его данными.

Причины рецидивирования миомы матки после консервативной миомэктомии находятся в процессе изучения.

Согласно исследованиям Fedele L. и соавт. (1995), процент рецидивирования прямо пропорционален времени, прошедшему после операции, достигая 51% через 5 лет. Причем, вероятность рецидива была ниже в группе женщин, имевших в анамнезе роды после консервативной миомэктомии [27].

Частота рецидивирования выше, как показывают исследования Ю.Д. Ландеховского (1988), у более молодых женщин с множественной миомой матки, что предполагает неполное удаление узлов при консервативной миомэктомии [1, 11]. К.В. Краснопольская и соавт. (2000) подтверждают вероятность послеоперационного рецидивирования миомы у больных с множественными узлами. Отмечен меньший процент рецидивов после лапароскопических вмешательств по сравнению с лапаротомией: 1,1% и 11,1% соответственно [9]. Это позволяет предположить активацию пролиферативной активности в ответ на большую операционную травму при лапаротомических операциях.

В последнее время проблемы диагностики рецидивирования миомы матки активно изучаются, найдены некоторые биохимические и иммунологические маркеры рецидивирования — рибонуклеотидредуктаза, опухолеассоциированный антиген [14, 15]. Изучение процессов возникновения рецидива миомы является, на сегодняшний день, одним из наиболее перспективных вопросов, т. к. это позволяет понять механизм возникновения миомы матки и ее роли в нарушениях репродуктивной сферы.

Таким образом, адекватное и своевременное оперативное вмешательство, ранние реабилитационные мероприятия, своевременное наступление беременности после миомэктомии позволяет снизить риск возникновения рецидива. Вопрос гормональной терапии агонистами ГнРГ остается открытым из-за противоречивости данных.

По мнению Т.С. Бродовской (1994), редкие разрывы матки после консервативной миомэктомии обусловлены восстановлением мышцы посредством размножения гладких мышечных волокон в зоне послеоперационного разреза, что было установлено на основании изучения гистологической структуры. В литературе описаны единичные случаи разрывов матки [25, 28, 31]. Таким образом, невынашивание беременности и угроза прерывания объясняются не столько рубцовыми изменениями, сколько местными и общими иммунными и гормональными сдвигами, а также нарушениями рецепторного аппарата.

В соответствии с данными М. Nisolle и соавт. (1999), рост миоматозных узлов в преобладающей степени зависит от влияния прогестерона на рецепторы миомы, что не соответствует данным о преобладающем влиянии гиперэстрогении и изменений эстроген-рецепторного аппарата в патогенезе миомы матки [16].

Проводя анализ результатов течения и исходов беременности у женщин после консервативной миомэктомии, можно сделать вывод, что наиболее частым осложнением является невынашивание беременности [1, 8]. Из других осложнений можно отметить преждевременное и раннее излитие вод, хроническая внутриутробная гипоксия плода, задержка развития плода, нефропатия, несостоятельность рубца на матке [1, 20, 28]. Вместе с тем, есть публикации о произведенных миомэктомиях на ранних сроках беременности с благоприятными исходами и рождением здоровых новорожденных, чаще путем оперативного родоразрешения [23, 36].

В связи с противоречивостью данных относительно влияния органосохраняющих операции на последующее течение беременности и родов эта проблема требует дальнейших исследований.

Таким образом, можно сделать вывод, что ряд вопросов остается нерешенным в отношении репродуктивной функции больных, подвергшихся консервативной миомэктомии. Нет единых критериев относительно влияния различных факторов на наступление беременности: возраст, размер, локализация, количество узлов, техника и вид операции [26, 32, 42]. Вопрос о механизмах и профилактике рецидивирования также остается открытым.

Известно, что степень спайкообразования после консервативной миомэктомии достаточно велика [2]. Это ставит под сомнение целесообразность данной операции у пациенток с миомой матки и наличием дополнительных факторов бесплодия [5, 24, 29] в целях восстановления репродуктивной функции.

На основании изучения литературных данных последних лет можно сделать вывод, что проблема улучшения репродуктивного здоровья после консервативной миомэктомии целенаправленно изучается, но не решена на сегодняшний день и требует дальнейших научно-практических исследований в целях улучшения подходов к операции и создания дополнительных реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операции, системы реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты / Дисс. д. м. н. — М., 1999, с. 275—280.
2. Ботвин М.А., Побединский Н.М., Ищенко А.И. Контрольная лапароскопия в оценке эффективности профилактики спаек при миомэктомии // Акушерство и гинекология, 1997, № 1, с. 16—19.
3. Бродовская Т.С. Эффективность миомэктомии в восстановлении репродуктивной функции у больных миомой матки / Дисс. к. м. н. — Иваново, 1994.
4. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1998, с. 424.
5. Дивакова Т.С. Органосохраняющее лечение больных при сочетании миомы матки и эндометриоза гениталий / Дисс. к. м. н. — М., 2000.
6. Иванова Н.В., Бугеренко А.Е., Азиев О.В., Штыров С.В. Лапароскопическая миомэктомия у пациенток репродуктивного возраста // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1996, № 4, с. 58—59.
7. Каппушева Л.М., Азиев О.В., Демина Л.М., Анисимова С.А. Эндоскопическая миомэктомия в восстановлении репродуктивной функции / Мат. II Рос. форума «Мать и дитя». — М., 2000, с. 222—225.
8. Каппушева Л.М., Анисимова С.А., Бреусенко В.Г., Краснопольская К.В. Отдаленные результаты трансцервикальной миомэктомии у пациенток репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология, 2001, № 2, с. 44—49.
9. Киселев С.И., Селиверстов А.А., Мурашко А.В. Хирургическое лечение больных миомой матки с использованием эндоскопических методов и лазерной техники // Акушерство и гинекология, 1995, № 5, с. 12—14.
10. Киселев С.И., Адамян Л.В., Селиверстов А.А. Эндоскопическая миомэктомия // Мат. межд. конгр. «Эндоскопия в гинекологии». — М., 1999, с. 335—342.
11. Краснопольская К.В., Мачанские О.В., Калугина А.С., Демина Л.М. Эффективность экстракорпорального оплодотворения и частота восстановления естественной фертильности у больных с бесплодием после консервативной миомэктомии // Акушерство и гинекология, 2000, № 5, с. 51—53.
12. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В., Шилова М.Н., Волков Н.И. Восстановление репродуктивной функции после комбинированного лечения с использованием золадекса у больных бесплодием и миомой матки // Проблемы репродукции, 1997, № 3, с. 34—37.
13. Ландеховский Ю.Д. Клинико-патогенетическое обоснование тактики ведения больных миомой матки / Дисс. д. м. н. — М., 1988.

14. Мурашко А.В. Результаты функциональной хирургии матки в зависимости от ультраструктуры узлов и обменных процессов в них / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 1996, с. 11—15.
15. Селиверстов А.А. Состояние общего и локального иммунитета у больных миомой матки до и после хирургического и комбинированного лечения / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 1997, с. 9.
16. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. — М.: Мед. инф. агентство, 2000, с. 519—521.
17. Тихомиров А.Л., Серов В.Н. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики лейомиомы матки // Русский медицинский журнал, 2000, 8, № 11.
18. Ходжаева З.С. Диагностика и лечение патологии репродуктивной системы в семьях больных миомой матки // Проблемы репродукции, 1995, № 3, с. 51—55.
19. Цой А.С., Запорожцев Д.А. Лапароскопическая консервативная миомэктомия // Проблемы репродукции, 1995, с. 26—27.
20. Шмаков Г.С., Дубницкая Л.В., Мурашко Л.Е. и соавт. Внутриматочная контрацепция у женщин после миомэктомиию // Акушерство и гинекология, 1997, № 6, с. 51—53.
21. Bajekal N., Li T.C. Fibroids, infertility and pregnancy wastage // Hum. Reproduc., 2000, Nov.—Dec., 6 (6), p. 614—620.
22. Derai E., Deval B., Darles C. et al. Myomectomy: laparoscopic or laparotomic? // Contracept-Fertil-Sex, 1996, Oct., 24 (10), p. 751—756.
23. De-Carolis S., Fatigante G., Ferrezzani S. et al. Uterine myomectomy in pregnant women // Fetal. Diagn. Ther., 2001, Mar.—Apr., 16 (2), p. 116—119.
24. Dubuisson J.B., Fauconnier A., Chapron C. et al. Reproductive outcome after laparoscopic myomectomy in infertile women // J. Reprod. Med., 2000, Jan., 45 (1), p. 23—30.
25. Dubuisson J.B., Fauconnier A., Deffarges J.V. Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy // Hum. Reprod, 2000, Apr., 15 (4), p. 869—873.
26. Fauconnier A., Dubuisson J.B., Ancel P.Y. et al. Prognostic factors of reproductive outcome after myomectomy in infertile patients // Hum. Reprod, 2000, Aug., 15 (8), p. 1751—1757.
27. Fedele L., Parazzini F., Luchini L. et al. Recurrence of fibroids after myomectomy // Hum. Reprod, 1995, Jul., 10 (7), p. 1795—1796.
28. Foucher F., Leveque J., Le-Bouar G. et al. Uterine rupture during pregnancy following myomectomy via coelioscopy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2000, Oct., 92 (2), p. 279—281.
29. Guillaume J., Benjamin F., Jean-Gilles M. et al. Myomectomy and tuboplasty performed at the same time in cases of distal tubal obstruction with associated fibroids // J. Reprod. Med., 2000, Jun., 45 (6), p. 461—464.
30. Hasson H.M., Rotman C., Rana N. et al. Laparoscopic myomectomy // Obstetr. Gynecol., 1992, Nov., 80 (5), p. 884—888.
31. Hockstein S. Spontaneous uterine rupture in the early third trimester after laparoscopically assisted myomectomy // J. Reprod. Med., 2000, Feb., 45 (2), p. 139—141.
32. Li T.C., Mortimer R., Cooke I.D. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery // Hum. Reprod, 1999, Jul., 14 (7), p. 1735—1740.
33. Nezhat C.H., Nezhat F., Roemisch M. Pregnancy following laparoscopic myomectomy: preliminary results // Hum. Reprod, 1999, May, 14 (5), p. 1219—1221.
34. Nisolle M., Gillerot S., Casanas-Roux F. et al. Immunohistochemical study of proliferation index, oestrogen receptors and progesterone receptors A and B in leiomyomata // Hum. Reprod, 1999, Nov., 14 (11), p. 2844—2850.
35. Ribeiro S.C., Reich H., Rosenberg J. et al. Laparoscopic myomectomy and pregnancy outcome in infertile patients // Fertil. Steril., 1999, Mar., 71 (3), p. 571—574.
36. Seinera P., Farina C., Todros T. Laparoscopic myomectomy and subsequent pregnancy: results in 54 patients // Hum. Reprod, 2000, Sep., 15 (9), p. 1993—1996.
37. Seracchioli R., Rossi S., Govoni F. et al. Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy // Hum. Reprod, 2000, Dec., 15 (12), p. 2663—2668.

38. *Stringer N.H., Walcer J.C., Meyer P.M.* Comparison of 49 laparoscopic myomectomy with 49 open myomectomy // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.*, 1997, Aug., 4 (4), p. 457—464.
39. *Stringer N.H., Strassner H.T., Lawson L. et al.* Pregnancy outcome after laparoscopic myomectomy with ultrasonic energy and laparoscopic suturing of the endometrial cavity // *J. Am. Assoc. Gynecol.*, 2001, Feb., 8 (1), p. 129—136.
40. *Sudic R., Husch K., Steller J. et al.* Fertility and pregnancy outcome in infertile patients // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 1996, Apr., 65(2), p. 209—14.
41. *Varasteh N.N., Neuwirth R.S., Levin B. et al.* Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy and myomectomy in infertile women // *Obstet. Gynecol.*, 1999, Aug., 94 (2), p. 168—171.
42. *Vercellini P., Maddalena S., De-Giorgi O. et al.* Determinants of reproductive outcome after abdominal myomectomy for infertility // *Fertil. Steril.*, 1999, Jul., 72 (1), p. 109—114.
43. *Wang P.H., Lee W.L., Chao H.T. et al.* // *Chung-Hua-I-Hsueh-Tsa-Chih-Taipei*, 1999, May, 62 (5), p. 294—299.
44. *Wittich A.C., Salminen E.R., Yancey M.K. et al.* Myomectomy during early pregnancy // *Mil. Med.*, 2000, Feb., 165 (2), p. 162—4.

REPRODUCTIVE HEALTH AFTER MYOMECTOMY

E.H. FACHRUTDINOVA, A.O. DUKHIN, A.Ya. GOLDINA, N.P. ERMOLOVA

Department of obstetrics and gynaecology with the course of perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

In review the results of recent years publications about the role of myomectomy in the restoration of reproductive function are listed.

Myomectomy is the only way of treatment for women of reproductive age however the publications data are contradictory towards the indications and contraindications for the operation, operative access and technology.

УДК 618.33

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЖЕНЩИНЫ

Л.В. БОРИСЕНКО

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Н.А. ШТАРКОВА

Кафедра нормальной физиологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

В обзоре литературы представлены современные данные о влиянии курения на иммунный статус беременной и исходы беременности. Проведение иммунологического обследования женщин позволяет выявить группы повышенного риска по инфицированию и развитию внутриутробной задержки развития плода. Коррекция вторичных иммунодефицитных состояний позволяет избежать данных осложнений. Категорический отказ от курения рекомендован курящим, имеющие признаки иммунодефицитного состояния, аллергические состояния. За лицами, прекратившими курение, необходимо наблюдение в течении года с целью выявления лиц, нуждающихся в проведении иммунокорректирующей и других видов терапии.