

Самигуллина А.Э., Агайдаров Р.Д.

**ЖАТЫН ЛЕЙОМИОМУНУН ФОНУНДА КОШ БОЙЛУУЛУК
ЖАНА ТӨРӨТ АГЫМДАРЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ
(адабиятка сереп)**

Самигуллина А.Э., Агайдаров Р.Д.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
НА ФОНЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ
(обзор литературы)**

A.E. Samigullina, R.D. Agaydarov

**PECULIARITIES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH AGAINST
THE BACKGROUND OF UTERINE LEIOMYOMA
(literature review)**

УДК: 618.3: 618.14-006.36-089

Макалада айрым изилдөөчүлөр тарабынан алынган азыркы көз караштар жана жатын миомасынын алкагында кош бойлуулуктун жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү жөнүндө маалыматтар берилген. Дүйнөлүк тажрыйбада диагностикалык жана терапиялык ыкмаларын өркүндөтүүгө карабастан, жатын миомасы менен кош бойлуу аялдардын санынын өсүшү байкалат. Кош бойлуу эмес аялдар менен салыштырганда, бул маселе анча изилденген эмес, бирок анын мааниси түздөн-түз тактикалык кош бойлуулук жолдору жана кийинки калыбына келтирүү менен байланышкан. Жатындын миомада тактикасы бирдей эмес жана талкуунун предмети бойдон калууда, негизги маселе болуп жатындын миомасынын фонунда кош бойлуулукту узартуу мүмкүндүгү калууда. Практикалык саламаттык сактоодогу клиницисттер миомаларды максималдуу жана натыйжалуу абдан актуалдуу ыкмалары менен репродуктивдүү функцияны калыбына келтирүү максатында орган сактоочу технологияларды колдонууну багытташат. Адабият боюнча белгилей кетүү керек, кандай изилдөө натыйжалары карама-каршы, ал эми өз ара кош бойлуулук жана жатындын миомасы бир жактуу эмес. Бирок, бардык окумуштуулардын бир ой-пикир менен жөнө салынат - гестация учурунда жатын миомасынын өсүшү алдын ала болушу мүмкүн эмес, бирок гестация жана түйүлдүктүн терс таасири мүмкүн. Кыргыз Республикасы үчүн өтө актуалдуу жана чечилбеген багыт болуп тобокелдиктин факторлорун, оорулардын алдын алуу жана божомолдоону аныктоо менен жатындын миомасынын фонунда кош бойлуулуктун өтүшүнүн өзгөчөлүктөрүн иликтөө саналат, ошондой эле бул категориядагы бейтаптарды багуу тактикасын иштеп чыгуу.

Негизги сөздөр: кош бойлуулук, жатын миомасы, гестациянын өтүшү, өтүшүп кетиши, дарылоо, репродуктивдүү функция, божомолдоо.

В статье представлены современные взгляды, полученные отдельными исследователями и данные об особенностях течения беременности на фоне миомы матки. Несмотря на совершенствование методов диагностики и терапии в мировой практике отмечается рост числа беременных с миомой матки. В сравнении с небеременными женщинами этот вопрос менее изучен, но его важность прямо связана с тактическими вариантами ведения беременности и последующей реабилитацией. Тактика дородового ухода при миоме матки неоднозначна и остается предметом дискуссии, основным вопросом остается возможность пролонгирования беременности на фоне миомы матки. Клиницисты практического здравоохранения сосредоточены на максимально эффективных и наиболее щадящих методах лечения миом с применением органосохраняющих технологий с целью восстановления репродуктивной функции. По данным литературы следует отметить, что результаты исследований противоречивы, а данные о взаимовлиянии беременности и миомы матки неоднозначны. Однако в одном мнения всех ученых схоже – интенсивность роста миомы матки в течении гестации не может быть предсказана, но негативное влияние на течение гестации и плод возможно. Для Кыргызской Республики весьма актуальным и нерешенным направлением является изучение особенностей течения беременности на фоне миомы матки с выявлением факторов риска, прогнозирования и профилактики осложнений, а также разработка тактики дородового ухода за данной категорией пациентов.

Ключевые слова: беременность, миома матки, течение гестации, осложнения, лечение, репродуктивная функция, прогнозирование.

The article presents modern views obtained by individual researchers and data on the peculiarities of pregnancy against the background of uterine fibroids. Despite the improvement of methods of diagnosis and therapy in the world practice, there is

an increase in the number of pregnant women with uterine fibroids. In comparison with non-pregnant women, this issue is less studied, but its importance is directly related to the tactical options for managing pregnancy and subsequent rehabilitation. The tactics of prenatal care for uterine fibroids are ambiguous and remain a subject of discussion, the main issue is the possibility of prolonging pregnancy against the background of uterine fibroids. Clinicians of practical health care focus on the most effective and most sparing methods of treatment of fibroids with the use of organ-preserving technologies in order to restore reproductive function. According to the literature, it should be noted that the results of studies are contradictory, and the data on the interaction of pregnancy and uterine fibroids are ambiguous. However, the opinions of all scientists are similar - the intensity of growth of uterine fibroids during gestation can not be predicted, but a negative impact on the course of gestation and the fetus is possible. For the Kyrgyz Republic, a very relevant and unresolved area is the study of the peculiarities of pregnancy against the background of uterine fibroids with the identification of risk factors, prediction and prevention of complications, as well as the development of prenatal care for this category of patients.

Key words: pregnancy, uterine fibroids, gestation, complications, treatment, reproductive function, prognosis.

Частота беременностей на фоне миомы матки варьирует от 1,6% до 10,7% в зависимости от триместра гестации и качества методов визуализации, причем чаще миома матки встречается у беременных позднего фертильного возраста. Доказана и более высокая частота кесарева сечения у беременных женщин с миомой матки в отличие от общей популяции, а учитывая, что средний возраст рожениц во всем мире растет, врачи акушерских стационаров все чаще будут сталкиваться с ростом частоты беременностей на фоне миомы матки во время кесарева сечения [1].

Изучение особенностей роста миоматозных узлов при беременности стало возможным с раскрытием в последние годы патогенеза миомы матки, однако, исследований данного направления в литературных данных крайне мало, а важность связана с особенностями тактики родового ухода и последующей реабилитацией женщин данной категории. По данным Каримова З.Д. с соавт. (2013) доказано, что у 78,0% беременных, принявших участие в исследовании, была выявлена простая миома матки, рост узлов которой происходил за счет гипертрофии миоцитов и вторичных изменений (нарушение микроциркуляции и развитие некробиотических процессов). В 22,0% случаев выявлена пролиферирующая миома матки, с быстрым ростом до больших размеров и увеличением числа узлов, располагаясь межмышечно, во время гестации узлы принимали центрипетальных

рост. Основой роста узлов пролиферирующей миомы матки были процессы гипертрофии и гиперплазии миоцитов, их активный ангиогенез и в незначительной степени стромообразование [2].

В настоящее время, несмотря на совершенствование методов диагностики и терапии, в практике акушера-гинеколога хирурга во всем мире не являются казуистикой встречаемость беременности на фоне больших размеров лейомиомы матки. Для врачей практического здравоохранения представлены факты быстрого роста узлов во время гестации, которые достигая гигантских размеров приводят к сдавлению смежных органов и нарушению жизненно важных функций организма. При беременности на фоне таких узлов вопрос о сохранении детородного органа проблематичен, а усилия акушеров-гинекологов направлены на спасение жизни женщины [3].

Проблема лейомиомы матки у женщин фертильного возраста не теряет своей актуальности. Клиницисты практического здравоохранения сосредоточены на максимально эффективных и наиболее щадящих методах лечения лейомиом с применением органосохраняющих технологий с целью восстановления репродуктивной функции [4].

В своей работе Михалевич С.И. с соавт. (2011) отмечают, что современные мировые тенденции отмечают не только рост частоты миом матки, но и омоложение заболевания, обусловлена данная динамика, во-первых - совершенствованием методов диагностики, во-вторых - широким распространением «агрессивных» медицинских вмешательств (аборты, ВМС, абдоминальное родоразрешение, гистеросальпингография, гистероскопия, лапароскопия, биопсия и т.д.), а также ИППП и частотой встречаемости воспалительных заболеваний малого таза [5].

Логутова Л.С. с соавт. еще в 1999 году утверждали, что в клинической практике акушеры-гинекологи все чаще решают вопросы, связанные с вынашиванием беременности на фоне миомы матки. И если частота миом матки у беременных женщин в начале XX столетия составляла сотые доли процента, то в настоящее время она достигла 5,0-6,0%. Тактика родового ухода при миоме матки неоднозначна и остается предметом дискуссии, основным вопросом остается возможность пролонгирования беременности на фоне миомы матки. Данная ситуация обусловлена значительным ростом женщин репродуктивного возраста, страдающих данной патологией. Авторы подчеркивают, что течение гестации, акушерская тактика и методы родоразрешения у женщин с миомой матки имеют свои особенности [6].

По данным литературы следует отметить, что результаты исследований противоречивы, а данные о взаимовлиянии беременности и миомы матки неоднозначны. По данным Ибрагимовой Д.М. с соавт. (2011) следует, что беременность на фоне миомы матки в большинстве случаев протекает физиологично. Однако Татаров А.С. (2010) и Колчина В.В. с соавт. (2014) в своих исследованиях, напротив, указывают на осложненное течение гестации. Ряд авторов считают, что беременность на фоне лейомиомы матки, роды и послеродовой период очень часто имеют осложненное течение и заканчиваются потерей не только плода, но и матки [7].

В своей работе Эгамбердиева Л.Д. с соавт. (2017) на основе полученных результатов делают выводы, что беременность, роды и послеродовой период у женщин на фоне миомы матки сопровождается рядом осложнений. Наиболее частыми из них являются: угроза прерывания беременности (30,0-50,0%), самопроизвольные аборты (14,0-35,0%) и преждевременные роды (30,0-40,0%). У беременных женщин с миомой матки в сравнении со здоровыми, по данным авторов, достоверно чаще отмечались угрожающие преждевременные роды при плацентации в проекции миоматозного узла. При этом выявлено: нарушение питания узла в I триместре беременности в 70,0-80,0% случаев, во II-м - в 15,0-25,0% случаев, а также низкая плацентация, предлежание плаценты и отслойка плаценты. Беременность с локализацией плаценты в проекции узла обуславливает высокий (8,3%) риск частичной отслойки нормально расположенной плаценты. Почти у каждой 3-ей беременной выявлены: фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия и гипотрофия плода. Также авторы указывают на увеличение числа беременных женщин, имеющих миому матки и связано это не только с тенденцией омоложения данной патологии, но и поздним планированием и реализацией репродуктивной функции. При ретроспективном анализе медицинских карт в акушерском стационаре за период 2014-2016 гг. ими выявлено, что средний возраст беременных со значимой миомой матки составил $28,0 \pm 7,4$ лет, из них первородящих было 63,0%, повторнородящих – 37,0%, первобеременных – 45,0%. При этом авторами не выявлено достоверной разницы между частотой фетоплацентарной недостаточности, задержкой развития плода и преэклампсией между сравниваемыми группами [8].

В результатах научного исследования, проведенного Севостьяновой О.Ю. с соавт. (2009) отмечено, что 69,0% беременных с миомой матки имели

отягощенный акушерский анамнез, аборты в анамнезе были у 37,0% женщин, хронические воспалительные заболевания малого таза - у каждой пятой. При этом у 57,0% беременных миома матки была диагностирована до беременности, но предгравидарной подготовки и терапии они не получали. Из общего количества женщин первобеременными были 23,0%, повторнобеременными первородящими – 31,0%, повторные роды - у 46,0%. В 1-м триместре у 11,4% пациенток беременность протекала с токсикозом легкой и средней степени тяжести, у 62,8% женщин - симптомами угрожающего выкидыша, 48,6% беременных до обращения за родовым уходом уже получили курс заместительной гормональной терапии с целью сохранения беременности в стационаре. Атипичная локализация миомы матки отмечена у 43% женщин, множественные миоматозные узлы – у 20,0%. При ультразвуковой диагностики расположение плаценты «по узлу» выявлено у 34,0% беременных, разнородность структуры узлов выявлена у 63,0% беременных [4].

Данные, полученные Литвиновой Н.А. с соавт. в 2009 году указывают, что при наличии миоматозных узлов небольших размеров расположенных интерстициально отмечается благоприятное течение беременности [9].

Схожего мнения придерживаются и Рымашевский А.Н. с соавт. (2011), которые при исследовании с участием 100 беременных с множественной и/или больших размеров миомой матки выявили, что физиологическое течение беременности зарегистрировано у 53,3% беременных с миомой матки и у 48,0% беременных группы сравнения. По акушерскому и гинекологическому анамнезу, соматическому статусу группы были сопоставимы, а также акушерские осложнения в обеих группах беременных наблюдались с одинаковой частотой [10].

Более того, по данным Можейко Л.Ф. с соавт. (2012) миома матки больших или гигантских размеров не является показанием к прерыванию беременности и ее пролонгирование возможно [11].

Однако Бабаджанова Г.С. с соавт. (2017) придерживаются совершенно иного мнения, в своей работе отмечая, что роды и послеродовой период у беременных на фоне миомы матки нередко осложняются преждевременным и ранним отхождением околоплодных вод, слабостью и дискоординацией родовой деятельности, ранними послеродовыми кровотечениями, а также субинволюцией матки [12].

Схожие результаты получены в исследовании Климанова А.Ю. (2012) [13], из которых следует, что

у беременных с оперированной миомой матки частота угрозы прерывания беременности составляет 14,6%, самопроизвольного прерывания беременности - 7,8%, плацентарной недостаточности - 12,4%, что значительно реже, нежели у беременных с не оперированной миомой матки (61,1%, 25,0% и 25,0% соответственно) [14].

По данным Шаповаловой А.И. (2019) большую роль в развитии осложнений беременности играет размер миомы матки - чем больше размер узла, тем выше вероятность преждевременных родов и гипотрофии плода. Спонтанными родами беременность у данной категории женщин заканчивается в 60,0-70,0% случаев, в 30,0-40,0% - родоразрешение происходит абдоминальным путем, при котором у 15,0% женщин производится миомэктомия, а у 30,0% кесарево сечение заканчивается надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки [15].

В обзорной статье Петров Ю.А. с соавт. (2019) указывают, что у женщин активного фертильного возраста (20-25 лет) миома матки часто может иметь стремительный рост, образуя множественные узлы во время беременности, которые увеличиваются во время беременности, что приводит к осложненному течению гестации и родов [16].

На наличие вероятного возникновения различной патологии во время беременности указывают и Можейко Л.Ф. с соавт. (2014), по их данным миома матки может спровоцировать ее прерывание, возникновение гестоза, ФПН, хронической внутриутробной гипоксии и синдрома задержки плода, а факторами такого негативного воздействия являются: крупный размер узла, расположение вблизи прикрепления плодного яйца, некроз и трофические расстройства узлов [17].

По данным Русских Л.А. (2011) при сочетании миомы матки больших размеров и беременности угроза прерывания в первом и втором триместре гестации была у 89,6% женщин, у 38,3% - отмечались симптомы преходящего трофического нарушения узлов [18].

Схожие данные получены и Бариновым С.В. с соавт. (2016) и Штох Е.А. с соавт. (2015), которые подчеркивают, что миома матки осложняет течение гестации и родов в 65,0%-70,0% случаев, при этом высокий риск возникновения осложнений имеют женщины старше 35 лет с интрамуральным узлом крупных размеров, деформирующим полость матки, а также беременные с трофическими расстройствами в узле и прикреплением плаценты в области узла. Категория беременных женщин с низким риском – младше

35 лет, с подбрюшинным расположением узлов малых размеров [19, 20].

Анализ данных литературного поиска указывает на то, что до 10-й недели гестации и в начале второго триместра беременности наблюдается наибольший рост миомы матки в среднем от 12,0% до 25,0% от первоначальных размеров. В третьем же триместре беременности миома матки обычно не имеет значительного роста и даже наблюдается уменьшение размера узлов, связано это с уменьшением эстроген-зависимой регуляции [21].

В первом триместре, когда плодное яйцо соприкасается с субмукозной миомой матки возможно возникновение таких осложнений, как: угроза выкидыша, замершая беременность, кровотечение и недоразвитие хориона [22].

Усиление роста миоматозного узла, отмечающееся во втором триместре беременности, когда происходит формирование плаценты и меняется кровоснабжение миомы, может вызвать патологию развития плода, так как узлы сдавливают плод и поглощают питательные вещества, при этом наблюдаются: самопроизвольное прерывание беременности, ФПН, патологические типы предлежания и положения плода, а также задержка его развития [23].

По литературным данным в третьем триместре происходит стабилизация размеров узлов, однако, при больших узлах плод может принять неправильное положение и патологический тип предлежания, что приводит к невозможности родоразрешения через естественные родовые пути, кроме того отмечаются такие осложнения как: преждевременные роды, ФПН, преэклампсия, гипоксия и гипотрофия плода [24].

В послеродовом периоде миома матки может стать причиной кровотечения, приращения или плотного прикрепления плаценты, субинволюции матки, лохиометры и эндометрита [25].

При этом со стороны плода отмечаются – ФПН, синдром задержки роста плода и контрактура суставов [26].

Однако в одном мнения всех ученых схоже, что интенсивность роста миомы матки в течении гестации не может быть предсказана, но негативное влияние на плод возможно [27].

Караваев Ю.Е. с соавт. (2019) в выводах перечисляют, что наиболее частым осложнением беременности после миомэктомии является угроза прерывания беременности в 23,8% случаев, в 9,5% - преэклампсия, в 2,4% - предлежание плаценты и в 1,2% - плацентарная недостаточность [28].

По данным Фоминовой Г.В. с соавт. (2018) миома

матки достоверно чаще сопряжена с неблагоприятными исходами предыдущих беременностей (медицинский аборт, самопроизвольный аборт, внематочная беременность, бесплодие). Кроме того, данная патология увеличивает в 10 раз риск развития гестационных осложнений (в 3 раза риск развития угрозы прерывания, в 5 раз – плацентарных нарушений, в 3,7 раза – вызванных беременностью отеков). Миома матки влияет на средний срок родоразрешения, снижая его, миома матки в 10 раз повышает частоту преждевременных родов [29].

В представленном Цхай В.Б. с соавт. (2014) обзоре было отмечено, что механизм влияния миомы матки на процесс имплантации эмбриона остается неясным. На снижение репродуктивной функции у женщин с миомой матки могут влиять самые разнообразные факторы, при этом в большинстве случаев наблюдается их сочетание [30].

Для Кыргызской Республики весьма актуальным и нерешенным направлением является изучение особенностей течения беременности на фоне миомы матки с выявлением факторов риска, прогнозирования и профилактики осложнений, а также разработка тактики родового ухода за данной категорией пациентов.

Литература:

1. Ящук А.Г. Оценка результатов одномоментной миомэктомии при кесаревом сечении [Текст] / А.Г. Ящук, Л.А. Даутова, А.А. Тюрина, А.Г. Имельбаева // Креативная хирургия и онкология. - 2018. - №8(1). - С. 45-51.
2. Каримов З.Д. Морфология простой и пролиферирующей миомы матки при беременности [Текст] / З.Д. Каримов, Б.А. Магрупов, М.Т. Хусанходжаева, В.У. Убайдуллаева // Неотложная медицинская помощь. - 2013. - №2. - С. 41-45.
3. Буянова С.Н. Гигантская интралигаментарная миома матки и беременность [Текст] / С.Н. Буянова, Е.Л. Бабунашвили, С.А. Гукасян // Мать и дитя. - 2015. - №1. - С. 53.
4. Севостьянова О.Ю. Проблемы ранней беременности при лейомиоме матки [Текст] / О.Ю. Севостьянова, Е.Г. Сударикова, Т.А. Кузнецова, Т.Е. Бызова // Вестник РУДН. - 2009. - №6. - С. 187-191.
5. Михалевич С.И. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки [Текст] / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Медицинские новости. - 2011. - №2. - С. 18-25.
6. Логутова Л.С. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки [Текст] / Л.С. Логутова, С.Н. Буянова, И.И. Левашова, Т.Н. Сенчакова, С.В.Новикова, Т.Н. Горбунова, К.Н. Ахвледиани // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1999. - №3.
7. Самсонов А.В. Ведение беременности и родоразрешение женщин с множественной миомой матки [Текст] / А.В. Самсонов // Дисс... канд. мед. наук. - Москва. - 2015. - 129 с.
8. Эгамбердиева Л.Д. Особенности течения беременности и родов у пациенток с миомой матки [Текст] / Л.Д. Эгамбердиева, Н.И. Тухватшина, Л.М. Мухаметзянова. // Практическая медицина. - 2017. - №8(109). - С. 190-193.
9. Литвинова Н.А. Современный органосохраняющий метод лечения больных с миомой матки [Текст] / Н.А. Литвинова, Р.Ф. Нуруллин, И.П. Титченко, Ю.Э. Доброхотова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - Т. 9. - №4. - С. 31-34.
10. Рымашевский А.Н. Оптимизация родоразрешения беременных с миомой матки [Текст] / А.Н. Рымашевский, А.Е. Самсонов, Л.А. Терехина, Е.Д. Юдина, В.И. Нечаюк // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2011. - №11(3). - С. 49-51.
11. Можейко Л.Ф. Исходы беременности и родов у женщин с миомой матки [Текст] / Л.Ф. Можейко, М.Л. Лапотко, В.О. Карбанович // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2012. - №5. - С. 389-391.
12. Бабаджанова Г.С. Оценка ведения беременности и родов у женщин с миомой матки [Текст] / Г.С. Бабаджанова, Д.Б. Мирзаева, М.А. Гуломова // Биология и интегративная медицина. - 2017. - №2. - С. 111-117.
13. Климанов А.Ю. Особенности органосохраняющего хирургического лечения миомы матки лапароскопическим доступом у женщин репродуктивного возраста [Текст] / А.Ю. Климанов // Автореф. дис... канд. мед. наук. - Самара. - 2012. - 20с.
14. Леонова М.Д. Опыт ведения родов с рубцом на матке в родильном доме №13 г. Санкт-Петербурга [Текст] / М.Д. Леонова, Е.В. Фредерикс, Ю.Р. Дымарская. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2017. - Т.66. - №3. - С.82-88.
15. Шаповалова А.И. Лейомиома матки и репродукция [Текст] / А.И. Шаповалова // Журнал акушерства и женских болезней. - 2019. - Т.68. - Вып.1. - С. 93-101.
16. Петров Ю.А. Беременность и роды при фибромиоме матки [Текст] / Ю.А. Петров, И.М-Б. Оздоева, Л.А. Султыгова, А.А. Прокопцова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2019. - №3. - С. 76-80.
17. Можейко Л.Ф. Ведение беременности и родов при миоме матки [Текст] / Л.Ф. Можейко, К.В. Белонович // Молодой ученый. - 2014. - №8. - С. 350-354.
18. Русских Л.А. Особенности тактики ведения беременных с лейомиомой матки больших размеров [Текст] / Л.А. Русских, С.В. Баринов // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - №1. - С. 57-59.
19. Баринов С.В. Комплексное лечение множественной

- гигантской миомы матки при беременности [Текст] / С.В. Баринов, И.Н. Раздобедина, Е.С. Блауман // Сибирский медицинский журнал. - 2016. - Т.140. - №1. - С. 69-72.
20. Штох Е.А. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска [Текст] / Е.А. Штох, В.Б. Цхай // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - №1. - С. 22-27.
21. Баринов С.В. Опыт ведения беременных с миомой матки больших размеров [Текст] / С.В. Баринов, И.В. Шамина, Ю.И. Тирская, О.В. Лазарева, Г.В. Дудкова, Е.А. Фрикель, И.О. Ледовских, М.И. Шишкина, Т.А. Стоцкая // Фундаментальная и клиническая медицина. - Т.3. - №2. - С. 34-41.
22. Фаткуллин И.Ф. Новые возможности лечения миомы матки у женщин при нарушении репродуктивной функции [Текст] / И.Ф. Фаткуллин, А.Р. Баканова, Н.А. Илизарова, А.А. Галеев // Доктор. Ру. - 2016. - №8-9. - С. 32-37.
23. Классен А.А. Беременность и роды у женщин с миомой матки [Текст] / А.А. Классен, Я.В. Тяпаева, А.Е. Черемисин, А.А. Грудкин // Оренбургский медицинский вестник. - 2015. - Т.3. - №1. - С.12-15.
24. Коротких И.Н. Преждевременные роды при беременности с миомой матки [Текст] / И.Н. Коротких, В.Н. Самодай, М.С. Бабкина // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2016. - Т.15. - №3. - С. 424-427.
25. Доброхотова Ю.Э. Беременность и роды у пациенток с миомой матки после эмболизации маточных артерий [Текст] / Ю.Э. Доброхотова, Э.М. Джобова, И.Г. Кнышева, И.И. Гришин, А.В. Степанян // Вестник РГМУ. - 2011. - №2. - С. 26-29.
26. Ситкин И.И. Эмболизация маточных артерий эффективный и безопасный метод лечения миомы матки [Текст] / И.И. Ситкин // Вестник репродуктивного здоровья. - 2011. - №2. - С. 11-17.
27. Юлдашева О.С. Состояние репродуктивной функции у женщин с миомой матки (обзор литературы) [Текст] / О.С. Юлдашева, Х.Н. Негматшаева, Г.Ю. Тураева, Ш.М. Гафурова, С.А. Мамажанова, С.Р. Ибрагимов // Молодой ученый. - 2016. - №4. - С. 312-315.
28. Караваев Ю.Е. Особенности течения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после реконструктивно-пластических операций, выполненных разными доступами [Текст] / Ю.Е. Караваев, К.Н. Арсланян, О.Н. Логинова. // Лечащий врач. - 2019. - №8. - С. 68-71.
29. Фоминова Г.В. Течение гестационного процесса и родоразрешение пациенток с миомой матки [Текст] / Г.В. Фоминова, Н.А. Ляличкина, Ю.Ю. Косенко, И.С. Фоминова, А.А. Захаров. // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - №4.
30. Цхай В.Б. Миома матки и репродуктивная функция женщины. Связь миомы матки с бесплодием [Текст] / В.Б. Цхай, Е.А. Штох. // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2014. - Т.8. - №4. - С. 42-46.