

Самигуллина А.Э., Агайдаров Р.Д.

ЖАТЫН ЛЕЙОМИОМАСЫ МЕНЕН КОШ БОЙЛУУЛАРДЫН ХИРУРГИЯЛЫК ТАКТИКАСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ (адабиятка сереп)

Самигуллина А.Э., Агайдаров Р.Д.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ (обзор литературы)

A.E. Samigullina, R.D. Agaydarov

FEATURES OF SURGICAL TACTICS IN PREGNANT WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA (literature review)

УДК: 618.3: 618.14-006.36-089

Бул макалада акыркы жылдары жатын лейомиома менен кош бойлуу аялдардын арасында хирургиялык тактика боюнча адабий маалыматтар берилген. Изилдөөнүн узак тарыхына карабастан, фертилдик курактагы лейомиома менен аялдарды терапиянын көйгөйү ата мекендик жана чет өлкөлүк изилдөөчүлөрдүн көңүл борборунда калууда. Жатын лейомиома диагнозу менен ооруган адамдардын арасында ар бир төртүнчү аял 40 жашка чейинки куракта болот, бул жумшак, орган сактоочу операцияларынын актуалдуулугун баса белгилеген. Репродуктивдүү жаштагы аялдарда гистерэктомиянын жогорку жыштыгы майыптуулукка алып келет жана фертилдик функцияны аткарууга мүмкүн болбойт. Эскичил терапиянын колдонуудагы методдорунун натыйжасыздыгынан улам, бул патологияны хирургиялык дарылоо жетектөөчү болуп калат, ага бейтаптардын 60,0-70,0%ын гана дуушар болот, бирок орган сактоочу операциялардын салыштырма салмагы 8,0-18,0%ын гана түзөт. Гестация учурунда миоматоздук түйүндөрдүн хирургиялык дарылоо боюнча көрсөткүчтөрү так аныкталган эмес, акушер-гинекологдор үчүн чыгарылышы кыйын бойдон калууда жана хирургиялык дарылоо мөөнөттөрү жөнүндө суроолор дагы бар. Бир катар маселелер чечилген эмес жана карама-каршы келет, жатындагы жердин кесүү багытын тандап алуу, тигүү материалдар жана жатындагы толук кандуу кыюу түзүү үчүн толук кандуу шарттарын камсыз кылуу, түйүлдүктүн травмасын жана минималдуу кан жоготуу коркунучун жокко чыгаруу, ошондой эле ириңдүү-септикалык кошумча оорулардын тобокелдигин азайтуу үчүн шарттарды түзүү.

Негизги сөздөр: кош бойлуулук, жатын миомасы, миомэктомия, төрөө, кесарча кесүү, дарылоо, терапия.

В статье представлены литературные данные последних лет по хирургической тактике среди беременных женщин с лейомиомой матки. Несмотря на длительную историю изучения, проблема терапии женщин с лейомиомой матки фертильного возраста остается в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей. Среди оперируемых с диагнозом лейомиома матки каждая

четвертая женщина находится в возрасте до 40 лет, что подчеркивает актуальность проведения щадящих, органосохраняющих операций. Высокая частота гистерэктомий у женщин репродуктивного возраста приводит к инвалидизации и невозможности выполнить фертильную функцию. Ввиду неэффективности существующих методов консервативной терапии, хирургическое лечение данной патологии остается ведущим, подвергается ему 60,0-70,0% больных, однако удельный вес органосохраняющих операций составляет лишь 8,0-18,0%. Показания к хирургическому лечению миоматозных узлов во время гестации четко не определены, дискуссионными для акушеров-гинекологов остаются и вопросы о сроках хирургического лечения. Не решены и противоречивы ряд вопросов о технике операции, выборе места и направления разреза на матке, шовном материале и обеспечении условий для формирования полноценного рубца на матке, создании условий для исключения травматизации плода и минимальной кровопотери, а также снижения риска гнойно-септических осложнений.

Ключевые слова: беременность, миома матки, миомэктомия, роды, кесарево сечение, лечение, терапия.

The article presents recent literature data on surgical tactics among pregnant women with uterine leiomyoma. Despite the long history of research, the problem of therapy of women with uterine leiomyoma of fertile age remains in the focus of attention of both domestic and foreign researchers. Among those who are operated on with a diagnosis of uterine leiomyoma, every fourth woman is under the age of 40, which emphasizes the relevance of sparing, organ-preserving operations. The high frequency of hysterectomies in women of reproductive age leads to disability and inability to perform a fertile function. Due to the ineffectiveness of existing methods of conservative therapy, surgical treatment of this pathology remains the leading, it is subjected to 60,0-70,0% of patients, but the proportion of organ-preserving operations is only 8,0-18,0%. Indications for surgical treatment of myomatous nodes during gestation are not clearly defined, and questions about the timing of surgical treatment remain debatable for obstetricians and gynecologists. Not resolved a number of controversial issues about the technique of surgery, the choice of location and direction of incision

on the uterus, suture material and providing conditions for the formation of post-operative scar on the uterus, creating conditions for eliminating the trauma to the fetus and minimal blood loss as well as reduce the risk of septic complications.

Key words: pregnancy, uterine fibroids, myomectomy, delivery, cesarean section, treatment, therapy.

Лечение лейомиомы матки – предмет пристального внимания мировых и отечественных ученых и врачей практического здравоохранения. Необходимость радикальных методов хирургического лечения при лейомиоме матки гигантских размеров или ярко выраженной клиники у клиницистов и ученых современности не вызывает сомнения. Но актуальным и нерешенным остается предмет возрастания частоты гистерэктомий у женщин активного репродуктивного возраста, что приводит к инвалидизации и невозможности выполнить свою фертильную функцию последних, а также возможности миомэктомий во время гестации [1].

Среди женщин, оперируемых по поводу лейомиомы матки, каждая четвертая находится в возрасте до 40 лет, что требует широкого применения органосохраняющих, щадящих оперативных вмешательств. При этом основным методом гарантирующим быстрый и надежный результат остается хирургическая тактика. С внедрением в современную в практику эндоскопических технологий возможности хирургов значительно расширились [2].

По данным литературы следует, что внедренные методы консервативной терапии доказали свою низкую эффективность и ведущими на современном этапе остаются хирургические методы лечения пациентов с миомой матки. Караваев Ю.Е. (2016) в своей работе отмечает, что хирургической коррекции подвергается 60,0-70,0% женщин с миомой матки, но удельный вес органосохраняющих вмешательств у пациенток с данной патологией очень низок, и составляет 8-18% [3].

Тактикой оперативного лечения в последние годы является раннее хирургическое вмешательство, основанное на принципе минимальной хирургической травмы с дополнительным использованием консервативной терапии. Данный принцип коренным образом отличается от принятой ранее выжидательной тактики ведения пациентов с лейомиомой матки [4].

Впервые о возможности миомэктомии во время гестации было заявлено в 1827 году в работе Granvill, далее последовали работы Ammussat (1840) и A.L. Atlee (1845), которые также успешно применили миомэктомию у беременных женщин [5].

Далее последовали первые работы по реконструктивным операциям при лейомиоме матки W.Muller (1885) и Rukronlein (1890). В 1886 году о внедрении подобных операций в России сообщил в своей работе Абуладзе Д.А. (1901). По данным первых ученых с этого момента появилась возможность сохранения репродуктивного потенциала женщин, а также миомэктомия восстанавливала фертильность у пациенток с лейомиомой матки [6].

Наступление беременности у женщин с миомой матки не редко является единственным шансом стать матерью. Во время гестации возникает дополнительная нагрузка на матку, а наличие лейомиомы осложняет структурные и функциональные перестройки, происходящие в этот момент в органе [7].

Обзор современной литературы показывает, что для акушеров-гинекологов остаются открытыми, а порой и противоречивыми вопросы, касающиеся техники проведения операции, выбора места и направления разреза на матке, шовного материала и обеспечения условий формирования полноценного послеоперационного рубца [8].

В обзорах последних лет указано, что высокую частоту акушерских пособий и оперативных вмешательств у беременных на фоне лейомиомы матки определяет осложненное течение гестации и родов. Кроме того, абдоминальное родоразрешение на фоне лейомиомы матки, часто требует расширение объема вмешательства с проведением миомэктомии или гистерэктомии. Осложненное течение гестации и родов требует внесения изменений в дородовой уход за женщинами с миоматозными узлами матки с внедрением подходов оценки и управления рисками, а также разработку для каждого в отдельности случая акушерской тактики, направленной на сохранение репродуктивного потенциала. Основным вопросом, интересующим врачей практического здравоохранения и научных деятелей, является обоснованность оперативного вмешательства и целесообразность миомэктомии у данной категории пациенток. В одном мнении исследователей полностью схоже – миома матки у беременной женщины не является показанием к оперативному удалению, а только высокий риск осложнений для матери и плода, которых невозможно избежать без хирургической тактики [9].

По данным литературы последних лет показания к хирургическому лечению миоматозных узлов во время гестации четко не определены. Кроме того, дискуссионными остаются вопросы о сроках хирургического лечения у беременных и выборе оптимального доступа [10].

Эгамбердиева Л.Д. с соавт. (2017) в ходе исследования пришли к выводу, что консервативное удаление миоматозных узлов во время гестации остается операцией непростого выбора [11].

Работы, посвященные миомэктомии при гестации немногочисленны. В современном акушерстве подчеркивается, что типичный объем операции при миомэктомии позволяет проводить ее в период гестации без угрозы для состояния матери и плода, однако всеми авторами подчеркивается важность высокой квалификации и специального обучения хирургов.

В своей работе Тюрина А.А. (2018) указывает, что полученные в ходе исследования данные, позволяют рекомендовать миомэктомию у беременных женщин в сроках 14-16 недель, так как в данный период отмечается уже полноценное функционирование плаценты, а уровень прогестерона возрастает в 2 раза, что положительно влияет на пролонгирование гестации, усиливая запирающую функцию внутреннего зева и препятствуя сократительной активности миометрия [12].

Русских Л.А. с соавт. (2011) в результате проведенного исследования рекомендуют, что при низкой локализации миоматозных узлов оптимальным сроком беременности для выполнения миомэктомии является 14-я неделя, для узлов, расположенных в дне и теле матки сроком гестации становится 18-20 неделя. Хирургическое удаление больших миоматозных узлов во время беременности позволяет провести органосохраняющую миомэктомию и выносить беременность до срока [13].

Петров Ю.А. с соавт. (2019) в своей работе отмечают, что в первом и втором триместре гестации удаление миоматозных узлов относительно безопасно как для матери, так и для плода. Оптимальным сроком для консервативного хирургического лечения авторы предлагают срок беременности – 16-20 недель [14].

По данным литературы последних лет основными показаниями к миомэктомии во время гестации являются [15]:

- большие и гигантские размеры узлов, занимающие всю брюшную полость и препятствующие пролонгированию беременности;
- нарушение кровообращения, некроз узлов (подтвержденные ультразвуковым исследованием);
- атипичное расположение узлов миомы (шеечные, перешеечные, интралигаментарные), приводящее к нарушению функции (стойкие боли и дизурические явления) тазовых органов;
- невозможность прерывания беременности пу-

тем вагинального доступа из-за больших шеечно-перешеечных узлов при стойкой клинической картине угрозы прерывания беременности.

При этом авторами доказано, что риск потери плода при удалении миоматозных узлов в данных ситуациях минимален при толщине миометрия между нижним полюсом узла и полостью матки более 0,5 - 0,7 см.

Показаниями к консервативному удалению миоматозных узлов во время кесарева сечения являются [16]:

- одиночные узлы;
- сторичные изменения в одном из узлов;
- подбрюшинные узлы на ножке (подлежат удалению все узлы в любом доступном месте);
- доминирующий межмышечный миоматозный узел средних и больших размеров, рекомендуется удаление не более двух узлов.

По данным авторов при выполнении миомэктомии рекомендуется для шитья использовать синтетические нити, а также проводить тщательный гемостаз. Также авторы указывают, что у беременных старше 39 лет с множественными узлами консервативная миомэктомия не целесообразна [16].

Баринов С.В. с соавт. (2019) в своей работе указывают, что показаниями к удалению миоматозных узлов во время гестации стали: «наличие болевого синдрома, беременность на фоне миоматозных узлов более 8-10 см, с симптомами угрозы прерывания гестации, нарушение кровоснабжения узла, перешеечное расположение узла больших размеров с формированием истмико-цервикальной недостаточности» [17].

Также по данным литературы следует, что существенно отличается миомэктомию у беременных пациенток, имея свои особенности, от данного оперативного вмешательства у не беременных женщин, это связано с «наличием расширенной сосудистой сети и высоким риском повышенной кровопотери. Основные принципы миомэктомии во время гестации – это выбор рационального разреза на матке с учетом последующего абдоминального родоразрешения, создание условий для исключения травматизации плода и минимальной кровопотери, а также снижения риска гнойно-септических осложнений» [18].

По данным Севостьяновой О.Ю. с соавт. (2009) к особенностям оперативной техники при беременности следует отнести: применение нижнесрединной лапаротомии, минимальная ротация и выведение матки в рану, которые используются только при локализации узла в средней части тела и перешейке по зад-

ней стенке матки; выделение узла с применением гемостатических швов на ткани «капсулы»; наложение на рану на матке отдельных швов синтетической нитью с обязательным визуальным контролем сопоставления мышечного и серозного слоев матки, наложение гемостатической губки на швы после окончательного хирургического гемостаза для предупреждения спаечного процесса [19].

Схожего мнения придерживаются Козаченко А.В. с соавт. (2015) отмечая, что во время беременности для успешного выполнения консервативной миомэктомии необходимо: «выведение матки в рану без ее фиксации, что позволяет уменьшить кровопотерю, минимальная травматичность для плода, продольный разрез на матке с учетом последующего кесарево сечения, минимизация объема оперативного вмешательства, при котором удаляют только большие миоматозные узлы размером больше 8-10 см, которые препятствуют пролонгированию гестации» [20].

По данным Pandela С., опубликованным в 1967 году, после миомэктомии у беременной женщины в рубце преобладает мышечная ткань, объясняется данный факт присутствием в организме беременной стероидных гормонов, которые стимулируют процессы заживления рубца на матке, тогда как в рубцах на матке после абдоминального родоразрешения преобладает соединительная ткань [21, 22].

Такой же точки зрения относительно показаний к консервативной миомэктомии во время гестации придерживаются и другие исследователи.

В 2013 году М. Metwally с соавт. представили обзорные данные Кохрановской базы, с целью изучения оценки эффективности проводимых миомэктомий для восстановления репродуктивной функции женщин и сравнения различных хирургических подходов при лейомиоме матки, из представленных выводов следует: «в настоящее время не существует убедительных доказательств, основанных на результатах рандомизированных контролируемых исследований, чтобы оценить роль миомэктомии в повышении фертильности» [23].

По данным этих же авторов относительно хирургических доступов при удалении миоматозных узлов рекомендации следуют согласно результатов проведенных двух рандомизированных контролируемых исследований, согласно им, не выявлено статистически значимой разницы между лапаротомическим и лапароскопическим доступом в прогнозе эффективности восстановления фертильности. Однако, в виду малого количества исследований (всего два) полученные данные следует рассматривать с определенной

долей осторожности [23].

Последние отдельные данные литературы и опыт врачебной практики доказывают очевидную прямую связь между снижением репродуктивного потенциала пациенток и наличием субмукозных узлов матки, более того проведение консервативной миомэктомии улучшает прогноз наступления и вынашивания беременности. При этом в Кохрановском обзоре отсутствуют рандомизированные контролируемые исследования, подтверждающие эффективность проводимых гистерорезектоскопий субмукозных узлов матки доказывающих благоприятный прогноз восстановления фертильности и пролонгирования беременности [24].

Современные тенденции по родовому уходу за женщинами на фоне осложненной лейомиомы матки ориентированы на пролонгирование гестации с выполнением консервативного удаления миоматозного узла. Однако, четких рекомендаций по способу родоразрешения беременных с рубцом на матке после проведенной во время гестации миомэктомии не разработано. Хусанходжаева М.Т. с соавт. (2012) считают, что при решении вопроса о методе родоразрешения у беременных следует учитывать величину удаленных узлов, объем их интерстициального компонента, расположение рубца по отношению к стенкам матки и отягощенный акушерский анамнез [18].

В своей работе Кулигина Ю.А. с соавт. (2018) указывают, что в описанном ими клиническом случае беременность наступила несмотря на огромные размеры миоматозных узлов и завершилась в доношенном сроке гестации, во многом благодаря миомэктомии во время беременности [25].

Фоминова Г.В. с соавт. (2018) проанализировав 157 историй родов, из них основной группы - 121 пациентка и контрольной - 36 женщин, пришли к заключению, что все женщины (14,0%) с множественными миоматозными узлами больших размеров были родоразрешены абдоминально, при этом средний объем интраоперационной кровопотери в основной группе составил - $700,0 \pm 44,0$ мл. Кроме того, сама миома матки не влияет на выбор метода родоразрешения, однако множественная лейомиома матки увеличивает частоту абдоминальных родов и интраоперационную кровопотерю, но не влияет на длительность родов через естественные родовые пути [26].

По данным Капусты А.В. (2012) следует, что роды у беременных с большими размерами миоматозных узлов должны обеспечиваться на третичном уровне здравоохранения, где работают врачи с высокой квалификацией и большим опытом выполнения

сложных оперативных вмешательств. Одним из видов таких операций является реконструктивно-пластическая операция на матке во время Кесарева сечения, которая позволяет выполнить сразу две операции (кесарево сечение и миомэктомию) одновременно, избежать потери матки и сохранить фертильность пациентки [27].

Согласны с выводами Капусты А.В. (2012) и Михалевич С.И. с соавт (2012) отмечая, что «реконструктивно-пластическая операция на матке, проведенная во время абдоминальных родов в оптимальные сроки с оценкой состояния плода, позволяет улучшить репродуктивный прогноз, сохранить матку и получить желанного ребенка с наименьшим риском для матери» [28].

Однако данный тип операций выполняется довольно редко, составляя не более 10,0-12,0% случаев на протяжении ближайших 40 лет.

В своей работе Соснова Е.А. с соавт. (2017) подчеркивают, что большое значение в лечении миомы матки имеет желание женщины в полном объеме сохранить свою репродуктивную функцию. Очевидно, что это полностью исключает использование таких радикальных подходов, как гистерэктомия и ампутация матки. Лечение женщин с миомой матки, планирующих в будущем беременность должно быть максимально органосохраняющим [1].

Подобная работа проведена S. Fagherazzi с соавт. (2014) в которой представлены данные о дородовом уходе за 111 беременными, в свою очередь успешно завершивших гестацию после произведенной лапароскопической миомэктомии, при этом у 63,4% женщин было абдоминальное родоразрешение и у 36,6% - вагинальные роды. Временной интервал времени между консервативной миомэктомией и родами в среднем составил 19,2±13,3 мес. [29].

Рымашевский А.Н. с соавт. (2011) в заключение своего исследования подчеркивают важность кровопотери при расширении объема операции в следствии консервативной миомэктомии, которая в среднем возрастает до 1300 мл. Последнее диктует продолжение исследовательских работ для поиска эффективных профилактических мероприятий, снижающих кровопотерю в ходе абдоминального родоразрешения с вылучиванием миоматозных узлов. Применение антифибринолитика (гемостатического препарата – транексамовой кислоты) по данным авторов позволяет уменьшить объем интраоперационной кровопотери и снижает потребность в применении донорских компонентов крови, сокращает время операции и не

требует предварительного проведения гемостазиограммы [30].

По данным Ящук А.Г. с соавт. (2018) следует, что размер миоматозных узлов, их локализация и расположение в нижнем сегменте матки не являются факторами риска большой кровопотери при кесаревом сечении с одномоментной миомэктомией. Фактором риска кровопотери выступает множественная миома матки и размеры узлов свыше 5 см. В выводах авторы указывают на эффективность одномоментной миомэктомии при абдоминальном родоразрешении, для этого необходимо наличие опыта и квалификации хирурга, данный метод может выполняться с целью снижения материнской инвалидности и заболеваемости [31].

Караваев Ю.Е. с соавт. (2019) сообщают, что абдоминальное родоразрешение проводится по комплексу акушерских показаний у 72,6% беременных, перенесших миомэктомию во время гестации не зависимо от хирургического доступа, при этом в 60,0% случаев после удаления миоматозных узлов гистероскопически для женщин появляется возможность провести самостоятельные роды [32].

В настоящее время показаниями к кесареву сечению в плановом порядке являются [33]:

- рубец на матки после миомэктомии, состоятельность которого трудно оценить, в связи с тем, что нередко удаляется целый конгломерат узлов и используется диатермокоагуляция в целях гемостаза;
- низкорасположенные миоматозные узлы, которые могут стать препятствием для раскрытия шейки матки и продвижения плода;
- нарушение питания, приводящее к вторичным изменениям в миоматозных узлах, которые после родов через естественные родовые пути могут претерпевать некротические изменения, вызывая воспалительные и дистрофические изменения в неизмененных участках матки;
- наличие множественных или больших межмышечных узлов более 10 см.;
- сочетание миомы матки с другими осложнениями беременности, которые ухудшают прогноз для матери и плода;
- тазовое предлежание плода, вследствие миоматозного узла с центрипетальным ростом;
- подозрение на малигнизацию или некроз миоматозного узла (большие размеры, мягкая консистенция, быстрый рост, локальная болезненность, анемия) [33].

В заключение следует отметить, что для научных работников и врачей практического здравоохранения вопрос дородового ухода за беременными с миомой матки остается дискуссионным. Несмотря на длительную историю изучения, проблема терапии женщин с лейомиомой матки фертильного возраста остается в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей. Учитывая заинтересованность женщин с лейомиомой матки в сохранении своего репродуктивного потенциала исследования, посвященные поиску эффективных методов хирургической тактики ведения лейомиомы матки требуют дальнейшего изучения и представляют большой научный интерес.

Литература:

1. Соснова Е.А. Методы лечения миомы матки: обзор литературы [Текст] / Е.А. Соснова, Я.Р. Малышева // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. - 2017. - №4(1). - С. 20-28.
2. Радзинский В.Е. Миома матки: курс на органосохранение. Информационный бюллетень [Текст] / В.Е. Радзинский, Г.Ф. Тотчиев. - М.: Status Praesens. - 2014. - С. 15-17.
3. Караваев Ю.Е. Репродуктивная функция женщин после операции миомэктомии, выполненной разными способами [Текст] / Ю.Е. Караваев // Дисс... канд. мед. наук. - Москва, - 2016. - 153 с.
4. Юлдашева О.С. Состояние репродуктивной функции у женщин с миомой матки (обзор литературы) [Текст] / О.С. Юлдашева, Х.Н. Негматшаева, Г.Ю. Тураева и др. // Молодой ученый. - 2016. - №4(108). - С. 312-315.
5. Буянова С.Н. Миомэктомия во время беременности: показания, особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация. Клинический случай [Текст] / С.Н. Буянова, С.А. Гукасян, Н.В. Юдина // Мать и дитя. - 2014. - №19. - С. 1428.
6. Абуладзе Д.А. К вопросу о сохраняющем способе операции удаления межлоскутных и подслизистых фибромиом матки посредством чревосечения [Текст] / Д.А. Абуладзе // Журнал акушерства и женских болезней. - 1901. - Т. 15. - №7-8. - С. 1117-1164.
7. Шмаков Г.С. Миомэктомия во время беременности [Текст] / Г.С. Шмаков // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М. - 1997. - С.48.
8. Shevchenko Yu. Experience of HIFU technology in the leading federal medical institution of Russian Federation / Yu. Shevchenko, O. Karpov, P. Vetshev, S. Bruslik, E. Slabozhankina // In: The 1st Yangtze International Summit of Minimally-invasive and Noninvasive Medicine. - China, Chongqing. - 2013. - P. 72-73.
9. Гутикова Л.В. Ведение беременности и родоразрешение женщины с множественной миомой матки после лапароскопической и лапаротомной миомэктомии в анамнезе (клиническое наблюдение) [Текст] / Л.В. Гутикова, Л.Н. Кеда, А.Л. Гурин, Ю.В. Кухарчик // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. - 2018. - №3-4. - С.25-28.
10. Шахвердян Н.Б. Миома матки во время беременности: современные аспекты этиологии, патогенезе, осложнений, хирургической тактики [Текст] / Н.Б. Шахвердян // Медицинская наука Армении НАН РА. - 2015. - Т.LV. - №2. - С. 13-23.
11. 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.
12. Тюрина А.А. Ведение беременности, родоразрешение и послеродовый период у женщин с миомой матки [Текст] / А.А. Тюрина // Дисс. ... канд. мед. наук. - Уфа. - 2018. - 101с.
13. 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.
14. 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.
15. Козаченко А.В. Беременность и миома матки [Текст] / А.В. Козаченко, С.Н. Буянова, И.А. Краснова // Акушерство и гинекология. - 2015. - №2. - С. 62.
16. Лапотко М.Л. Органосохраняющее лечение миомы матки [Текст] / М.Л. Лапотко // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Минск. - 2010. - 20с.
17. 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. - 2019. - Т.3. - №2. - С. 34-41.
18. Хусанходжаева М.Т. Консервативная миомэктомия у беременных [Текст] / М.Т. Хусанходжаева, З.Д. Каримов, Б.С. Абдикулов // Вестник экстренной медицины. - 2012. - № 3. - С. 86-89.
19. Севостьянова О.Ю. Проблемы ранней беременности при лейомиоме матки [Текст] / О.Ю. Севостьянова, Е.Г. Сударикова, Т.А. Кузнецова, Бызова Т.Е. // Вестник РУДН. - 2009. - №6. - С.187-191.
20. Козаченко А.В. Беременность и миома матки [Текст] / А.В. Козаченко, С.Н. Буянова, И.А. Краснова // Акушерство и гинекология. - 2015. - №2. - С. 61.
21. Pandela C. 1st die Myomektomie wehrend der schwangerschaft als ein notwenindiger oder grund satzlicher Eingriff anzuschen / Pandela C., Ran C // Obstet Ginecol. - 1967. - №15. - P.225-236.
22. Петракова С.А. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки

- [Текст] / С.А. Петракова, С.Н. Буянова, М.В. Мгелишвили // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - №1. - С.30-35.
23. 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.
24. Metwally M. Surgical treatment of fibroids for subfertility / M. Metwally, Y.C. Cheong, A.W. Horne // Cochrane Database Syst Rev. - 2012. - N.14. - P.11.
25. Кулигина Ю.А. Миомэктомия во время беременности [Текст] / Ю.А. Кулигина, В.В. Хасанова // Университетская медицина Урала. - 2018. - Т.4. - №1(12). - С.53-55.
26. 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.
27. Капуста А.В. Реконструктивно-пластическая операция на матке во время кесарева сечения у женщин с миомой матки больших размеров [Текст] / А.В. Капуста // Медицинские новости. - 2012. - №7. - С. 75-78.
28. Михалевич С.И. Ведение беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров [Текст] / С.И. Михалевич, А.В. Капуста, Т.В. Марковская // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. - 2012. - №6(24). - С.14-20.
29. Fagherazzi S. Conte Pregnancy outcome after laparoscopic myomectomy / S.Fagherazzi, S.Borgato, M.Bertin, A.Vitagliano, L.Tommasi // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. - 2014. - №41(4). - P. 375-379.
30. 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.
31. 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.
32. Караваев Ю.Е. Особенности течения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после реконструктивно-пластических операций, выполненных разыми доступами [Текст] / Ю.Е. Караваев, К.Н. Арсланян, О.Н. Логинова // Лечащий врач. - 2019. - №8. - С.68-71.
33. 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.