

А. А. БОРЩЕВА, Р. И. ШАБАНОВА, Г. М. ПЕРЦЕВА

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МИОМЕ МАТКИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ России,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;
тел. +7 (863) 250-40-72. E-mail: Aborsheva@ctsnet.ru*

Проведены проспективный анализ благоприятного течения беременности и родов у пациентки с множественной миомой матки, а также анализ течения у этой же пациентки повторной беременности и ее исхода, наступившей через 6 месяцев после родоразрешения путем кесарева сечения и удаления миоматозных узлов. После повторного успешного родоразрешения путем кесарева сечения женщина выписана домой с ребенком в удовлетворительном состоянии. Детородная функция сохранена.

Ключевые слова: миома матки, беременность, родоразрешение, кесарево сечение.

A. A. BORSCHEVA, R. I. SHABANOVA, G. M. PERTSEVA

PREGNANCY AND CHILDBIRTH COURSE WITH UTERINE MYOMA. CLINICAL CASE

*The department of obstetrics and gynecology № 1 State educational establishment
of higher professional training of RostGMU of health service Ministry,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, 29 Nakhichevanskiy lane;
tel. +7 (863) 250-40-72. E-mail: Aborsheva@ctsnet.ru*

A prospective analysis of a multiple uterine myoma patient's favorable pregnancy and childbirth has been carried out, as well as an analysis of this patient's second six-month pregnancy and its outcome after delivering by cesarean section and removing myoma nodes. After successful second delivery by cesarean section, the woman was discharged home with a baby in a satisfactory condition. Reproductive function is preserved.

Key words: Uterine myoma, pregnancy, delivery, cesarean section.

Миома матки – самое распространенное доброкачественное, реактивно возникающее опухолевидное образование из гладкомышечных элементов с последующим фиброзированием в условиях тканевой гипоксии [12]. В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты миомы матки и омоложению заболевания. Это может быть обусловлено, с одной стороны, совершенствованием диагностики, а с другой – широким распространением «агрессивных» акушерских и гинекологических вмешательств и воспалительных заболеваний гениталий [5]. Так, в настоящее время у каждой 4–5-й женщины в мире обнаруживается миома матки. Ранее существовало мнение, что миома матки – болезнь перименопаузального периода. Действительно, 80% женщин в возрасте 30–40 лет имеют высокий риск возникновения этого заболевания [5], 20–25% женщин старше 30 лет страдают данным заболе-

ванием [14]. Нередко обнаруживают и 20-летних больных с миомой матки, тем более что доклиническая стадия составляет в среднем 8–10 лет [14, 15]. Частым осложнением миомы матки является бесплодие. Считается, что каждая 5-я женщина с миомой страдает бесплодием [3]. Патогенез бесплодия при миоме матки недостаточно ясен, однако не вызывает сомнения прямая связь между этими заболеваниями. Миомэктомия достоверно повышает фертильность. После реконструктивных операций на матке у бесплодных женщин беременность наступает в 60% случаев, в возрасте до 35 лет этот показатель достигает 75% [7]. В ряде случаев в самом начале развития заболевания миома не препятствует наступлению беременности. Однако беременность при миоме матки (частота встречаемости, по данным различных авторов, от 0,5% до 6%), а также роды и послеродовой период нередко имеют осложненное течение [4, 8] и порой

заканчиваются потерей плода и матки [10, 11]. Частым осложнением в первом триместре беременности является угроза самопроизвольного аборта [1]. Самопроизвольные аборт в первом триместре беременности возникают при выраженном миоматозном изменении матки и деформации её полости, при расположении плодного яйца в нижних отделах матки, под крупными миоматозными узлами, то есть в патологически изменённых участках матки, что и приводит к самопроизвольному аборту. Субмукозная миома может создавать крайне неблагоприятные условия для имплантации плодного яйца. Во второй половине беременности возможна отслойка плаценты [10]. Узлы миомы могут привести к неправильному положению и предложению плода, создать механическое препятствие в родах. Возможны и осложнения, обусловленные состоянием плода, такие как фетоплацентарная недостаточность (ФПН), синдром задержки развития плода (СЗРП). Наиболее частыми осложнениями родов и послеродового периода являются несвоевременное излитие вод, аномалии сократительной активности матки, плотное прикрепление плаценты, гипотоническое кровотечение, субинволюция матки, некроз узла [11]. Таким образом, с одной стороны, миома матки значительно снижает репродуктивную функцию женщины, с другой стороны, увеличение числа пациенток фертильного возраста, страдающих этим заболеванием, возрастающая современная тенденция к планированию первой беременности в позднем репродуктивном возрасте, после получения образования и становления профессиональной карьеры, создают гинекологам проблемы ведения беременности и родов при миоме матки [11, 16, 17]. Метод родоразрешения всегда выбирается индивидуально [9]. При больших и гигантских узлах, при атипичном их расположении (шеечном, перешеечном), при деформации полости матки узлами, некрозе узла возникает необходимость хирургического вмешательства даже во время беременности [2, 3, 6, 13]. Однако в ряде случаев при наличии узлов миомы, расположенных в теле матки, беременность может протекать и благоприятно.

Цель работы – проанализировать случаи течения беременностей и родов у пациентки с множественной миомой матки до и после консервативной миомэктомии.

Материалы и методы

Проведен проспективный анализ двух клинических случаев течения беременности и ее исхода у женщины с множественной миомой матки.

Результаты

Приводится собственное наблюдение успешного исхода двух беременностей и родов у пациентки

с миомой матки и бесплодием в анамнезе. Пациентка В., 32 лет, обратилась в женскую консультацию 26.06.13 г. по поводу отсутствия менструаций с апреля 2013 года. Из анамнеза было выяснено, что менструации с 13 лет, регулярные, длительностью 5 дней, цикл 28–30 дней, половая жизнь с 18 лет. В 2008 г. во время диагностической лапароскопии по поводу острых болей в животе обнаружен субсерозно-интерстициальный миоматозный узел до одного сантиметра в диаметре, не удален. С 2008 г. по 2013 г. на фоне регулярной половой жизни беременность не наступала. Однако по поводу бесплодия не обследовалась и не лечилась.

Последняя менструация была 05.04.2013 года. При осмотре диагностирована беременность в сроке 11–12 недель. Беременность наступила спонтанно. Пациентка взята на учет в женской консультации. Полностью обследована, проконсультирована специалистами. Терапевтом выявлена экстрагенитальная патология – ВСД по смешанному типу. При УЗИ установлены беременность в сроке 12 недель и наличие множественной миомы матки. Учитывая наличие множественной миомы матки, женщине рекомендовали прерывание беременности, оперативное лечение миомы – удаление миоматозных узлов и в дальнейшем планирование беременности. Однако от прерывания беременности пациентка категорически отказалась. В 14–15 недель беременности по поводу анемии лёгкой степени женщина получала амбулаторное лечение. В 18–19 и 24–25 недель беременности находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении по поводу угрозы прерывания беременности. Данные УЗИ. При УЗИ в 23–24 недели были выявлены тазовое предлежание, многоводие, множественная миома матки. При ДГМ нарушений гемодинамики не обнаружено. При УЗИ в 30–32 недели выявлены головное предлежание, умеренно выраженное многоводие, миома матки. При ДГМ гемодинамика не нарушена. В 37–38 недель (24.12.13 г.) пациентка госпитализирована в отделение патологии беременных родильного дома для подготовки к родоразрешению, а также для решения вопроса о сроке и методе родоразрешения.

При поступлении в ОПБ жалоб не предъявляла. Объективно: состояние удовлетворительное, телосложение правильное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, незначительные отёки нижних конечностей. Частота дыхательных движений – 17/мин. Пульс – 70 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 100/80, 110/75 мм рт. ст. Температура тела – 36,4° С. Ромб Михаэлиса правильной формы. Индекс Соловьёва – 16 см. Размеры таза: D. Sp. – 26 см; D. Cr. – 28 см; D. Tr. – 32 см; С. ext. – 20 см; ОЖ – 100 см, ВСДМ – 36 см. Живот увеличен за счёт беременной матки, овоидной формы; положение плода – продольное, позиция –

2, вид – передний. На передней стенке матки и в области дна матки пальпируются миоматозные узлы, безболезненные при пальпации. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушивается справа ниже пупка, 146 уд/мин. *Влагалищное исследование.* Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагалище нерожавшей, слизистая цианотична, влагалищная часть шейки матки не изменена, зев точечный. Шейка расположена по проводной оси таза, длиной до 2,0 см, мягкая, зев свободно пропускает один палец. Плодный пузырь цел, предлежит головка, над первой плоскостью. Мыс не достижим. С. d. > 11 см. Экзостозов в полости малого таза не обнаружено.

Диагноз при поступлении: беременность 37–38 недель. Множественная миома матки. Многоводие. ОГА. Возрастная первородящая. ВСД по смешанному типу.

Результаты клиничко-лабораторного обследования. В ОАК, ОАМ и биохимических анализах крови патологических изменений не выявлено.

Данные УЗИ от 25.12.13 года. В матке определяется 1 плод в головном предлежании, головка расположена низко. БПР головки – 93 мм, ОГ – 316 мм, ОЖ – 337 мм, длина правой бедренной кости – 72 мм, левой – 72 мм, длина правой плечевой кости – 62 мм, левой – 62 мм. Размеры плода соответствуют сроку 37–38 недель беременности. Предполагаемая масса плода – 3200 г. Преимущественная локализация плаценты: передняя, правая боковая стенки матки. Толщина плаценты – 26 мм, степень зрелости плаценты – 3. Количество околоплодных вод повышено. В области дна матки субсерозный миоматозный узел 95x80 мм, по передней стенке интерстициальный узел 47x33 мм, по передней стенке слева интерстициальный узел 92x87 мм, эхоструктура узлов неоднородная. *Заключение УЗИ.* Беременность 37–38 недель, многоводие, множественная миома матки. При ДПМ-исследовании от 25.12.13 г. нарушений гемодинамики не выявлено. При КТГ от 25.12.13 г. патологии не выявлено.

Учитывая наличие множественной миомы матки у первородящей 32 лет с ОГА (бесплодие 5 лет), принимая во внимание данные УЗИ, на консилиуме 25.12.2013 г., рекомендовали провести родоразрешение путем кесарева сечения. Вопрос о расширении объема операции решить во время операции.

27.12.2013 г. в 9.00 у беременной отошли околоплодные воды. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Жалобы на отхождение околоплодных вод. АД – 100/80 мм рт. ст., пульс – 74 удара в минуту. Положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 в минуту. Регулярной родовой

деятельности нет, подкладная обильно промокла. Влагалищное исследование: шейка расположена по проводной оси таза, длиной до 1,0–1,5 см, мягкая. Открытие 1,5–2 см, плодного пузыря нет, предлежит головка плода над I плоскостью малого таза. Роднички и швы не определяются из-за малого открытия. С. d. > 11 см, экзостозов в полости малого таза нет. Текуч светлые околоплодные воды в большом количестве.

Диагноз: беременность 37–38 недель. Множественная миома матки. Многоводие. ОГА. Дородовое излитие околоплодных вод. Возрастная первородящая. ВСД по смешанному типу.

Планируется родоразрешение путем кесарева сечения с консервативной миомэктомией согласно рекомендациям консилиума. Согласие на операцию получено.

Предоперационный эпикриз. Первобеременная, первородящая, 32 года, поступила в ОПБ 24.12.2013 г. с диагнозом: беременность 37–38 недель. Множественная миома матки. Многоводие. ОГА. Возрастная первородящая. ВСД по смешанному типу.

В отделении полностью обследована. 27.12.2013 г. в 9.00 у беременной отошли околоплодные воды.

Учитывая возраст женщины (32 года), ОГА (бесплодие в анамнезе), наличие множественной миомы матки (данные УЗИ от 25.12.2013 г.), дородовое излитие околоплодных вод, а также принимая во внимание рекомендации консилиума, решили родоразрешить женщину путём кесарева сечения с консервативной миомэктомией. Окончательно вопрос об объёме операции решено определить во время операции. Согласие на операцию получено.

27.12.2013 г. в 10 часов 05 минут была произведена операция: лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, консервативная миомэктомия. Извлечён плод мужского пола, весом 3300 г, длиной 51 см. Оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Ребенок передан неонатологу. При осмотре – матка с множественными миоматозными узлами. В области дна матки на ножке субсерозный узел диаметром 9–10 см, по левому ребру матки – интерстициально-субсерозный узел диаметром 7–8 см, по передней стенке – субсерозно-интерстициальный узел диаметром 5–6 см, по задней стенке матки два узла диаметром 2,0–2,5 см. По задней стенке матки и в области левых придатков единичные эндометриоидные включения. Была произведена консервативная миомэктомия. Ложа всех узлов ушиты отдельными ПГА-швами. Кровопотеря во время операции составила 1600 мл.

Гистологическое исследование плаценты. Макроскопически: плацента весом 490 г, размеры 19x19x2,5 см. Материнская поверхность

неравномерно-дольчатая, дефекты в виде разрыва и полуотрыва долек, тёмно-красная, на разрезе губчатая, тёмно-красная. Плодовая поверхность тёмно-голубая, сосуды выражены хорошо. Пуловина расположена эксцентрично – 18 x 1,5 см, имеется 3 сосуда. Оболочки серые.

Микроскопически – плацента 3-го триместра беременности, диссоциированный тип созревания ворсин, псевдоинфаркты, инволютивные и активные синцитиальные почки, кровоизлияния в базальной пластинке и межворсинчатом пространстве, компенсаторный очаговый ангиоматоз и гипервилллёз ворсин, синцитиокапиллярные мембраны, полнокровие и парез капилляров терминальных ворсин. В пуловине очаговое кровоизлияние вокруг сосудов, отёк Вартонова студня пуловины. Хроническая вторичная относительная субкомпенсированная плацентарная недостаточность. Диффузный серозно-гнойный хориоамнионит, интервилллезит.

Гистологическое исследование миоматозных узлов. Макроскопически – 5 узлов диаметром 9,5 см, 6,0 см, 4,5 см и 2 узла по 1,5 см. Поверхность узлов бугристая, сероватого цвета. На разрезе – волокнистая. Микроскопически – лейомиома с диффузными некрозами; лейомиома с диффузными некрозами; лейомиома с очаговыми некрозами, очаговыми кровоизлияниями. лейомиома с очаговыми кровоизлияниями. МКБ – 10 D25 Лейомиома матки.

Послеоперационный период протекал без особенностей. На 6-е сутки послеоперационного периода состояние пациентки удовлетворительное, жалоб нет, молочные железы мягкие, соски чистые, лактация достаточная. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, сняты швы, заживление первичным натяжением.

Данные влагалищного исследования на 6-е сутки после операции. Наружные половые органы без особенностей, влагалище нерожавшей. Шейка сформирована, своды свободные, глубокие, безболезненные; матка плотная, безболезненная, увеличена до 12 недель беременности. Область послеоперационного шва и придатков безболезненная. Лохии серозные, без запаха.

УЗИ на 6-е сутки после операции. Тело матки размерами 122x74x130, соответствует суткам послеоперационного периода, контуры четкие, ровные, эхоструктура однородная, полость сомкнута. Область придатков не визуализируется, свободной жидкости в брюшной полости нет. Область послеоперационных швов без особенностей.

Заключительный клинический диагноз. Роды 1-е срочные, одноплодные, оперативные. Множественная миома матки. Многоводие. Дородовое излитие околоплодных вод. ОГА. Возрастная первородящая. ВСД по смешанному типу. Лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в

нижнем маточном сегменте, консервативная миоэктомия. Анемия легкой степени.

Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, вместе с новорождённым, на 6-е сутки после родоразрешения. При выписке Hb 103 г/л. Остальные анализы в пределах физиологической нормы.

10.10.14 г. женщина вновь обратилась в женскую консультацию по поводу повторно наступившей беременности. Из анамнеза было выявлено, что беременность вторая, последняя менструация 06.07.2014 года. Взята на учет со сроком беременности 13 недель. Полностью обследована, проконсультирована специалистами. На протяжении беременности у женщины имела место анемия лёгкой степени (амбулаторное лечение), все остальные анализы были в пределах физиологической нормы. При УЗИ от 27.10.14 г., 25.11.14 г., 19.01.15 г. было выявлено полное предлежание плаценты. При УЗИ от 03.02.15 г. и 10.03.15 г. (в сроке беременности 35–36 недель) отмечена низкая плацентация.

В 38–39 недель (25.03.2015 г.) пациентка госпитализирована в отделение патологии беременных родильного дома для подготовки к родоразрешению и решения вопроса о сроке и методе родоразрешения. При поступлении в ОПБ состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Частота дыхательных движений – 18/мин. Пульс – 71 уд/мин, ритмичный. АД – 110/70 мм рт. ст. Температура тела – 36,5° С. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Отёков нет. Индекс Соловьёва 15. Размеры таза: D. Sp. – 26; D. Cr. – 28; D. Tr. – 32; C. ext. – 20; ОЖ – 114, ВСДМ – 39. Живот увеличен за счёт беременной матки, овоидной формы; положение плода продольное, позиция 1, вид передний. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушивается слева ниже пупка, 148 уд/мин.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагалище нерожавшей, слизистая цианотична, влагалищная часть шейки матки не изменена, зев точечный. Шейка расположена по проводной оси таза, до 2,0 см, плотная, зев закрыт. Предлежит головка, над первой плоскостью. Мыс не достижим. С. d. >11 см. Экзостозов в полости малого таза не обнаружено.

Диагноз при поступлении. Беременность 38–39 недель, ОАГА. Рубец на матке после кесарева сечения. Состояние после консервативной миоэктомии в 2013 году. Крупный плод. Многоводие. ВСД по смешанному типу. Анемия легкой степени (по данным обменной карты гемоглобин 107 г/л).

Обследована. В ОАК гемоглобин 106 г/л. В остальных анализах патологических изменений не выявлено. УЗИ от 26.03.15 г. В матке определяется 1 плод в головном предлежании. БПР голо-

вки – 95,5 мм, ОГ – 316 мм, ОЖ – 321 мм, длина бедренной кости: правой – 78 мм, левой – 78 мм, длина плечевой кости: правой – 56 мм, левой – 56 мм. Размеры плода соответствуют 38-й неделе беременности. Предполагаемая масса плода – 4085 г. Преимущественная локализация плаценты – передняя стенка, на 100 мм выше внутреннего зева. Толщина плаценты – 29 мм. Степень зрелости плаценты – 3. Количество околоплодных вод повышено. Индекс амниотический жидкости – 20. Матка и придатки без особенностей.

Заключение УЗИ. Беременность 38 недель. Крупный плод, умеренное многоводие. При ДГМ от 26.03.15 г. нарушений гемодинамики не выявлено. При КТГ от 26.03.15 г. патологии не выявлено.

06.04.15 г., в сроке беременности 39–40 недель, пациентка родоразрешена в плановом порядке путём кесарева сечения. Была произведена лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлечён плод женского пола, весом 4000 г, длиной 54 см. Оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Новорожденная передана неонатологу. Кровопотеря во время операции составляла 600 мл. Видимых миоматозных узлов в мышце матки не обнаружено. Придатки с обеих сторон без особенностей.

Гистологическое исследование плаценты. *Макроскопически.* Плацента весом 500 г, размеры 22x20x3,5 см. Материнская поверхность неравномерно-дольчатая, дефекты в виде разрыва и полуотрыва долек, тёмно-красная, на разрезе губчатая, тёмно-красная. Плодовая поверхность тёмно-голубая, сосуды выражены хорошо. Пуповина расположена эксцентрично – 22x1,0 см, имеются 3 сосуда. Оболочки серые.

Микроскопически. В плаценте 3-го триместра беременности признаки хронической вторичной относительной субкомпенсированной плацентарной недостаточности: очаговые межворсинчатые кровоизлияния давностью до 1 суток, очаговые псевдоинфаркты, склероз стромы опорных ворсин, фокальные некрозы эпителия ворсин; очаговый эндотелиоз и тромбоз сосудов опорных ворсин и сосудов хориальной пластинки; встречаются небольшие афункциональные зоны; отёк стромы ворсин; парез сосудов терминальных ворсин; активные синцитиальные почки; в плодных оболочках очаговые кровоизлияния, отёк, в толще небольшое количество замурованных ворсин с плотной гиалинизированной стромой без эпителия и сосудов; в пуповине отёк.

Послеоперационный период протекал без особенностей. На 8-е сутки после операции состояние удовлетворительное, жалоб нет, молочные железы мягкие, соски чистые, лактация достаточная. Живот при пальпации мягкий, безболезнен-

ный, сняты швы, заживление первичным натяжением.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей. Шейка сформирована, своды свободные, глубокие, безболезненные; матка плотная, безболезненная, увеличена до 12 недель. Область послеоперационного шва и придатков безболезненная. Лохии серозные.

УЗИ после операции. Тело матки размерами 118x74x130, соответствует суткам послеоперационного периода, контуры четкие, ровные, эхоструктура однородная, полость сомкнута. Область придатков не визуализируется, свободной жидкости в брюшной полости нет. Область послеоперационных швов без особенностей.

Заключительный клинический диагноз. Роды 2-е, оперативные, в сроке беременности 39–40 недель. ОАГА. Рубец на матке после кесарева сечения. Состояние после консервативной миомэктомии в 2013 году. Крупный плод. Умеренное многоводие. Анемия легкой степени. ВСД по смешанному типу. Лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с ребенком на 8-е сутки после родоразрешения.

Таким образом, полученные нами результаты ведения беременности и родов у пациентки с множественной миомой матки свидетельствуют о целесообразности и перспективности сохранения беременности при наличии миомы матки, родоразрешения таких пациенток путем кесарева сечения с последующей консервативной миомэктомией. Данная операция способствовала сохранению детородной функции, что подтверждено повторной беременностью и благополучным ее завершением (рождением здоровой новорожденной массой 4000 г). Немаловажным является и тот факт, что органосохраняющие операции обеспечивают наличие не только детородной функции, но и менструальной, а стало быть, и соответствующее качество жизни у этих женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазова С. Ф. Допплерометрическое исследование кровотока фетоплацентарного комплекса у беременных с миомой матки // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV. № 4. – С. 177–178.

2. Буянова С. Н., Логутова Л. С., Гукасян С. А., Юдина Н. В. Миомэктомия во время беременности – осознанная необходимость // Материалы VI Всероссийского форума «Мать и дитя». – М., 2012. – С. 20–21.

3. Буянова С. Н., Логутова Л. С., Щукина Н. А. и др. Миомэктомия вне и во время беременности: показания, особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация: Пособие для врачей. – М.: МАКС-Пресс, 2012. – 18 с.

4. Буянова С. Н., Логотова Л. С., Щукина Н. А. и др. Прогноз роста миоматозных узлов во время беременности (клинико-морфологические и ультразвуковые критерии): Информационно-методическое письмо. – М.: МАКС-Пресс, 2012. – 25 с.
5. Буянова С. Н., Юдина Н. В., Гукасян С. А., Мгелишвили М. В. Современные аспекты роста миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – Т. 12. № 4. – С. 42–48.
6. Кияткова Н. Г. Клинический случай миомы матки 36 недель беременности // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 3. – С. 96–97.
7. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Логотова Л. С., Щукина Н. А. Миома матки вне и во время беременности. – М.: Клиника. ФУВ им. М. Ф. Владимирского, 2014. – 19 с.
8. Кустаров В. Н., Татаров А. С. Течение беременности, родов и послеродового периода у пациенток с простой и пролиферирующей миомой матки // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т. 91. № 3. – С. 358–361.
9. Мамедова З. Т., Курбонова М. Х., Давлятова Г. К., Юлдашева А. К. Повторное кесарево сечение как метод родоразрешения беременных с рубцом на матке // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2009. – Т. 52. № 8. – С. 178–184.
10. Мамедова З. Т., Курбонова М. Х., Давлятова Г. К., Юлдашева А. К. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2009. – Т. 52. № 8. – С. 651–655.
11. Михалевич С. И., Капуста А. В. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки. // Медицинские новости. – 2011. – № 2. – С. 18–25.
12. Тихомиров А. Л., Лубин Д. М. Миома матки. – М., 2006. – 176 с.
13. Хрипунова Г. И. Тактика родоразрешения беременных с миомой матки // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. № 2. – С. 401–403.
14. Щукина Н. А., Буянова С. Н., Бабунашвили Е. Л. и др. Взаимосвязь рецепторного статуса половых стероидов, васкуляризации и темпа роста миомы матки // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». – М., 2012. – С. 260–261.
15. Euzebus Chinonye Ezugwu, Chukwuemeka Anthony Iyoke, Frank Okechukwu Ezugwu, George Ugwu. Successful pregnancy following myomectomy for giant uterine fibroid in an infertile woman // J. reprod. infertil. – 2014. – Vol. 15. № 4. – P. 233–236.
16. Kaymak O. Myomectomy during cesarean section // Obstet. gynecol. – 2009. – Vol. 114. № 3. – P. 611–615.
17. Nappi L., Matteo M., Giardina S. et al. Management of uterine giant myoma // Arch. gynecol. obs. – 2008. – Vol. 78 (1). – P. 61–63.

Поступила 17.12.2016