



Опыт ведения пациенток с миомой матки и бесплодием

В. А. Крутова, Э. В. Баширов, Л. М. Чуприненко, О. В. Тарабанова, А. А. Ордокова

Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар

Цель исследования: оценить эффективность комплексной реабилитации и улучшить исходы лечения после миомэктомии у пациенток, страдающих бесплодием.

Дизайн: ретроспективное исследование.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 женщин с бесплодием и миомой матки, которые были стратифицированы на две группы: I группа — 40 женщин, проходивших курсы послеоперационной реабилитации в условиях стационара дневного пребывания, включавшие медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, с последующим направлением на санаторно-курортное лечение; II группа — 40 пациенток, прошедших послеоперационную реабилитацию амбулаторно в виде монокурса противовоспалительной терапии. Возраст обследованных пациенток — от 27 до 39 лет, в среднем — $34,9 \pm 4,8$ года.

Предоперационное комплексное клиничко-лабораторное обследование включало в себя ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием и доплерометрией, а также жидкостную гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием матки. Всем пациенткам была выполнена миомэктомия лапароскопическим доступом. Интраоперационно перед миомэктомией проводили коррекцию выявленной сопутствующей гинекологической патологии, проверку проходимости маточных труб, мобилизацию и восстановление нормальной анатомии органов малого таза.

Комплексная реабилитация предусматривала курс лечения, включавший гормонотерапию, противовоспалительное, иммуномодулирующее, физиотерапевтическое, санаторно-курортное лечение.

Результаты. Срок наблюдения за участницами составил 2 года. В течение первого года после окончания реабилитации беременность спонтанно наступила у 17 (42,5%) представительниц I группы и 11 (27,5%) II группы ($p < 0,05$). Срочные роды живым плодом произошли у 15 (37,5%) пациенток I группы и у 9 (22,5%) II группы ($p < 0,05$). В I группе одна (2,5%) беременность закончилась самопроизвольным прерыванием; еще у одной (2,5%) пациентки диагностировали трубную беременность. Две (5,0%) женщины из II группы также были экстренно прооперированы по поводу трубной беременности.

В программе экстракорпорального оплодотворения клиническая беременность наступила у 2 (5,0%) участниц I группы: одна беременность завершилась родами в доношенном сроке, вторая — преждевременными родами двойней в сроке 34 недели. Во II группе беременность наступила также у 2 женщин. В одном случае она закончилась родами доношенным живым плодом, в другом — самопроизвольным прерыванием беременности в малом сроке.

Частота наступления беременности у пациенток I группы оказалась в 1,5 раза выше, чем во II группе ($p < 0,05$).

Заключение. Проведение комплексной реабилитации у женщин после миомэктомии позволяет добиться лучших результатов в отношении восстановления фертильности.

Ключевые слова: миома матки, бесплодие, реабилитация.



Treating Infertile Patients with Uterine Leiomyoma

V. A. Krutova, E. V. Bashirov, L. M. Chuprinenko, O. V. Tarabanova, A. A. Ordokova

Teaching Hospital for Obstetrics and Gynecology, Kuban State Medical University, Krasnodar

Study Objective: To assess the effectiveness of comprehensive rehabilitation and improve treatment outcomes in infertile patients who have undergone myomectomy.

Study Design: This was a retrospective study.

Materials and Methods: Eighty infertile patients with uterine leiomyoma took part in this study. These patients were stratified into two groups: Group I consisted of 40 women who had undergone a postoperative rehabilitation program of medication and physical therapy at a day hospital, and were then referred to a rehabilitation sanatorium; Group II was made up of 40 patients whose postoperative rehabilitation had been a single cycle of anti-inflammatory treatment in an outpatient clinic. The patients examined ranged in age from 27 to 39, with a mean age of 34.9 ± 4.8 .

Preoperative comprehensive clinical and laboratory examination included ultrasound with Doppler color flow mapping and blood flow velocity measurement, as well as fluid hysteroscopy with dilation and curettage. All patients underwent laparoscopic myomectomy. During the operation, but prior to the myomectomy, concomitant gynecological disorders were treated, a fallopian tube patency test was done, the pelvic organs were mobilized, and their normal anatomy was restored.

Comprehensive rehabilitation involved a course of treatment, including hormone, anti-inflammatory, immunomodulatory, physical, and spa therapy.

Study Results: The follow-up period was 2 years. During the first post-rehabilitation year, 17 patients (42.5%) in Group I and 11 patients (27.5%) in Group II became pregnant spontaneously ($p < 0.05$). Fifteen patients (37.5%) in Group I and nine patients (22.5%) in Group II ($p < 0.05$) delivered live babies at term. The pregnancy of one Group I patient (2.5%) ended in a spontaneous abortion, and another patient (2.5%) in this group had a tubal pregnancy. In Group II two women (5.0%) were also urgently operated on for a tubal pregnancy.

In two Group I patients (5.0%), a clinical pregnancy was diagnosed during their participation in an in vitro fertilization program: one of these pregnancies ended in delivery at term, and the other one ended in preterm delivery of twins at week 34. In Group II pregnancy also occurred in two women. One pregnancy ended in delivery of a live baby at term, and the other in an early spontaneous abortion.

In Group I the pregnancy rate was 1.5 times greater than in Group II ($p < 0.05$).

Conclusion: Comprehensive rehabilitation after myomectomy has better outcomes in respect to the restoration of fertility.

Keywords: uterine leiomyoma, infertility, rehabilitation.

Баширов Эдуард Владимирович — к. м. н., доцент, врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения Базовой акушерско-гинекологической клиники ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. 350063, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1. E-mail: edikbashirov@rambler.ru (Окончание на с. 23.)

Бесплодный брак на протяжении десятилетий остается актуальной медико-социальной и демографической проблемой. По данным ВОЗ, частота бесплодного брака среди супружеских пар репродуктивного возраста составляет 10–15%. В отдельных регионах России этот показатель приближается к 20%, то есть к уровню, определяемому как критический и отрицательно влияющий на демографический прогноз [1–4].

Миома матки является одним из самых распространенных гормонозависимых гинекологических заболеваний, которому подвержены от 10% до 30% женщин репродуктивного возраста, в основном старше 30 лет [1, 2, 4, 5]. Если говорить о роли миомы матки в патогенезе женского бесплодия, то она более чем значительна — частота сочетания миомы матки и бесплодия составляет 30–51% [1, 6, 7]. По данным различных авторов, миома матки как единственная потенциальная причина бесплодия регистрируется у 1–20% женщин [4, 7].

Миома матки и аденомиоз характеризуются многофакторной этиологией и полигенным характером наследования. Несмотря на то что первопричиной возникновения миомы принято считать хромосомные и генные мутации, исследователи сходятся во мнении, что важную роль в развитии как миомы матки, так и генитального эндометриоза, играют гормональные факторы, процессы ангиогенеза и нарушения цитогенетики. Так, в 44% наблюдений причиной бесплодия служит сочетание миомы и наружного генитального эндометриоза, а у 36% пациенток — миомы и трубно-перитонеального фактора. Каждой десятой женщине с миомой матки рекомендуют лечение с помощью вспомогательных методов репродукции. Различные гормональные нарушения выявляют у значительной доли больных миомой, что требует патогенетически обоснованной терапии [5, 8–10].

По данным литературы, в структуре гинекологических заболеваний только в 15–21% наблюдений миома матки встречается изолированно. Обращает на себя внимание высокая частота сочетания миомы матки с воспалительными заболеваниями придатков матки (65–80%), гиперпластическими процессами эндометрия, в структуре которых доля полипов — 22–35%, гиперплазии эндометрия — 38–45% [1, 8, 11]. Данный факт требует включения в комплекс послеоперационной реабилитации, помимо гормональной терапии, мероприятий, направленных на ликвидацию как самих патологических процессов, так и факторов риска их рецидива, профилактику спаечного процесса и оптимизацию структурно-функциональной состоятельности эндометрия.

Современные подходы к терапии миомы матки имеют целью сохранение органа и, как следствие, желаемой фертильности. Все более широкое распространение малоинвазивных органосохраняющих операций на матке (лапароскопии, влагалищной миомэктомии, гистерорезектоскопии) позволяет уменьшить операционную травму, снизить риск послеоперационных осложнений и выносить желанную беременность. Однако спорными остаются вопросы реабили-

литационной противорецидивной тактики, особенно гормональной терапии, в послеоперационном периоде [1, 7, 12].

Принято считать, что гиперэстрогения является одним из ключевых звеньев патогенеза миомы матки, поэтому назначение гормонотерапии, направленной на ее коррекцию в послеоперационном периоде, патогенетически обосновано. Среди наиболее эффективных и часто применяемых препаратов многие авторы выделяют агонисты ГнРГ (лейпрорелин, трипторелин, бусерелин и др.) [1, 5, 13]. Существует множество исследований, подтверждающих эффективность применения диеногеста в дозе 2 мг/сут в непрерывном режиме [1, 10].

Использование в послеоперационном периоде физиотерапевтических процедур целесообразно в связи с благоприятным влиянием на процессы репарации и обмена веществ в оперированных тканях. Воздействия, применяемые в физиотерапии, имеют целью мобилизацию собственных адаптационных процессов, а также улучшают трофику тканей за счет интенсификации обменных процессов и усиления кровотока лимфообращения [8, 11, 12].

Цель исследования: оценить эффективность комплексной реабилитации и улучшить исходы лечения после миомэктомии у пациенток, страдающих бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное исследование, охватившее 80 женщин репродуктивного возраста, поступивших в отделение оперативной гинекологии Базовой акушерско-гинекологической клиники Кубанского государственного медицинского университета в 2014 г. для выполнения лечебно-диагностической лапароскопии. У всех пациенток было получено информированное добровольное согласие на участие в проводимом исследовании.

Критерии включения: женское бесплодие; наличие миомы матки субсерозной и субсерозно-интерстициальной локализации, впервые выявленной или рецидивирующей после органосохраняющих вмешательств; фертильный супруг.

Критерии исключения: хронические экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации, острые и хронические инфекционно-воспалительные заболевания в стадии обострения, злокачественные новообразования.

Возраст обследованных пациенток — от 27 до 39 лет, в среднем — $34,9 \pm 4,8$ года. Средний возраст участниц с первичным бесплодием был на 4,2 года меньше, чем с вторичным ($32,4 \pm 3,3$ года против $36,6 \pm 3,7$ года).

В зависимости от условий проведения комплексной послеоперационной реабилитации пациентки были стратифицированы на две группы: I группа — 40 женщин, прошедших курсы послеоперационной реабилитации в условиях стационара дневного пребывания, включавшие медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, с последующим направлением на санаторно-курортное лечение; II группа — 40 пациенток, прошедших послеоперационную реабилитацию амбулаторно в виде одного курса противовоспалительной терапии.

Крутова Виктория Александровна — д. м. н., доцент, главный врач Базовой акушерско-гинекологической клиники ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. 350063, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1. E-mail: vik-krutova@yandex.ru

Ордокова Аминат Айдамиркановна — врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения Базовой акушерско-гинекологической клиники ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. 350063, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1. E-mail: amnu.the.sun@gmail.com

Тарабанова Ольга Викторовна — к. м. н., врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения Базовой акушерско-гинекологической клиники ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. 350063, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1. E-mail: ponotar@gmail.com

Чуприненко Людмила Михайловна — к. м. н., доцент, заведующая патолого-анатомическим отделением Базовой акушерско-гинекологической клиники ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. 350063, г. Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1. E-mail: lmchbox@mail.ru
(Окончание. Начало см. на с. 22.)

Соотношение первичного и вторичного бесплодия в I и II группах существенно не отличалось и составило 70,0% к 30,0% и 65,0% к 35,0% соответственно. Длительность бесплодия, по данным анамнеза, варьировала от 2 до 20 лет.

Предоперационное комплексное клиничко-лабораторное обследование пациенток включало в себя УЗИ с цветовым доплеровским картированием и доплерометрией, осуществляемое при помощи сканеров экспертного класса, а также жидкостную гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием матки. По результатам гистологического исследования соскобов судили о состоянии эндометрия и косвенно — о гормональном фоне.

Всем пациенткам была выполнена миомэктомия лапароскопическим доступом с использованием эндоскопической стойки с набором инструментов фирмы Karl Storz (Германия). Интраоперационно перед миомэктомией проводили коррекцию выявленной сопутствующей гинекологической патологии, проверку проходимости маточных труб, мобилизацию и восстановление нормальной анатомии органов малого таза. Этапы миомэктомии были традиционны: вылушивание миоматозного узла, обеспечение гемостаза, ушивание послеоперационного дефекта [4, 14].

Комплексная реабилитация предусматривала курс лечения, включавший гормонотерапию, противовоспалительное, иммуномодулирующее, физиотерапевтическое, санаторно-курортное лечение [3, 15].

Гормонотерапию назначали по показаниям с учетом сопутствующих дисгормональных заболеваний и заинтересованности в последующей реализации репродуктивной функции. Применяли препараты агонистов ГнРГ или диеногест.

На амбулаторно-поликлиническом этапе проводили эндоскопическую реабилитацию, включавшую следующие мероприятия:

- назначение лекарственных препаратов: Вобэнзима (5 т 3 р/д за 40 мин до еды), гимекромона (2 т 3 р/д за 10 мин до еды), Аскорутин (2 т 3 р/д), Нарине-Форте (1 ст. л. 3 р/д), Эссенциале (2 капс. 3 р/д или 1 капс. 5 р/д), полиметилсилоксана полигидрата в форме пасты (1 ст. л. 2 р/д через 1,5 ч после еды), Галавита или Тимогена 1,0 в/м через день № 10, чередуя с алоэ 2,0 в/м № 10), Генферона (1 млн ЕД в прямую кишку № 20);
- озонотерапию, состоящую из внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора в объеме 200 мл с концентрацией озона 1,2–1,4 мг/л в количестве от 3 до 6 процедур;
- крайне высокочастотную терапию (КВЧ-терапию) на область проекции матки и ее придатков, 30 минут на сеанс, на курс 10 процедур, в сочетании с интерференционными токами и магнитотерапией, противовоспалительный эффект которых дополняет медикаментозную терапию; воздействие локализовали в надлобковой, паховой и пояснично-крестцовой областях.

На санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации на базе федеральных и внутренних курортов применяли:

- процедуры климатотерапии в щадяще-тренирующем режиме (аэро- и гелиотерапия), морские купания (на базе здравниц Черноморского побережья Кавказа);
- дифференцированную в зависимости от гормонального фона и особенностей сопутствующей патологии бальнеотерапию (сероводородную или йодобромную) в виде общих ванн и влагалитических орошений;

- индивидуально подобранные в зависимости от особенностей экстрагенитального статуса режимы приема лечебных минеральных вод;
- аппаратную физиотерапию, среди методов которой предпочтение отдавали современным (КВЧ- и лазеротерапии, сочетанному физиотерапевтическому воздействию).

С целью коррекции гиперэстрогении после миомэктомии пациенткам было рекомендовано санаторно-курортное лечение в здравницах Краснодарского края:

- на курорте «Горячий ключ»: йодобромные минеральные воды (скважина № 103/2);
- курорт Ейск: высокоминерализованные хлоридно-натриевые йодобромные воды;
- курорт Хадыженск и санатории Апшеронского района: минеральные воды средней и малой минерализации, гидрокарбонатно-хлоридные натриевые, слабощелочные, йодные, борные.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Для определения статистической значимости полученных результатов определяли ДИ с коэффициентом доверительной вероятности 95%. Для проверки точности гипотезы использовали χ^2 , для оценки информативности — непараметрический метод с помощью U-критерия Манна — Уитни для малых выборок. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота сочетания миомы матки с эндометриозом тазовой брюшины в исследуемых группах достоверно не отличалась и составила 67,5% и 70,0% соответственно (табл. 1). У этих пациенток чаще диагностировали поражение эндометриозом тазовой брюшины и яичников, что сопровождалось более выраженным спаечным процессом в брюшной полости, характерным для такой локализации процесса. В 41,2% наблюдений наружные формы эндометриоза сочетались с клиническими и эндоскопическими признаками эндометриоза матки.

У большинства пациенток обеих групп в анамнезе отмечали хронические ВЗОМТ различной локализации. Достоверные различия по этому показателю между группами не выявлены.

Проведенное в рамках предоперационной подготовки УЗИ с цветным доплеровским картированием позволило своевременно диагностировать миоматозные узлы с хорошо выраженной васкуляризацией, локализованные в дне матки, а также обнаружить признаки сопутствующего аденомиоза. Этим пациенткам (42,5% в I группе и 35,0%

Таблица 1

Частота встречаемости у пациенток с миомой матки других гинекологических заболеваний

Гинекологические заболевания	I группа (n = 40)		II группа (n = 40)	
	n	%	n	%
Эндометриоз тазовой брюшины	27	67,5	28	70,0
Эндометриоз яичников	12	30,0	14	35,0
Эндометриоз матки	15	37,5	18	45,0
Железистая гиперплазия эндометрия	9	22,5	10	25,0
Сальпингит и оофорит	27	67,5	24	60,0
Хроническая воспалительная болезнь матки	24	60,0	26	65,0

во II группе) интраоперационно непосредственно перед миомэктомией производили окклюзию восходящих ветвей маточных артерий, что позволило сократить приток крови к телу матки, уменьшить объем кровопотери и облегчить экзуклеацию узлов.

Количество диагностированных и удаленных миоматозных узлов варьировало от 1 до 8 ($3,1 \pm 1,2$), диаметр наибольшего узла в наблюдении составил 9,0 см, наименьшего — 0,6 см. Средний размер опухоли — $5,6 \pm 0,9$ см. Множественная миома обнаружена у 55,0% женщин I группы и у 45,0% пациенток II группы ($p > 0,05$).

При гистологическом исследовании миоматозных узлов, удаленных у пациенток с бесплодием, обнаружены опухоли преимущественно с типичным вариантом строения с хорошо выраженной или гиалинизированной стромой. Клеточный тип лейомиомы диагностирован в 7,5% наблюдений в I группе и в 5,0% во II группе ($p > 0,05$).

Гормонотерапию агонистами ГнРГ проводили у 70,0% пациенток I группы и 62,5% II группы. Диеногест в дозе 2 мг/сут в непрерывном режиме в течение 8–12 месяцев получали 22,5% женщин I группы и 27,5% II группы. Остальные пациентки отказались от гормонотерапии.

Срок наблюдения самостоятельного восстановления фертильности после хирургического лечения составил 2 года. К планированию беременности участниц допускали спустя 6–12 месяцев после миомэктомии, критериями допуска служило отсутствие эхографических маркеров частичной или полной неполноценности рубца [11, 16].

Данные о репродуктивных исходах лечения пациенток представлены в таблице 2. В течение первого года после окончания реабилитации беременность спонтанно наступила у 42,5% участниц I группы и 27,5% II группы ($p < 0,05$). Срочные роды живым плодом произошли у 37,5% пациенток I группы и у 22,5% пациенток II группы ($p < 0,05$). В I группе в одном (2,5%) наблюдении беременность закончилась самопроизвольным прерыванием в сроке 7 недель; еще у одной (2,5%) пациентки диагностировали трубную беременность, по поводу которой была произведена лапароскопическая тубэктомия, выявлен рецидив наружного генитального эндометриоза. Две (5,0%) женщины из II группы также были экстренно прооперированы по поводу

трубной беременности, во время лапароскопии обнаружили спаечный процесс II стадии с тенденцией к формированию гидросальпинксов.

В программу ЭКО сразу после окончания реабилитации были направлены 12,5% пациенток I группы и 10% II группы ($p > 0,05$). Клиническая беременность наступила у 2 (5,0%) участниц I группы: одна беременность завершилась родами в доношенном сроке, вторая — преждевременными родами двойней в сроке 34 недели. Во II группе беременность наступила также у 2 женщин. В одном случае она завершилась родами доношенным живым плодом, в другом — самопроизвольным прерыванием беременности в малом сроке.

Таким образом, среди пациенток I группы, прошедших курс реабилитации в условиях стационара дневного пребывания в сочетании с санаторно-курортным лечением, частота наступления беременности оказалась в 1,5 раза выше, чем во II группе, где реабилитационные мероприятия были ограничены амбулаторным этапом ($p < 0,05$).

Разрывов матки по рубцу во время беременности у обследованных пациенток не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

Период реабилитации после миомэктомии не менее важен, чем сама операция, поскольку правильное течение процессов репарации обеспечивает надежность формирующегося рубца. Напротив, негативное воздействие медико-социальных факторов (несоблюдение рекомендованного режима, отказ от амбулаторного восстановительного лечения) отрицательно сказывается на процессах заживления и приводит к несостоятельности рубца на матке, что повышает риск репродуктивных потерь. Так, у 2 пациенток II группы диагностирован спаечный процесс II степени с тенденцией к формированию гидросальпинксов; их опрос выявил полное или частичное несоблюдение рекомендаций по проведению комплексной восстановительной терапии в амбулаторных условиях.

Физиотерапевтические процедуры, применяемые в послеоперационном периоде, должны быть интенсивными, а при необходимости курсы лечения следует повторять. При этом в комплексной восстановительной терапии важно использовать как преформированные, так и естественные физические факторы.

Частота наступления беременности у пациенток после миомэктомии и комплексной реабилитации оказалась достаточно высокой и соответствовала данным современной литературы, причем наибольшая частота благоприятных исходов приходилась на контингент женщин до 35 лет, что совпадает с результатами отечественных исследований [1]. Этот факт говорит о важности своевременного выявления и раннего лечения женщин с миомой матки, имеющих репродуктивные планы.

В некоторых случаях было решено отказаться от ожидания спонтанного наступления беременности в связи с такими причинами, как длительность бесплодия более 10 лет, снижение овариального резерва и др. Так, 12,5% пациенток из I группы и 10,0% из II группы по окончании восстановительного периода были направлены в отделение ВРТ для осуществления ЭКО.

Несмотря на высокую эффективность реконструктивно-пластических операций при доброкачественных опухолях матки, они не устраняют причину заболевания, и, соответственно, не гарантируют отсутствие рецидивов в будущем.

Таблица 2

Исходы лечения пациенток с миомой матки в сочетании с бесплодием

Характер наступления беременности	Исходы беременности	I группа (n = 40)		II группа (n = 40)	
		n	%	n	%
Спонтанная	Роды живым плодом	15	37,5	9	22,5*
	Самопроизвольный выкидыш	1	2,5	—	—
	Внематочная беременность	1	2,5	2	5,0
В результате экстракорпорального оплодотворения	Роды живым плодом	2	5,0	1	2,5
	Самопроизвольный выкидыш	—	—	1	2,5
Всего		19	47,5	13	32,5*

* $P < 0,05$.

Кроме того, оценивая пути повышения эффективности хирургического лечения бесплодия, ассоциированного с миомой матки, можно заключить, что прогресс будет определяться не столько совершенствованием собственно хирургической техники удаления узлов и последующего восстановления дефекта миометрия, сколько успехами предоперационной подготовки и индивидуализированной реабилитационной терапии с учетом сопутствующих заболеваний, направленной на профилактику рецидива и восстановление детородной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян Л. В., ред. Сочетанные доброкачественные опухоли и гиперпластические процессы матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). Клинические рекомендации по ведению больных. М.; 2015. 94 с. [Adamyann L. V., red. Sochetannyye dobrokachestvennyye oprukholi i giperplasticheskie protsessy matki (mioma, adenomioz, giperplaziya endometriya). Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh. M.; 2015. 94 s. (in Russian)]
2. Фаткуллин И. Ф., Баканова А. Р., Илизарова Н. А., Галеев А. А. Новые возможности лечения миомы матки у женщин при нарушении репродуктивной функции. Доктор.Ру. 2016; 8(125)–9(126): 32–7. [Fatkulllin I. F., Bakanova A. R., Ilizarova N. A., Galeev A. A. Novyye vozmozhnosti lecheniya miomy matki u zhe-nshchin pri narushenii reproduktivnoy funktsii. Doktor.Ru. 2016; 8(125)–9(126): 32–7. (in Russian)]
3. Щербаклова Л. А., Густоварова Т. А., Бехтерева И. А., Роци-на Л. М. Вопросы сохранения репродуктивной функции жен-щин после хирургического лечения субмукозной миомы матки. Вестн. Смоленской государственной медицинской академии. 2011; 4: 9–13. [Shcherbakova L. A., Gustovarova T. A., Bekhtereva I. A., Roshchina L. M. Voprosy sokhraneniya reproduktivnoy funktsii zhenshchin posle khirurgicheskogo lecheniya submukoznoi miomy matki. Vestn. Smolenskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii. 2011; 4: 9–13. (in Russian)]
4. Bulun S. E. Uterine fibroids. N. Engl. J. Med. 2013; 369(14): 1344–55.
5. Khan K. N., Kitaiima M., Hiraki K., Fujishita A., Sekine I., Ishimaru T. et al. Changes in tissue inflammation, angiogenesis and apoptosis in endometriosis, adenomyosis and uterine myoma after GnRH agonist therapy. Hum. Reprod. 2010; 25(3): 642–53.
6. Gambadauro P. Dealing with uterine fibroids an reproductive medicine. J. Obstet. Gynaecol. 2012; 32(3): 210–6.
7. Somigliana E., Vercellini P., Daguati R., Pasin R., De Giorgi O., Crosignani P. G. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence. Human. Reprod. Update. 2007; 13(5): 465–76.
8. Адамьян, Л. В., ред. Миома матки: диагностика, лечение и ре-абилитация. Клинические рекомендации. М.; 2015. 101 с. [Ada-myann, L. V., red. Mioma matki: diagnostika, lechenie i reabilitatsiya. Klinicheskie rekomendatsii. M.; 2015. 101 s. (in Russian)]
9. Brucker S. Y., Huebner M., Wallwiener M., Stewart E. A., Ebersoll S., Schoenfish B. et al. Clinical characteristics indicating adenomyosis coexisting with leiomyomas: a retrospective, questionnaire-based study. Fertil. Steril. 2014; 101(1): 237–41.e1.
10. Hirata T., Izumi G., Takamura M., Saito A., Nakazawa A., Harada M. et al. Efficacy of dienogest in treatment of symptomatic adenomyo-sis: a pilot study. Gynecol. Endocrinol. 2014; 30(10): 726–9.
11. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейо-миомы матки. М.: МЕДпресс-информ; 2004. 400 с. [Vikhlyae-va E. M. Rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu leiomiomy matki. M.: MEDpress-inform; 2004. 400 s. (in Russian)]
12. Макаренко Л. В. Послеоперационная медицинская реабилита-ция больных наружным генитальным эндометриозом в здрав-ницах Южного федерального округа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Сочи; 2013. 142 с. [Makarenko L. V. Posleoperatsion-naya meditsinskaya reabilitatsiya bol'nykh naruzhnym genita-l'nym endometriozom v zdravniatsakh Yuzhnogo federal'nogo okruga: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Sochi; 2013. 142 s. (in Russian)]
13. Адамьян Л. В., Сонова М. М., Логинова О. Н., Тихонова Е. С., Яроцкая Е. Л., Зимина Э. В. и др. Сравнительный анализ эффек-тивности диеногеста и лейпрорелина в комплексном лече-нии генитального эндометриоза. Пробл. репродукции, 2013; 4: 33–8. [Adamyann L. V., Sonova M. M., Loginova O. N., Tikhono-va E. S., Yarotskaya E. L., Zimina E. V. i dr. Sravnitel'nyi analiz effektivnosti dienogesta i leiprorelina v kompleksnom lechenii genital'nogo endometrioz. Probl. reproduksii, 2013; 4: 33–8. (in Russian)]
14. Адамьян Л. В., Кулаков В. И. Эндоскопия в гинекологии. М.: Ме-дицина; 2000. 383 с. [Adamyann L. V., Kulakov V. I. Endoskopiya v ginekologii. M.: Meditsina; 2000. 383 s. (in Russian)]
15. Чулкова А. М. Технологии восстановительной медицины в про-филактике бесплодия трубного происхождения у женщин раннего репродуктивного возраста: Дис. ... канд. мед. наук. Сочи; 2011. 146 с. [Chulkova A. M. Tekhnologii vosstanovitel'noi meditsiny v profilaktike besplodiya trubnogo proiskhozhdeniya u zhenshchin rannego reproduktivnogo vozrasta: Dis. ... kand. med. nauk. Sochi; 2011. 146 s. (in Russian)]
16. Мерц Э. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинеко-логии. Т. 2. Гинекология. Пособие для врачей. М.: МЕДпресс-информ; 2011: 256–60. [Merts E. Ul'trazvukovaya diagnostika v akusherstve i ginekologii. T. 2. Ginekologiya. Posobie dlya vrachei. M.: MEDpress-inform; 2011: 256–60. (in Russian)]

Библиографическая ссылка:

Крутова В. А., Баширов Э. В., Чуприненко Л. М., Тарабанова О. В., Ордокова А. А. Опыт ведения пациенток с миомой матки и бесплодием // Доктор.Ру. 2017. № 9 (138). С. 22–26.

Citation format for this article:

Krutova V. A., Bashirov E. V., Chuprinenko L. M., Tarabanova O. V., Ordokova A. A. Treating Infertile Patients with Uterine Leiomyoma. Doctor.Ru. 2017; 9(138): 22–26.