

Дифференцированный подход к органосохраняющему лечению миомы матки у женщин репродуктивного возраста

А.Н.Плеханов^{1,2}, Н.А.Татарова¹, Ю.С.Шшишкина¹

¹ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова Минздрава России. 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41;

²НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО «Российские железные дороги». 195271, Россия, Санкт-Петербург, пр. Мечникова, д. 27

Целью исследования была оценка эффективности комплексного лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста; 103 женщинам репродуктивного возраста произведена миомэктомия из малоинвазивных доступов. Для профилактики рецидива миомы пациенткам 1-й группы в качестве адъювантной терапии назначали агонист гонадотропин-рилизинг-гормона (бусерелин) пролонгированного действия в течение 4–6 мес, пациентки 2-й группы противорецидивную терапию не получали, пациентки 3-й группы в качестве неoadъювантной терапии получали улипристала ацетат. Произведена оценка отдаленных последствий у всех групп пациентов. Критериями эффективности лечения были: частота рецидивирования миомы, восстановление репродуктивной и нормализация менструальной функций. В результате получено достоверное увеличение рецидивов миомы матки в группе, не получавшей адъювантную терапию (5,2% vs 25%).

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, улипристала ацетат.

[✉] a_plekbanov@mail.ru

Для цитирования: Плеханов АН., Татарова НА., Шшишкина Ю.С. Дифференцированный подход к органосохраняющему лечению миомы матки у женщин репродуктивного возраста. Гинекология. 2015; 17(2): 70–73.

Different approach to conserving therapy of uterine fibroids in women of reproductive age

AN.Plekbanov^{1,2}, NA.Tatarova¹, Yu.S.Shibskina¹

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. 191015, Russian Federation, Saint-Petersburg, ul. Kirochnaia, d. 41;

²Saint-Petersburg railway hospital. 195271, Russian Federation, Saint-Petersburg, pr. Mechnikova, d. 27

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of integrated treatment of uterine fibroids in women of reproductive age; 103 women of reproductive age of minimally invasive myomectomy performed accesses. To prevent a recurrence of fibroids patients in Group 1 as adjuvant therapy was administered agonist of gonadotropin-releasing hormone (buserelin) prolonged action for 4–6 months, patients in group 2 did not receive anti-relapse therapy, patients of group 3 as neoadjuvant ulipristal acetate therapy received. An assessment of long-term effects in all groups of patients. The criteria for the effectiveness of treatment were: frequency of recurrence of fibroids, reproductive and normalization of menstrual function. The result is a significant increase in the recurrence of uterine fibroids in the group receiving no adjuvant therapy (5.2% vs 25%).

Key words: uterine fibroids, myomectomy, agonists of gonadotropin-releasing hormone, ulipristal acetate.

[✉] a_plekbanov@mail.ru

For citation: Plekbanov AN., Tatarova NA., Shishkina Yu.S. Different approach to conserving therapy of uterine fibroids in women of reproductive age. Gynecology. 2015; 17(2): 70–73.

По данным разных источников и повседневных клинических наблюдений, миома матки развивается у 20–77% женщин [2, 4–6]. Чаще всего миома матки диагностируется у женщин в возрасте старше 35 лет, на возраст 35–55 лет приходится до 90% общего числа заболеваний [6, 13].

Но в последние годы отмечается рост частоты обнаружения миомы матки у женщин молодого возраста, что, по-видимому, в значительной мере связано с внедрением новых, более совершенных методов диагностики и большей их доступностью [1, 2, 5, 10, 11].

Число оперированных по поводу миомы матки в различных гинекологических стационарах варьирует от 41 до 74% [7–11].

Обращает на себя внимание то, что в структуре оперативных вмешательств преобладают радикальные операции, которые составляют 60,9–95,3% [4, 6, 10].

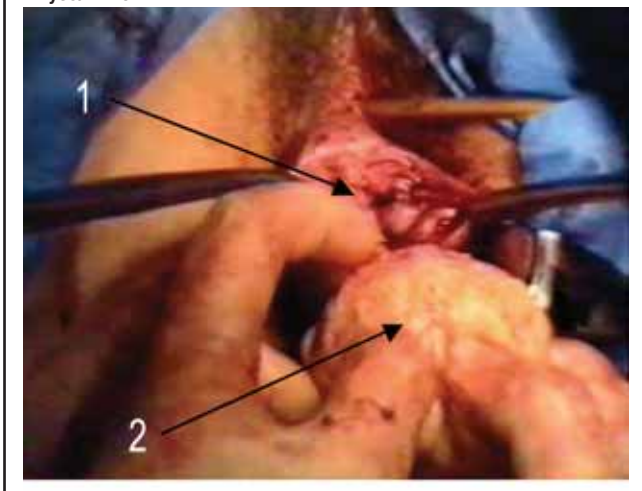
Консервативно-пластические операции выполняются довольно редко: на протяжении последних 30–40 лет не более чем в 10–12% случаев. Между тем среди оперируемых по поводу миомы матки каждая четвертая женщина находится в возрасте до 40 лет. В связи с этим крайне актуален вопрос о проведении щадящих операций у женщин молодого возраста.

Наличие миомы матки в репродуктивном возрасте также может осложнить течение наступившей беременности [2, 4–6, 11]. Это связано с тем, что к особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки относятся: угроза прерывания в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода, быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, отслойка плаценты, особенно в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла, неправильные положения и предлежания плода. Роды у беременных с миомой матки также протекают с осложнениями (несвоевременное излитие вод, аномалии сократительной деятельности матки, дистресс плода, плотное прикрепление плаценты, гипотонические кровотечения, субинволюция матки в послеродовом периоде и др.) [6].

У женщин позднего репродуктивного возраста миома матки, с одной стороны, может явиться причиной бесплодия и невынашивания, а с другой – причиной послеродового кровотечения, требующего хирургических методов гемостаза, вплоть до экстирпации матки [5, 6, 11].

Причины возникновения миомы матки до сих пор являются предметом дискуссии. Спорные вопросы патогенеза миомы матки делают равноправным существование

Рис. 1. Миоматозный узел выделен и удален: 1 – стенка матки, 2 – узел миомы.



различных подходов к выбору метода лечебного воздействия [1, 3, 12, 16]. Поэтому основные методы лечения основывались на блокаде функции яичников, это направление получило широкое распространение с внедрением в практику агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) [13].

Однако к настоящему времени накоплены убедительные данные и о роли прогестерона в развитии миомы матки. Установлено, что на клеточном уровне прогестерон вызывает рост клеток миомы, о чем свидетельствует увеличение экспрессии маркеров пролиферации в миоме во время лютеиновой фазы менструального цикла. Прогестерон оказывает как непосредственное воздействие на клетки миометрия, связываясь со своими специфическими рецепторами, так и опосредованное за счет экспрессии различных факторов роста [14]. Исходя из этого, блокаторы рецепторов прогестерона способны подавлять рост миомы матки, а также приводить к ее регрессии. К лигандам рецепторов прогестерона относят прогестерон или его аналоги (гестагены), составляющие группу чистых агонистов, а также чистых антагонистов. Помимо этого в настоящее время разработана группа препаратов, сочетающих в себе агонистически-антагонистические свойства и получивших название селективных модуляторов прогестероновых рецепторов (например, улипристала ацетат) [1, 3, 13, 15, 16].

Консервативная терапия больших миомой матки часто является недостаточно эффективной, в связи с чем приходится прибегать к оперативному лечению. При этом совершенно недопустимо противопоставление консервативного и хирургического методов. Патогенетически обоснованной концепцией лечения миомы матки является комбинированное воздействие – хирургическое и медикаментозное.

В репродуктивном возрасте наиболее эффективным и оптимальным методом лечения миомы остается миомэктомия [5, 7–10]. Основной задачей проведения данной операции является сохранение органа, восстановление нормальной анатомии матки с целью сохранения или восстановления детородной функций у женщин.

Многочисленными исследованиями доказано, что миомэктомия позволяет повысить частоту наступления и вынашивания беременности у пациенток с бесплодием [2, 4–6].

Репродуктивная функция после оперативного лечения восстанавливается спонтанно у 31,7–67% пациенток. Отмечается четкая корреляция с возрастом женщины: до 30 лет беременность наступала в 78% случаев; от 30 до 35 – в 45%, старше 35 лет – лишь в 6,3% [6, 8].

Миомэктомия осуществляется различными хирургическими доступами: лапаротомическим, лапароскопическим, влагалищным и гистероскопическим. Каждый из этих методов имеет как свои преимущества, так и ограничения. Вне зависимости от используемого доступа перед хирургом стоит ряд задач, выполнение которых позволяет повы-

сить эффективность и безопасность производимого вмешательства: обеспечить условия для формирования полноценного рубца на матке, максимально уменьшить объем кровопотери, уменьшить длительность и травматичность операции.

Долгосрочный эффект операции существенно ограничивается высокой частотой рецидивов, которая достигает 9–55% случаев [6, 8].

Таким образом, обоснована необходимость своевременного оперативного лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки до наступления беременности с индивидуальным методом хирургического лечения и сопутствующей фармакотерапии [1, 3, 12, 13, 15, 16].

Результаты консервативно-пластических операций заметно улучшаются при сочетании хирургических вмешательств с проведением корректирующего консервативного лечения до и особенно после операции [9–11].

Обобщая имеющийся клинический опыт и научные исследования, необходимо отметить, что до настоящего времени единой точки зрения о методе фармакотерапии до и после консервативной миомэктомии, а также четких рекомендаций по применению того или иного доступа у женщин репродуктивного возраста не существует.

Целью научно-практического исследования была оценка эффективности комплексного (консервативная миомэктомия и фармакотерапия) лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Комплексное лечение включало выполнение влагалищной, лапароскопической или комбинированной лапароскопической и влагалищной миомэктомии с использованием бусерелина пролонгированного действия в послеоперационном периоде в течение 4–6 мес, также отдельно была выделена группа пациенток, которые в предоперационном периоде получали улипристала ацетат 5 мг (Эсмия) в течение 3 мес.

В ретроспективное исследование были включены 93 женщины с миомой матки в возрасте от 22 до 45 лет, которым выполнялась миомэктомия из малоинвазивных доступов.

Все пациентки ретроспективной части выборки были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 58 пациенток, которые в послеоперационном периоде получали терапию препаратом – агонистом ГнРГ в течение 4–6 мес. Во 2-ю группу вошли 35 женщин, которые в послеоперационном периоде терапию не получали из-за наличия противопоказаний к данным препаратам или нежелания женщины. В проспективную часть (3-я группа) вошли 10 пациенток, которые в качестве неoadъювантной терапии получали улипристала ацетат в течение 3 мес.

У 41 пациентки из 1 и 2-й групп операция выполнялась из лапароскопического доступа, у 43 пациенток из комбинированного лапароскопического и влагалищного, у 9 пациенток из чисто влагалищного доступа. У пациенток 3-й группы все операции выполнялись лапароскопически.

Выбор доступа осуществлялся в зависимости от размеров матки, особенности расположения миоматозных узлов, емкости влагалища, перенесенных ранее операций. При необходимости производилось устранение спячного процесса, проведение симультанных операций. Для обезболивания применялись интубационный комбинированный наркоз, спинномозговая анестезия.

Показаниями к операции служили:

- бесплодие;
- наличие больших размеров опухоли (размеры миомы матки до 14 нед);
- быстрый рост опухоли;
- болевой синдром или признаки сдавления смежных органов;
- нарушение питания узла;
- миома матки, осложненная постгеморрагической анемией.

Перед операцией выполнялось стандартное общеклиническое обследование.

Используемая методика влагалищной миомэктомии включает следующие этапы операции [7–9].

Если после ультразвукового и других методов исследования остаются сомнения в локализации, размерах и количестве фиброматозных узлов, необходимо в качестве I этапа выполнить диагностическую лапароскопию, поскольку ревизия органов малого таза через заднюю кольпотомную рану весьма ограничена. В том случае, если ситуация не требует уточнения диагноза, операция сразу может быть начата влагалищным доступом. Для уменьшения кровоточивости и кровопотери во время операции мы инфильтрируем слизистую заднего свода влагалища раствором адреналина (0,1–1,0% адреналина на 500 мл физиологического раствора), затем выполняем заднюю кольпотомию.

Серозная оболочка матки фиксируется пулевыми щипцами или окончатый зажимом и выводится в рану. При необходимости возможно проведение инфильтрации раствором адреналина тканей матки вокруг фиброматозного узла. Следующим этапом производится разрез серозной оболочки матки над узлом. Разрез должен быть адекватен локализации и размерам узла и по возможности выполнен на максимально возможном расстоянии от крупных маточных сосудов. Фиброматозный узел фиксируется пулевыми щипцами, поэтапно выделяется и выводится в рану (рис. 1).

Если размеры узла превосходят размеры кольпотомной раны, мы используем метод фрагментации или кускования узла (техника его выполнения аналогична таковой при влагалищной гистерэктомии). После удаления узла на рану матки накладываются швы (рис. 2).

Производится контроль гемостаза, матка погружается в брюшную полость, кольпотомная рана ушивается наглухо.

Методика миомэктомии комбинированным лапароскопическим и влагалищным доступом включала лапароскопический и влагалищный этапы. Лапароскопический этап включал в себя введение маточного манипулятора до наложения пневмоперитонеума. Использовались три лапароскопических прокола с установкой троакаров: первый 10-миллиметровый пупочный, два 5-миллиметровых в правой и левой подвздошных областях.

При диагностической лапароскопии выполнялось восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в полости таза, нарушенных вследствие спаечного процесса, идентификация мочеточников (при необходимости), вскрытие серозной оболочки матки и выделение миоматозного узла с поэтапным осуществлением гемостаза с помощью биполярного коагулятора, а затем ротирование и пересечение сосудистой ножки узла (при наличии последней). Узел погружался в резиновый контейнер. При чисто субсерозном расположении узла и отсутствии глубокой инвазии в мышечный слой ушивание раны матки не производилось, для профилактики возникновения спаечного процесса в послеоперационном периоде использовались синтетические барьерные материалы (Intercoat).

Производилась задняя кольпотомия. Удаленный узел в контейнере удалялся через кольпотомное отверстие. При размерах узла, превышающих размеры раны, выполнялась фрагментация узла через кольпотомную рану. Этап фрагментации осуществлялся следующим образом. После выполнения задней кольпотомии пулевыми щипцами в рану низводится контейнер с удаленным фиброидом. После этого выступающая в рану часть фиброматозного узла захватывалась пулевыми щипцами, подтягивалась в рану и отсекалась скальпелем. Перед полным отсечением фрагмента пулевые щипцы накладывались на следующий видимый фрагмент узла. Таким образом, узел удалялся фрагментарно до тех пор, пока размеры оставшейся части соответствовали размерам влагалищной раны. После удаления препарата на кольпотомную рану накладывался П-образный шов, влагалище туго тампонировалось на 2 ч.

В случаях субсерозно-интрамуральной локализации узлов, наличии необходимости ушивания раны матки к перечисленным выше манипуляциям производилось трансвагинальное ушивание ложа фиброматозного узла однорядным или двухрядным швами (рис. 3).

Для успешного выполнения влагалищной миомэктомии необходимо соблюдение определенных условий: хорошая мобильность матки, наличие емкого влагалища. После уши-

Рис. 2. Ушивание раны на матке: 1 – стенка матки, 2 – ложе удаленного узла.

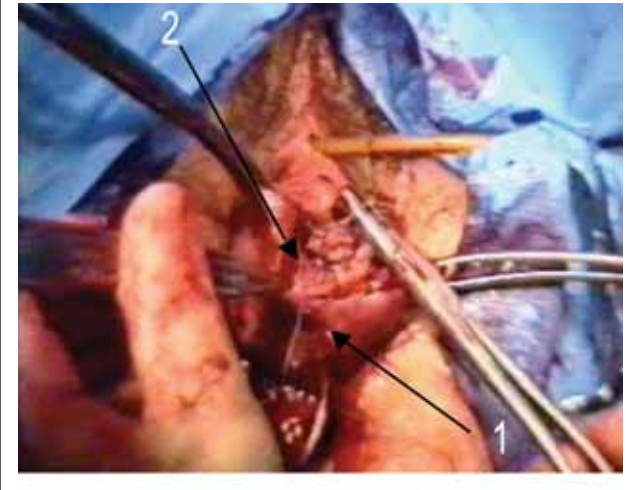
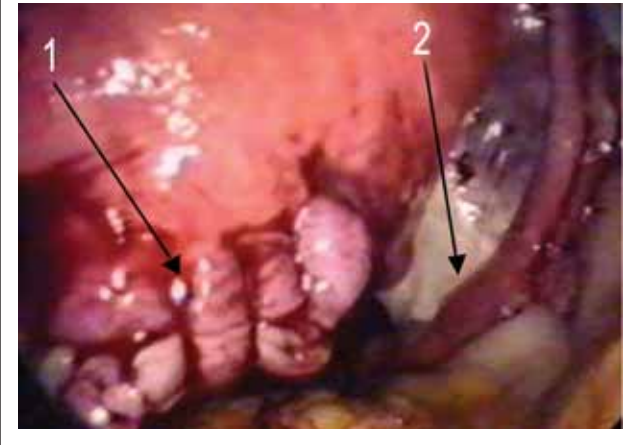


Рис. 3. Лапароскопический контроль гемостаза и дренирование малого таза. Швы, наложенные из влагалищного доступа, аналогичны швам при лапаротомической миомэктомии: 1 – шов на матке, 2 – дренаж из силиконовой резины.



вания кольпотомной раны лапароскопически осуществляется контроль гемостаза и дренирование малого таза.

Чисто лапароскопические миомэктомии выполнялись по описанной выше методике, но для извлечения узла использовался морцеллятор, также с применением противоспаечного барьера Intercoat. Ушивание раны на матке выполнялось лапароскопически по оригинальной методике (заявка №2014129361), отличающейся тем, что накладывают двухрядный непрерывный шов с использованием нити V-loc.

Результаты и обсуждения

Все группы не имели статистических различий ($p < 0,05$) по средним показателям возраста, величины миомы, величины доминантного узла, частоты анемизации до хирургического лечения и т.д. Возраст пациенток 1-й группы составил $31,3 \pm 0,5$ года, 2-й группы – $29,2 \pm 0,4$, 3-й группы – $30,7 \pm 0,4$ года. Размеры матки в 1-й группе – $12,5 \pm 0,4$ нед, во 2-й группе – $9,4 \pm 0,4$ нед, в 3-й группе – $10,5 \pm 0,5$.

Средняя продолжительность вмешательства составила $55 \pm 4,3$ мин при использовании комбинации лапароскопического и влагалищного доступов, при влагалищном доступе – $57 \pm 4,5$ мин, при лапароскопической миомэктомии – $105 \pm 6,2$ мин. Длительность нахождения больных в стационаре составила 2–3 дня. Величина кровопотери не превышала 350 мл ни в одном из случаев, а в среднем составила $150 \pm 19,3$ мл.

По основным показателям полученные результаты выполнения миомэктомии комбинированным лапароскопическим и вагинальным доступом и лапароскопическим до-

ступом отличаются прежде всего продолжительностью операции, что в значительной степени связано с использованием морцеллятора для удаления препарата и также нарушает соблюдение онкологических принципов. Уменьшить время операции, соблюсти онкологические принципы при выполнении лапароскопической миомэктомии нам позволило сочетание лапароскопического и влагалищного доступа.

Также необходимо отметить, что влагалищная миомэктомия позволяет избежать осложнений, связанных с проведением эндотрахеальной анестезии и напряженного карбоперитонеума, так как ее выполнение возможно под спинальной анестезией, что особенно ценно для пациенток с выраженной соматической патологией и ожирением.

В свете многочисленных дискуссий о состоятельности швов на матке после миомэктомии при использовании различных доступов необходимо отметить, что швы, наложенные на матку из влагалищного доступа, идентичны швам при лапаротомной миомэктомии, т.е. состоятельность их не вызывает сомнения [2, 4, 5].

При осмотре женщин из 1 и 2-й групп (93 женщины) через 2–5 лет после проведенного лечения рецидив заболевания выявлен у 12 (12,9%); у 3 (3,2%) больных из 1-й группы и у 9 (25%) пациенток, не получавших адъювантную терапию.

О возникновении рецидива миомы говорили в случае появления хотя бы одного миоматозного узла диаметром более 1 см при динамическом ультразвуковом обследовании. Также нужно отметить, что у пациенток, получавших аналоги ГнРГ, узлы миомы были достоверно меньшего объема и возникали через более длительный промежуток времени ($p < 0,05$).

Двум пациенткам из 2-й группы выполнено повторное оперативное вмешательство в связи с наличием интрамурально-субмукозной миомы 1-го типа (гистерорезектоскопическая миомэктомия). У 23 (24,7%) женщин в течение 6–24 мес после операции наступила маточная беременность: у 18 пациенток из 1-й группы, и у 5 – из 2-й группы. Двенадцать женщин родоразрешены путем операции кесарево сечение при доношенном сроке, у 7 – кесарево сечение на сроке 36–37 нед беременности. Две беременности закончились срочными родами через естественные родовые пути. У 1 пациентки произошел самопроизвольный выкидыш в 7–8 нед беременности. Трубная беременность диагностирована в 1 случае. В течение беременности и в родах ни у одной из оперированных и наблюдаемых нами женщин не было несостоятельности рубца на матке после миомэктомии.

Показаниями к использованию улипристала ацетата у женщин 3-й группы были гиперполименорея, выраженная постгеморрагическая анемия, большие размеры узла (более 6 см), интрамурально-субмукозная локализация узлов.

Все пациентки прооперированы из лапароскопического доступа. Ни у одной из них не возникло интра- и послеоперационных осложнений. Кровопотеря не превышала 150 мл ни в одном из случаев.

Отдаленные результаты после использования препарата требуют дальнейшего изучения, на данном этапе хотелось бы отметить, что у пациенток, находившихся под наблюдением более 6 мес, ни одного рецидива обнаружено не было.

Также обращает на себя внимание отличная переносимость препарата (ни одна из пациенток не отмечала появления климактерической симптоматики), во время операции четкая визуализация капсулы, что значительно облегчает удаление узла миомы и ушивание раны из малоинвазивных доступов, что позволяет сократить время операции.

Выводы

1. Минимизация хирургической агрессии за счет дифференцированного выбора хирургического доступа для

выполнения миомэктомии, профилактика операционных осложнений вследствие усовершенствования отдельных этапов хирургического вмешательства, также использование адъювантной терапии позволили повысить эффективность лечения миомы матки.

2. Адъювантная терапия, хотя и не исключает полностью развитие рецидивов, но позволяет снизить их частоту и увеличивает длительность ремиссии, что дает возможность пациенткам реализовать репродуктивную функцию.

Литература/References

1. Адамян Л.В., Козаченко А.В., Ревазова З.В. Новые подходы к медикаментозному лечению симптомной миомы матки. *Проблемы репродукции*. 2013; 3: 21–3. / Adamian L.V., Kozachenko A.V., Revazova Z.V. *Novyye podkhody k medikamentoznomu lecheniyu simptonnoy miomy матки. Problemy reproduktivnoy miomy матки. Problemy reproduktivnoy miomy матки*. 2013; 3: 21–3. [in Russian]
2. Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение. М.: Видар, 2010; 6–9; 19–27. / Ischenko A.I., Botvin M.A., Lanchinskii V.I. *Mioma матки: etiologiya, patogenez, diagnostika, lechenie*. M.: Vidar, 2010; 6–9; 19–27. [in Russian]
3. Коренная В.В., Подзолкова Н.М. Улипристала ацетат в лечении миомы матки. *Гинекология*. 2013; 15: 20–4. / Korennaia V.V., Podzolokova N.M. *Ulipristala atsetat v lechenii miomy матки. Ginekologiya*. 2013; 15: 20–4. [in Russian]
4. Краснополский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М.: Миклош, 2005; с. 162. / Krasnopolskii V.I., Logutova L.S., Buianova S.N. *Reproduktivnyye problemy operirovannoy матки*. M.: Miklosh, 2005; s. 162. [in Russian]
5. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Шуккина Н.А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. М., 2005; 5 (2): 74–6. / Krasnopolskii V.I., Buianova S.N., Shchukina N.A. i dr. *Khirurgicheskaya korrektsiya reproduktivnoy funktsii pri miome матки*. *Ros. vestn. akushera-ginekologa*. M., 2005; 5 (2): 74–6. [in Russian]
6. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: МЕДпресс-информ, 2001. / Kulakov V.I., Shmakov G.S. *Miomektomiya i beremennost'*. M.: MEDpress-inform, 2001. [in Russian]
7. Плеханов А.Н. Современный взгляд на вагинальную хирургию матки. СПб: Классика-М, 2009. / Plekhanov A.N. *Sovremennyy vzglad na vaginal'nuyu khirurgiyu матки*. SPb: Klassika-M, 2009. [in Russian]
8. Плеханов А.Н., Стрижелецкий В.В. Малоинвазивные доступы в хирургическом лечении пациенток с миомой матки больших размеров. *Моск. хирург. журн.* 2008; 2 (2): 11–7. / Plekhanov A.N., Strizheletskii V.V. *Maloinvazivnyye dostupy v khirurgicheskom lechenii patsientok s miomoi матки bol'shibk razmerov*. *Mosk. khirurg. zhurn.* 2008; 2 (2): 11–7. [in Russian]
9. Плеханов А.Н., Татарова Н.А., Рябинин Г.Б. и др. Малоинвазивный доступ – путь к снижению операционных осложнений при хирургическом лечении доброкачественных заболеваний матки. *Гинекология*. 2014; 16 (1): 74–7. / Plekhanov A.N., Tatarova N.A., Ryabinin G.B. i dr. *Maloinvazivnyy dostup – put' k snizheniyu operatsionnykh oslozheniy pri khirurgicheskom lechenii dobrokachestvennykh zabolevaniy матки*. *Ginekologiya*. 2014; 16 (1): 74–7. [in Russian]
10. Попов А.А., Шуккина Н.А. Возможности эндоскопической операции у больных с миомой матки. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2004; 1: 46–8. / Popov A.A., Shchukina N.A. *Vozmozhnosti endokhirurgicheskikh operatsii u bol'nykh s miomoi матки*. *Ros. vestn. akushera-ginekologa*. 2004; 1: 46–8. [in Russian]
11. Петракова С.А., Буянова С.Н., Мгелиашвили М.Е. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщины с миомой матки. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2009; 1: 30–4. / Petrakova S.A., Buianova S.N., Mgeliasvili M.E. *Vozmozhnosti miomektomii v korrektsii reproduktivnogo zdorov'ia zhenstchin s miomoi матки*. *Ros. vestn. akushera-ginekologa*. 2009; 1: 30–4. [in Russian]
12. Самойлова Т.Е., Кудумбегова Л.Г., Сметник В.П. Эффективность аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона при лечении леймиомы матки. *Вестн. РУДН*, 2005; 4: 216–27. / Samoilova T.E., Kudumbegova L.G., Smetnik V.P. *Effektivnost' analogov gonadotropin-rlizing-gormona pri lechenii leimiomoy матки*. *Vestn. RUDN*, 2005; 4: 216–27. [in Russian]
13. Тихомиров А.Л., Заиратянци О.В. Клинико-морфологическая характеристика миомы матки после применения селективного модулятора рецепторов прогестерона улипристала. *Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2014; 13 (1): 67–72. / Tikhomirov A.L., Zairat'yants O.V. *Kliniko-morfologicheskaya kharakteristika miomy матки после primeneniya selektivnogo modulyatora retseptorov progesterona ulipristala*. *Vopr. ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2014; 13 (1): 67–72. [in Russian]
14. Факторы роста. *Razdel 39*; с. 392–3; http://www.biochemmack.ru/Faktory_rosta. *Razdel 39*; с. 392–3; <http://www.biochemmack.ru> [in Russian]
15. Donnez J, Tomaszewski J, Vazquez F et al. Ulipristal acetate vs. leuprolide acetate for uterine fibroids. *N Engl J Med* 2012; 366 (5): 421–32.
16. Donnez J, Vazquez F, Tomaszewski J et al. Long-term treatment of uterine fibroids with ulipristal acetate. *Fertil Steril* 2014; [http://pii:S00150282\(14\)00146-0](http://pii:S00150282(14)00146-0)

Сведения об авторах

Плеханов Андрей Николаевич – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии им. С.Н.Давыдова ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, зав. гинекологическим отделением НУЗ ДКБ ОАО РЖД. E-mail: a_plekhanov@mail.ru

Татарова Нина Александровна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии им. С.Н.Давыдова ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова. E-mail: nina-tatarova@yandex.ru

Шникина Юлия Сергеевна – аспирант каф. акушерства и гинекологии им. С.Н.Давыдова ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова. E-mail: shyuliyua07@mail.ru