

Органосохраняющие методы лечения миомы матки: есть ли повод для дискуссии?

В.В.Коренная¹, Н.М.Подзолкова¹, К.В.Пучков²

¹ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва;
²ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова Минздрава России

Резюме

За последние годы появились новые консервативные методы лечения миомы матки и малоинвазивные методики, позволяющие чаще проводить органосохраняющие вмешательства. Накопленный опыт позволяет сравнить репродуктивные исходы, качество жизни в послеоперационном периоде и другие отдаленные результаты. На основании этих данных гинеколог может принять взвешенное решение об оптимальном алгоритме ведения пациенток с различными клиническими проявлениями миомы. В данном обзоре представлены современные данные о применении эмболизации маточных артерий, об использовании внутриматочного шейвера и возможных путях оптимизации лапароскопических миомэктомий с целью повышения безопасности и эффективности лечения.

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, эмболизация маточных артерий, лапароскопия, внутриматочный шейвер, самофиксирующиеся нити.

Methods of organ-preservation of uterine fibroids. Is there a cause for debate?

V.V.Korennyaya, N.M.Podzolkova, K.V.Puchkov

Summary

Over the past years, new conservative methods of treatment of uterine fibroids and minimally invasive techniques that allow more frequent organ preserving interventions to take place. Accumulated experience allows us to compare the reproductive outcomes, quality of life in the postoperative period and other long-term results. Based on these data a gynecologist can make an informative decision about the optimal algorithm of patients with different clinical manifestations of myomas. This review presents recent data on the use of uterine artery embolization, the use of intrauterine shaver and possible ways of optimizing the laparoscopic myomectomy in order to improve the safety and efficacy of treatment.

Key words: uterine fibroids, myomectomy, uterine artery embolization, laparoscopy, endometrial shaver, self-locking thread.

Сведения об авторах

Коренная Вера Вячеславовна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО РМАПО. E-mail: drkorennyaya@mail.ru

Подзолкова Наталия Михайловна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО РМАПО

Пучков Константин Викторович – д-р мед. наук, проф. каф. хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П.Павлова, вед. специалист ООО «Новые технологии плюс» – «Швейцарская университетская клиника», дир. обучающего Центра клинической и экспериментальной хирургии. E-mail: puchkovkv@mail.ru

Введение

Новая эра в гинекологии ознаменовалась значительными технологическими изменениями, вошедшими в повседневную практику и потеснившими место привычных навыков и умений врачей. Современные специалисты, например, не освоив в полной мере навыков традиционных лапаротомных или вагинальных вмешательств, приступают к выполнению лапароскопических операций. Данные вагинального осмотра перестали играть основную роль в постановке диагноза, так как специалисты все чаще отдают предпочтение результатам ультразвуковой диагностики. Уходит в прошлое ряд диагностических процедур, манипуляций и операций, например пункция заднего свода, некоторые гормональные пробы, орошение полости матки антисептическими растворами, некоторые виды операций при опущении тазовых органов и пр. На их место приходят новые способы лечения и диагностики. Всегда ли они лучше? Время и накапливаемый опыт дают возможность ответить на этот вопрос.

В лечении миомы матки за последние годы также наметились изменения. Нередко пациентки настаивают на органосохраняющем лечении. Все чаще гинекологи диагностируют миому у женщин, еще не реализовавших свою репродуктивную функцию, и тогда необходимо решить вопрос о последовательности лечебно-диагностических процедур. Нередко на консультацию стали приходить семейные пары, так как сформировалось «новое поколение» пациентов, воспринимающих проблемы репродуктивного здоровья как общие и стремящихся принимать решение об оптимальном методе лечения совместно. Такие пациенты также предпочитают органосохраняющие процедуры.

В вопросах профилактики миомы матки значительного прорыва не произошло, и эта патология по-прежнему занимает одно из первых мест. Вместе с тем появились совершенно новые методы лечения, позволяющие в большом проценте случаев избежать органонуносящих вмешательств.

Накопленный опыт по резектоскопическому удалению субмукозных узлов, эмболизации маточных артерий (ЭМА), фокусной ультразвуковой абляции (ФУЗА) миомы, усовершенствованным модификациям миомэктомий, применению медикаментозного лечения позволяет сравнить отдаленные результаты и понять, произошла ли эволюция или революция в лечении миомы матки.

Консультирование пациенток

Основным показанием для органосохраняющего лечения при миоме является необходимость восстановления или сохранения способности женщины к вынашиванию и рождению детей. Реже поводом становится наличие противопоказаний к операции или отказ от гистерэктомии по личным соображениям. В первом и втором случае мотивация пациентки и врача ясна. В третьем – позиция женщины часто вызывает непонимание окружающих, в том числе и врачей. У гинекологических больных при подготовке к оперативному вмешательству возможно возникновение психогенных тревожных расстройств, связанных не столько с операцией, сколько с опасениями ее последствий. Например, изменится ли половая жизнь, не изменится ли внешность, можно ли после операции остаться «полноценной» женщиной, как будет относиться муж к последствиям хирургического вмешательства [1]. В самосознании женщины менструация тесно связана с возможностью выполнять «женское предназначение», материнства и всего того, что с этим связано [18]. Поэтому удаление матки и прекращение менструаций, по мнению многих пациенток, представляет угрозу женственности, привлекательности, может восприниматься как крушение жизненных планов с развитием, в отдельных случаях, депрессивных и ипохондрических состояний [4]. Такие ситуации стоит рассматривать как нарушения соматонозогнозии. Соматонозогнозия (от греч. сома – тело, нозос – болезнь, гнозис – познание, знание) – отношение к болезни, фор-

Таблица 1. Результаты опроса оперирующих гинекологов (n=56), проведенного среди специалистов, которые обучаются на сертификационных циклах кафедры ГБОУ ДПО РМАПО (%)

Как часто вы имеете возможность подробно рассказать пациентке о причинах возникновения миомы матки, последствиях заболевания, последствиях отложенного выполнения оперативного лечения?	Всегда	12,5
	Иногда	51,8
	Очень редко	33,9
	Никогда	1,8
Как часто вы имеете возможность подробно рассказать пациентке об альтернативах хирургического лечения (ЭМА, ФУЗА, аГнРГ, СМПП)?	Всегда	3,6
	Иногда	5,4
	Очень редко	83,9
	Никогда	7,1
Вы владеете техникой только лапаротомной миомэктомии или лапароскопической + резектоскопической?	Подчеркните правильный вариант	ЛТ – 62,5
		ЛТ+ЛС – 10,7
		ЛТ+ГРС – 21,4
		ЛТ+ЛС+ГРС – 5,4
Вы владеете методикой ЭМА или ФУЗА?	Да	0
	Нет	100
В вашем лечебно-профилактическом учреждении проводится ЭМА или ФУЗА?	Да	1,8
	Нет	98,2
Вы предлагаете пациентке выбрать один из двух и более вариантов хирургического лечения миомы?	Всегда	0
	Иногда	8,9
	Очень редко	23,2
	Никогда	67,9
Вы предлагаете пациентке выбор между хирургическим лечением или ЭМА/ФУЗ?	Всегда	0
	Иногда	8,9
	Очень редко	82,2
	Никогда	8,9
Насколько часто, по вашему мнению, встречаются пациентки, для которых существует два и более равнозначных по эффективности метода лечения?	___ % случаев	22
Как часто пациенткам, прооперированным в объеме гистерэктомии, было возможно выполнение миомэктомии, ЭМА, ФУЗ (с технической точки зрения)?	___ % случаев	15,6
Примечание. ЛТ – лапаротомия, ЛС – лапароскопия.		

мирующееся на этапах личностного реагирования человека на свое болезненное состояние.

Помимо личностных факторов важную роль играют истинная тяжесть заболевания и качество медицинского консультирования пациентов. Грубое отношение, запугивание, неполное информирование о сути заболевания, его последствиях и способах лечения нередко приводят к нарушению восприятия болезни, тревоге, депрессии, онкофобии и неправильной интерпретации последствий лечения. Иногда это приводит к тому, что женщина или отказывается от медицинской помощи вовсе или ищет специалистов, готовых предложить альтернативные пути лечения, устраивающие пациентку, но не отвечающие ее реальным потребностям.

После изучения гинекологического анамнеза, проведения диагностических процедур, направленных на уточнение локализации, размеров узлов, клинической картины у специалиста формируется представление о возможных путях решения проблемы. Следующее за этим консультирование должно, безусловно, сопровождаться уточнением истинного стремления женщины к наступлению беременности, о характере семейных отношений, ее мнении о методах терапии и их последствиях. На основании комплекса полученной информации гинеколог составляет алгоритм лечения и предлагает пациентке пути решения проблемы, попутно развеивая ее ложные страхи и развенчивая заблуждения.

При имеющемся арсенале подходов к лечению миомы в большинстве случаев мы можем предложить пациентке как минимум два варианта лечения. Однако проведенный нами в 2014 г. опрос среди 56 оперирующих гинекологов показал, так происходит не всегда (табл. 1). Вопросы, заданные



врачам, показали, что они нечасто обсуждают с пациентками разные сценарии лечения, хотя признают, что примерно в 20% случаев имелось как минимум два равнозначных варианта.

Мы согласны с рядом авторов, считающих, что полноценное консультирование пациенток перед проведением того или иного вмешательства является необходимым условием ведения гинекологических больных и остается неотъемлемым элементом современных программ ускоренной реабилитации [14]. Программы ускоренной послеоперационной реабилитации (Enhanced Recovery after Surgery – ERAS) известны также как fast track-хирургия (от англ. fast track – ускоренный путь) [21], позволяют не только сократить время нахождения в стационаре, но и обеспечивают быстрое возвращение пациента к обычной жизни, сводят к минимуму хирургический стресс [13, 33].

Выбор органосохраняющего метода лечения Гистерорезектоскопия

При выборе хирургической тактики необходимо учитывать основную цель лечения, локализацию и количество узлов, вероятность развития интраоперационных осложнений, отдаленные исходы, в том числе акушерские.

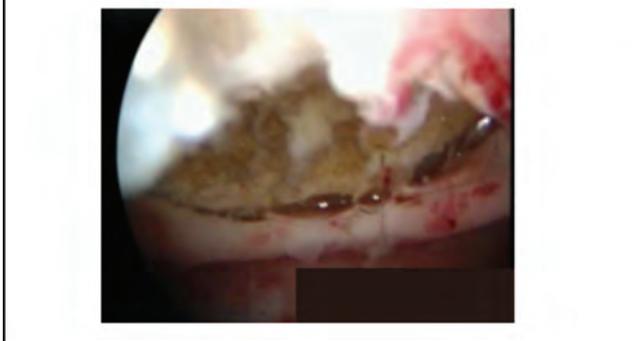
При обнаружении субмукозного узла у пациентки в пременопаузе оптимально удалить его сразу же, так как при выжидательной тактике вероятность успешного выполнения резектоскопии уменьшается по мере роста опухоли. Назначение гестагенов или комбинированных эстроген-гестагенов препаратов в такой ситуации не показано, ведь нет достоверных исследований, подтверждающих эффективность такой терапии [28]. Учитывая важную роль прогестерона в патогенезе миомы матки [6], некоторые ученые даже допускают возможность стимулирующего влияния прогестинов, входящих в состав гормональных препаратов [26].

Гистерорезектоскопию (ГРС) целесообразно выполнять при размере узлов до 4 см. Гормональная подготовка с целью уменьшения их размеров может проводиться путем назначения агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ). А вот применение селективных модуляторов прогестероновых рецепторов (СМПП) с этой целью спорно в связи с возможностью развития особого вида гиперплазии эндометрия. Данные изменения носят название РАЕС (от англ. progesterone receptor modulators associated changes – изменения, связанные с приемом модуляторов прогестероновых рецепторов) [2]. Для данного вида гиперплазии характерно доброкачественное и обратимое умеренное расширение желез, как в пролиферативном эндометрии. При более подробном их изучении определяются секреторные изменения в железах и децидуоподобная реакция стромы, возможно развитие кистозной атрофии со слабой митотической активностью. Назначать СМПП перед ГРС возможно, однако ее выполнение после лечения стоит отложить на 4–6 нед, в течение которых изменения эндометрия разрешатся самостоятельно, или может потребоваться curettage полости матки непосредственно перед процедурой.

В последние годы стали также активнее применяться внутриматочные шейверы, при помощи которых возможно удаление субмукозных миом. Узлы удаляются за счет их механического измельчения, что принципиально отличается этот метод от резектоскопии (рис. 1).

На данный момент не установлено, имеет ли тот факт, что при использовании шейвера в эндометрии не формируются зоны коагуляции, положительное прогностическое

Рис. 2. Некротически измененный узел в полости матки через 4 мес после ЭМА [24].



значение для процессов репарации, риска формирования внутриматочных синехий и успешности имплантации эмбриона. Однако теоретически это возможно [35]. Шейвинг имеет ряд доказанных преимуществ, среди них – сокращение времени операции за счет одновременной эвакуации резецированной ткани, снижение рисков электрохирургических осложнений, простота в использовании инструментов. Ограничением при проведении шейвинга могут стать локализация узла в дне матки, высокая плотность узла, отсутствие возможности для коагуляции кровоточащих сосудов, непродолжительный срок службы режущих элементов инструмента [9].

Активная тактика при субмукозных узлах оправдана как у женщин, не стремящихся к беременности, для профилактики менометроррагий, которые при подслизистом расположении узлов развиваются у подавляющего числа пациенток, так и при планировании беременности, так как субмукозные узлы ассоциируются со снижением рецептивности эндометрия и ухудшением прогнозов успешной имплантации эмбриона [3, 10].

Эмболизация маточных артерий и миомэктомия

Влияние, которое оказывают оперативные вмешательства на репродуктивные исходы, во многом является определяющим при выборе метода лечения. Но, несмотря на важность проблемы, достоверных ответов на то, какая процедура действительно наиболее безопасна, нет. В 2012 г. Кохрановская библиотека опубликовала результаты оценки применения ЭМА и хирургического лечения при миоме матки. В 2014 г. вышла обновленная версия этого обзора [17]. В него было включено 7 рандомизированных контролируемых исследований (всего 793 женщины): в 2 исследованиях сравнивалась ЭМА с миомэктомией, в 3 – с гистерэктомией, еще в 2 – с обоими видами вмешательств. В этом обзоре отмечается, что миомэктомия имеет преимущество перед ЭМА с позиции репродуктивных исходов, однако эти данные все равно остаются несколько спорными, и авторы рекомендуют относиться к этому заключению с осторожностью.

В большинстве прочих работ, не включенных в обзор, указывается на то, что среди женщин, планирующих беременность после ЭМА, частота ее наступления невысока. В проспективном когортном исследовании A.Torre и соавт. [30] за период наблюдения 33 мес была зафиксирована только одна беременность среди 31 (3,2%) пациентки после ЭМА, причем она прервалась на сроке гестации 10 нед. В это исследование были включены женщины, имеющие противопоказания к миомэктомии, что, возможно, повлияло на результаты. Однако в других работах частота наступления беременностей после ЭМА также невысока и составляет от 8 до 50%. В рандомизированном исследовании частота беременностей после ЭМА была 50%, тогда как после лапароскопической миомэктомии – 75% [22].

Анализ 46 работ о влиянии миомэктомии на фертильность показал, что у женщин, страдающих бесплодием, частота наступления беременностей после ГРС-миомэктомии составляет 16,7–76,9%, после лапароскопии и лапаротомии – 9,6–75%. В то же время суммарная частота беременностей внутри групп сопоставима и находится на

уровне 45% после ГРС и 49% – после абдоминальной миомэктомии. Таким образом, мы видим, что частота наступления беременностей после ЭМА и миомэктомии сопоставима.

Однако этот показатель отражает имеющуюся картину не в полной мере. Частота прерывания беременности на ранних сроках после ЭМА выше, чем после миомэктомии, и может достигать 35–64% [19, 22]. В серии 129 гистероскопий через 3–9 мес после ЭМА было обнаружено, что более чем в 1/3 случаев в полости матки присутствуют некротизированные ткани, что, вероятно, может объяснить высокую частоту ранних репродуктивных потерь [23] (рис. 2).

Не стоит упускать из виду и такое редкое осложнение ЭМА, как преждевременное истощение яичников. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что у молодых женщин транзиторное повышение фолликулостимулирующего гормона, аменорея и гипоэстрогенные нарушения редки. Однако данные о качестве ооцитов и овариальном ответе при стимуляции овуляции у пациенток после эмболизации немногочисленны [22, 29, 31]. Многие авторы отмечают ухудшение ответа на стимуляцию овуляции, более низкое качество получаемых эмбрионов и большую частоту имплантационных потерь в циклах вспомогательных репродуктивных технологий после ЭМА [24].

Отдаленные акушерские осложнения, такие как внутриутробная задержка роста плода и послеродовые кровотечения, также встречаются после ЭМА чаще, чем после миомэктомии [25].

С другой стороны, большинство сравнительных работ подтверждает, что по степени удовлетворенности пациенток результатами процедуры ЭМА не уступает миомэктомии, при том что по числу серьезных осложнений миомэктомия значительно уступает ЭМА [17].

Ограничением для ЭМА являются отсутствие гистологического подтверждения строения опухоли и достаточно высокая вероятность повторных хирургических вмешательств в первые 5 лет после процедуры.

Вероятность рецидива миомы матки после ЭМА может достигать 20%. По данным последних исследований EMMY и REST, это является причиной проведения в последующем повторной ЭМА, миомэктомии или гистерэктомии в 28–32% случаев. Вероятность повторных вмешательств после миомэктомии составляет около 4% [16, 27, 32].

Таким образом, для пациенток, не планирующих беременность, ЭМА является достойной альтернативой миомэктомии, позволяя эффективно купировать метроррагии, уменьшать объем опухоли до 60% от первоначального и обеспечивать высокое качество жизни после операции (Кохран). Нужно признать, что для пациенток, стремящихся к беременности, методом выбора в большинстве случаев остается миомэктомия.

В дополнение к сказанному стоит упомянуть о том, что, по последним данным, экономическая эффективность проведения ЭМА, миомэктомии и ФУЗА сопоставима [12].

Некоторые вопросы лапароскопической миомэктомии

Несмотря на то что миомэктомия имеет длительную историю практического применения, вокруг нее ведется множество дискуссий. Говоря о недостатках миомэктомии, ряд авторов упоминают высокий риск интраоперационного кровотечения, гемотрансфузии, формирования интраабдоминальных спаек и сам факт появления рубца на матке. С внедрением лапароскопического доступа при миомэктомии споры разгорелись с новой силой. Активное обсуждение вызывал вопрос состоятельности рубцов на матке после лапароскопических вмешательств и правомочность их выполнения у женщин, планирующих беременность [5].

С 1995 г. в иностранной литературе имеется упоминание о 20 случаях разрывов матки по рубцу после лапароскопической миомэктомии (табл. 2; рис. 3).

Анализ этих осложнений показал, что вероятность разрыва матки увеличивается в 4 раза при однорядном ушивании раны или при использовании электрокоагуляции по сравнению с наложением двухрядных швов [11]. Таким образом, в развитии этого осложнения на первый план выхо-

Автор (год)	Возраст, лет	Срок гестации на момент разрыва	Акушерские осложнения
Tsankova и соавт. (2012 г.)	35	30	-
Pistofidis и соавт. (2012 г.)	32–40 (7 случаев)	Во время беременности (24–35) – 6 случаев; в родах (28) – 1 случай	Неонатальная смерть одного плода из двойни
Torbe и соавт. (2012 г.)	25	22	Нежизнеспособный плод
Tischner и соавт. (2010 г.)	39	27	Внутрибрюшное кровотечение, шок, синдром диссеминированного внутрисудистого свертывания, нежизнеспособный плод
Goynumer и соавт. (2009 г.)	32	17	Нежизнеспособный плод
Kelly и соавт. (2008 г.)	Нет данных	36	Отслойка плаценты
Parker и соавт. (2007 г.)	31	34	-
Banas и соавт. (2005 г.)	31	35	-
Grande и соавт. (2005 г.)	35	27	Нежизнеспособный плод
Malberti и соавт. (2004 г.)	34	26	Нет данных
Matsunaga и соавт. (2004 г.)	40	28	-
Asakura и соавт. (2004 г.)	31	35	-
Lieng и соавт. (2004 г.)	36	36	-
Hasbargen и соавт. (2002 г.)	3	29	-
Dubuisson и соавт. (2000 г.)	39	25	Placenta percreta
Hockstein (2000 г.)	28	29	-
Pelosi and Pelosi (1997 г.)	39	33	Отслойка плаценты, нежизнеспособный плод
Dubuisson и соавт. (1995 г.)	32	32	-
Harris (1992 г.)	24	34	-
Ribeiro и соавт. (1999 г.)	Нет данных		

Рис. 3. Разрыв матки во время беременности.

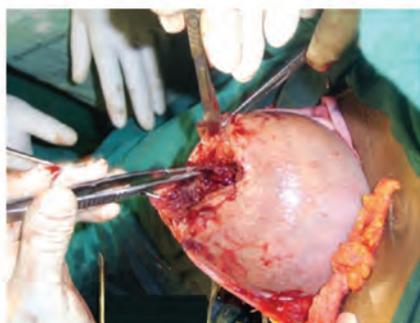
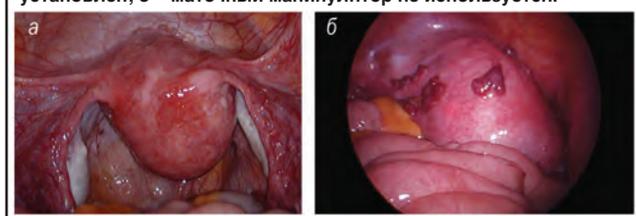


Рис. 4. Разные виды анкерных нитей (V-lock, Covidien; Stratafix, Ethicon).



Рис. 5. Визуализация малого таза: а – маточный манипулятор установлен; б – маточный манипулятор не используется.

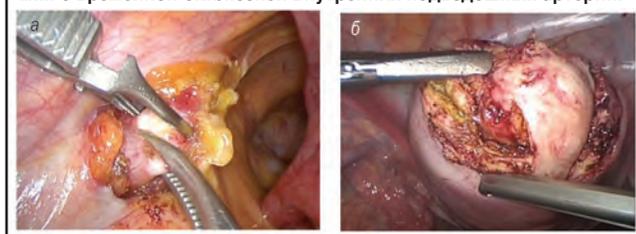


дит не сам хирургический доступ, а соответствие навыков хирурга объему вмешательства, которое он планирует выполнить. Во избежание формирования неполноценного рубца после лапароскопических миомэктомий специалисту следует избегать чрезмерного применения коагуляции миометрия независимо от вида энергии (моно- или биполярная) и совершенствовать навыки эндоскопического шва.

Ушивание ран на матке может быть упрощено за счет применения самофиксируемых нитей с насечками, которые ориентированы в пространстве в одном направлении, что позволяет нити свободно скользить по ходу шва и не смещаться в обратную сторону. Такой шовный материал не требует завязывания узлов, фиксируя ткани по анкерному типу (анкерные нити; рис. 4). Как показали наши наблюдения [7], использование анкерных нитей способствует ускоренному наложению многорядных швов и анатомическому сопоставлению слоев миометрия.

Внедрение лапароскопии в практику происходит медленно еще и потому, что у хирургов помимо сомнений в надежности формирования шва на матке существует неуверенность в контроле за ходом операции из-за риска кровотечения, сложности визуализации неудачно расположенных узлов, ограниченный хирургического маневра. Ряд этих технических проблем преодолевается путем соблюдения корректной техники операции. Например, при миомэктомии обязательным можно считать использование маточ-

Рис. 6. «Сухое» операционное поле при выполнении миомэктомии с временной окклюзией внутренних подвздошных артерий.



ного манипулятора (рис. 5), особенно при низком, интралигаментарном расположении узла или его локализации по задней стенке матки. Проведенный нами среди упомянутой ранее группы гинекологов опрос показал, что на регулярной основе маточный манипулятор применяют лишь 12,5% хирургов.

Аналогично этому примеру, негативное влияние на исход операции может оказать применение малоэффективных способов, направленных на снижение кровопотери.

По данным Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group [15], применение окситоцина и морцелляции *in situ* не оказывает значимого влияния на объем кровопотери. В то же время применение мизопростола, вазопрессина, бупивакаина в сочетании с эпинефрином, транексамовой кислотой и перидеривикальными турникетами достоверно снижает кровопотерю. Снижение кровопотери при миомэктомии было также отмечено при применении аГнРГ [35]. Ограничением для этих приемов являются непереносимость гормональной терапии, сердечно-сосудистые заболевания, низкое или интралигаментарное расположение узлов. У таких пациенток, а также при множественных или крупных узлах возможно прибегнуть к предварительной ЭМА, клипированию маточных артерий или перевязке внутренних подвздошных артерий. Недостатком всех этих приемов является их необратимость. В отличие от этого методика временной окклюзии внутренних подвздошных артерий позволяет проводить миомэктомию в условиях сниженной гемоперфузии (рис. 6) и восстанавливать полноценное кровоснабжение после ушивания матки [8].

Заключение

В условиях растущего интереса гинекологов к органосохраняющим вмешательствам при миоме матки данные о ближайших и отдаленных исходах часто недостаточны. Проведение новых исследований по актуальным направлениям и систематизация имеющихся данных должны позволить более глубоко разобраться в вопросах безопасности разных методов лечения. При этом важно учитывать не только их положительный «анатомический результат», но и сохранение функциональных свойств и физиологических процессов репродуктивной системы на тканевом и органном уровнях. Помимо научного осмысления проблемы крайне важно создание предпосылок для совершенствования практических подходов в лечении миомы, а именно создание национальных рекомендаций, основанных на данных доказательной медицины, оптимизация методик ЭМА и миомэктомии, обучение хирургов и формирование критериев их допуска к выполнению высокотехнологичных вмешательств.

Литература

1. Банищиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. М.: Медицина, 1967.
2. Коренная В.В., Подзолкова Н.М. Ультристал ацетат в лечении миомы матки. Гинекология. 2013; 6: 20–4.
3. Мартынова А.Е., Смольникова В.Ю. Эффективность программы ЭКО у женщин с миомой матки. Проблемы репродукции. 2012; 6: 43–6.
4. Мейтина Е.Н. Особенности психотерапии у женщин с хроническими процессами генерационных органов, осложненных нервно-психическими нарушениями. Вопросы психотерапии (авторефераты докладов на Всесоюзном совещании по психотерапии 27–30 июня 1966 г.). М., 1966; с. 157–8.
5. Савельева Г.М., Курцер МА, Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против. Вopr. акуш. гинекол. и перинатол. 2007; 6 (1): 57–60.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000.
7. Пучков К.В., Коренная В.В., Пучков Д.К. Применение самофиксирующихся хирургических нитей в акушерстве и гинекологии. Эндоскопическая хирургия. 2014; 4: 46–51.
8. Пучков К.В., Коренная В.В., Добычина А.В., Дорофеева К.М. Временная окклюзия внутренних подвздошных артерий при лапароскопической миомэктомии. Эндоскопическая хирургия. 2013; 5: 16–9.
9. Bigatti G, Ferrario C, Rosales M et al. A 4-cm G2 cervical submucosal myoma removed with the IBSR Integrated Bigatti Shaver Springer Open Choice. 2012; 9 (4): 453.
10. Bosteels J, Kasius J, Weyers S et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 1. 2013. Art. No: CD009461.

11. Bujold E, Bujold C, Hamilton EF et al. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 1326–30.
12. Cain-Nielsen Anne H, James MS, Moriarty P et al. Cost-Effectiveness of Uterine-Preserving Procedures for the Treatment of Uterine Fibroid Symptoms in the United States. J Comp Eff Res 2014; 3 (5): 503–14.
13. Carli F, Charlebois P, Baldini G et al. An integrated multidisciplinary approach to implementation of a fast-track program for laparoscopic colorectal surgery. Canadian J Anesthesia 2009; 56 (11): 837–42.
14. Carter J. Fast-Track Surgery in Gynaecology and Gynaecologic Oncology: a Review of a Rolling Clinical Audit. ISRN Surg 2012; 2012: 368014.
15. Kongnyuy E, Wiysonge C. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids, Editorial Group: Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group, 2009.
16. Freed MM, Spies JB. Uterine artery embolization for fibroids: a review of current outcomes. Seminars in Reproductive Medicine 2010; 28 (3): 235–41.
17. Gupta Janesh K, Sinha Anju, Lumsden MA, Hickey Martha. Intervention Review: Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids, Editorial Group: Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group.
18. Hardi J. Психология работы с больным. Буданеум, 1972.
19. Homer H, Saridogan E. Uterine artery embolization for fibroids is associated with an increased risk of miscarriage. Fertil Steril 2010; 94 (1): 324–30.
20. Kaump GR, Spies JB. The impact of uterine artery embolization on ovarian function. J Vasc Interv Radiol 2013; 24 (4): 459–67.
21. Keblet H. Fast-track colorectal surgery. Lancet 2008; 371 (9615): 791–3.
22. Mara M, Fucikova Z, Maskova J et al. Midterm clinical and first reproductive results of a randomized controlled trial comparing uterine fibroid embolization and myomectomy. Cardiovasc Intervent Radiol 2008; 31 (1): 73–85.
23. Mara M, Horak P, Kubinova K et al. Hysteroscopy after uterine fibroid embolization: evaluation of intrauterine findings in 127 patients. J Obstet Gynaecol Res 2012; 38 (5): 823–31.
24. Mara M, Kubinova K. Embolization of uterine fibroids from the point of view of the gynecologist: pros and cons. Int J Womens Health 2014; 6: 623–9.
25. Memisa M, Homer H. Complications Associated with Uterine Artery Embolisation for Fibroids. Obstet Gynecol Int 2012; 2012. Article ID 290542.
26. Mitchell SR. Advances in uterine leiomyoma research: the progesterone hypothesis environmental health perspectives. 2000; 108 (Suppl. 5): 791–3.
27. Moss JG, Cooper KG, Khaund A et al. Randomised comparison of uterine artery embolisation (UAE) with surgical treatment in patients with symptomatic uterine fibroids (REST trial): 5-Year results. BJOG 2011; 118 (8): 936–44.
28. Somigliana E, Vercellini P, Daguati R et al. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence. Hum Reprod Update 2007; p. 1–12.
29. Spies JB, Rotb AR, Gonsalves SM, Murphy-Skrzymiarz KM. Ovarian function after uterine artery embolization for leiomyomata: assessment with use of serum follicle stimulating hormone assay. J Vasc Interv Radiol 2001; 12 (4): 437–42.
30. Torre A, Paillusson B, Fain V et al. Uterine artery embolization for severe symptomatic fibroids: effects on fertility and symptoms. Hum Reprod 2014; 29 (3): 490–501.
31. Tropeano G, di Stasi C, Litwicka K et al. Uterine artery embolization for fibroids does not have adverse effects on ovarian reserve in regularly cycling women younger than 40 years. Fertil Steril 2004; 81 (4): 1055–61.
32. Van der Kooij SM, Hebenkamp WJK, Volkers NA et al. Uterine artery embolization vs hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: 5-Year outcome from the randomized EMMY trial. Am J Obstet Gynecol 2010; 203 (2): 105–13.
33. Varadhan KK, Lobo DN, Ljungqvist O. Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical care. Critical Care Clinics 2010; 26 (3): 527–47.
34. Wamsteker K, Emanuel MH, Kruijff JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucosal fibroids for abnormal uterine bleeding: result regarding the degree of intramural extension. Obstet Gynecol 1993; 82: 736–40.
35. Letbaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids. Cochrane Database Syst Rev 2001; 2: CD000547.

— * —