

DOI 10.11603/24116-4944.2023.2.14387
УДК 618.3-006.363.03-08-059:618.1-039.71

© О. В. Шевчук, А. Є. Дубчак, А. Г. Корнацька, О. О. Ревенко
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ
У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ
ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України»

Мета дослідження – вивчити особливості другої половини вагітності у жінок після різних методів лікування лейоміоми матки.

Матеріали та методи. Обстежено 300 вагітних жінок у 2 та 3 триместрах вагітності. Із них 219 із лейоміомою матки (1, основна група). 114 вагітних проходили консервативне лікування лейоміоми матки (1а група) до вагітності. 105 вагітним жінкам до вагітності було проведено консервативну міомектомію. Із них 59 жінок після лапароскопічної міомектомії субсерозного вузла або гістероскопічної міомектомії субмукозного вузла з коагуляцією ложа (1б група) та 46 вагітних – після лапаротомічної міомектомії з ушиванням ложа вузла вікриловими швами (1в група). Контрольну (2 групу) склала 81 вагітна жінка без лейоміоми.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведені дослідження свідчать про те, що найчастішим ускладненням вагітності в 2–3 триместрах у жінок із ЛМ була загроза передчасних пологів у 22–27 тижнів (47,0 %) (OR: 2,897; 95 % ДІ (СІ): 1,625–5,167) та загроза викидня в 12–21,6 тижня (37,4 %) (OR: 3,809; 95 % ДІ (СІ): 1,906–7,610). Причому у вагітних із консервативним лікуванням лейоміоми матки ці ускладнення були майже вдвічі частіші, ніж у вагітних після консервативної міомектомії ($p < 0,05$). Гестоз мав місце у 29,7 % пацієток основної групи, в контролі – у 6,2 % (OR: 6,416; 95 % ДІ (СІ): 2,481–16,592). Гестоз майже не відрізнявся у вагітних залежно від лікування лейоміоми до вагітності. Плацентарна дисфункція була у 27,9 % вагітних основної групи проти 7,4 % у контролі (OR: 4,826; 95 % ДІ (СІ): 1,997–11,664).

Висновки. У вагітних із лейоміомою матки в 2 та 3 триместрах вагітності частіше зустрічається загроза передчасних пологів та загроза викидня, причому ці ускладнення переважають у жінок із консервативним лікуванням лейоміоми матки проти пацієток після консервативної міомектомії, що свідчить про необхідність проведення хірургічного лікування у жінок із лейоміомою матки на прегравідарному етапі.

Ключові слова: вагітність; лейоміома матки; консервативна міомектомія; вагітні репродуктивного віку.

O. V. Shevchuk, A. E. Dubchak, A. G. Kornatska, O. O. Revenko

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O.M. Lukyanova of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv

FEATURES OF THE SECOND HALF OF PREGNANCY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AFTER DIFFERENT METHODS OF TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMA

The aim of the study – to investigate the features of the second half of pregnancy in women after various methods of treatment of uterine leiomyoma.

Materials and Methods. 300 pregnant women in the 2nd and 3rd trimester of pregnancy were examined. Among them – 219 with uterine leiomyoma, (group 1, main group). 114 pregnant women underwent conservative treatment of UL, (group 1a) before pregnancy. 105 pregnant women underwent conservative myomectomy before pregnancy. Of them, 59 women were after laparoscopic myomectomy of the subserosal node or hysteroscopic myomectomy of the submucosal node with coagulation of the bed (group 1 b) and 46 pregnant women – after laparotomy myomectomy with suturing of the bed of the node with vicryl sutures (group 1c). Control group 2 consisted of 81 pregnant women without leiomyoma.

Results and Discussion. The conducted studies indicate that the most frequent complication of pregnancy in the 2–3 trimester in women with UL was the threat of premature birth at 22–27 weeks (47.0 %), (OR: 2.897; 95% CI: 1.625–5.167), and the threat of miscarriage at 12–21.6 weeks (37.4 %), (OR: 3.809; 95% CI: 1.906–7.610). Moreover, in pregnant women with conservative treatment of UL, these complications were almost twice as frequent as in pregnant women after conservative myomectomy ($p < 0.05$). Preeclampsia was present in 29.7 % of patients in the main group, in 6.2 % of the control group (OR 6.416; 95 % CI: 2.481–16.592). Gestation almost did not differ in pregnant women depending on the treatment of leiomyoma before pregnancy. Placental dysfunction was present in 27.9% of pregnant women in the main group versus 7.4 % in controls (OR 4.826; 95 % CI: 1.997–11.664).

Conclusions. In pregnant women with UL in the 2nd and 3rd trimesters of pregnancy, the threat of premature birth and the threat of miscarriage are more common, and these complications prevail in women with conservative treatment of UL compared to patients after conservative myomectomy, which indicates the need for surgical treatment in women with uterine leiomyoma in the pregravid stage stage.

Key words: pregnancy; uterine leiomyoma; conservative myomectomy; pregnant women of reproductive age.

ВСТУП. Найбільш поширеним доброякісним новоутворенням у жінок є лейоміома матки (ЛМ) [1, 2, 3]. Традиційний індивідуальний підхід у лікуванні хворих із ЛМ ґрунтується на тяжкості симптомів, розмірах, локалізації міоматозних

вузлів, патології ендометрія, залежить від віку, потреб та бажання пацієнтки щодо збереження фертильності або матки, можливостей терапії та досвіду лікаря, хірургічних методів лікування, вичікувальної тактики [4, 5].

Органозберігаюче лікування хворих із ЛМ є основною тенденцією останнього часу, особливо в репродуктивному віці. Саме тому третє тисячоріччя, з огляду на дану патологію, можна сміливо назвати «міленіумом розвитку органозберігального лікування міоми матки» [6]. Враховуючи те, що естрогенова регуляція рецепторів стероїдних гормонів – естрогену та прогестерону під час фолікулярної фази відбувається за прогестероніндукованим мітогенезом протягом лютеїнової фази, всі гормональні методи лікування для контролю зростання міоматозних вузлів, маткових кровотеч регулюють дії цих двох гормонів [4, 5, 7]. Разом з тим, незважаючи на успішні результати гормональної терапії при міомі матки, хірургічні втручання, які раніше, залишаються провідним методом лікування [2].

Консервативна міомектомія є альтернативою гістеректомії для пацієнок, які планують зберегти орган незалежно від збереження фертильності. Видалення міоматозних вузлів розглядають тоді, коли їхня присутність пов'язана з тяжкими менструальними кровотечами, больовим синдромом у ділянці малого таза та/або симптомами здавлення суміжних органів, а також з репродуктивними проблемами.

Гістероскопічна міомектомія є найпоширенішою процедурою лікування підслизової міоми. Трансабдомінальна міомектомія (ТАМ) при лапаротомії або лапароскопії показана при інтрамуральній та субсерозній міомі [8]. На сьогодні також доступні інші методи, зокрема роботизована міомектомія, магнітно-резонансне ультразвукове сфокусоване дослідження або емболізація артерій. Однак дані про результат вагітності після цих модальностей міомектомії дуже обмежені. Так само є мало інформації про ризик розриву матки під час вагітності або пологів.

Під час консервативної міомектомії до вагітності можуть бути ускладнення: внутрішньоматкові спайки після гістероскопічної хірургії, післяопераційні спайки або розрив матки при вагітності після лапаротомії або лапароскопії [9].

Імовірність рецидиву нових або невидалених міоматозних вузлів у пацієнок, у яких протягом 5 років були пологи, становить 42 %, а в тих, які не народжували, – 55 % [10].

Хоча в більшості випадків міоми не викликають жодних симптомів і не потребують лікування, їх наявність під час вагітності може спричиняти занепокоєння як у пацієнтки, так і в гінеколога, а також бути потенційною причиною серйозніших скарг; підраховано, що в 10–40 % жінок із міомою під час вагітності виникають ускладнення, пов'язані з міомою [11].

Наявність ЛМ у вагітної жінки може бути ризиком неправильного передлежання плода, передчасних пологів, передлежання плаценти, відшарування плаценти та кесаревого розтину [9]. Розмір та кількість вузлів є підвищеним ризиком несприятливого завершення вагітності.

Передчасні пологи з викиднем є найчастішим негативним результатом вагітності серед жінок із міомою [12]. Jęnabi та Zagamі проаналізували зв'язок між міомою матки та ризиком відшарування плаценти на основі оцінки відношення шансів (ВШ), отриманої у дослідженнях випадок-контроль та когортних дослідженнях; вони виявили значний зв'язок (2,63; 95 % ДІ: 1,38–3,88) [13].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – вивчити особливості другої половини вагітності у жінок після різних методів лікування лейоміоми матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстеження вагітних у 2 та 3 триместрах було проведено протягом 2018–2022 рр. у відділенні гнійно-септичних захворювань в акушерстві та у жіночій консультації ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України».

До першої, основної групи, увійшли 219 вагітних жінок у 2 та 3 триместрах вагітності, із них 114 вагітних проходили консервативне лікування ЛМ до вагітності (1а група); 105 вагітним жінкам до вагітності було проведено консервативну міомектомію. 59 пацієнок (16 група) із 105 вагітних після консервативної міомектомії були після лапароскопічної міомектомії субсерозного вузла з коагуляцією ложа; 46 вагітних (1в група) після лапаротомічної міомектомії з ушиванням ложа дворядним безперервним швом синтетичним матеріалом (вікріл). 2 (1,9 %) пацієнтки після видалення субсерозного вузла з проникненням у порожнину матки. 5 пацієнткам основної групи (4,8 %) було проведено вагінальне видалення субмукозного міоматозного вузла (0–2 за класифікацією FIGO 2018 р.) за допомогою гістерорезектоскопа. 37 (35,2 %) пацієнок після консервативної міомектомії отримували низькодозовані КОК із дроспіреноном протягом 6 місяців. 29 (27,6 %) жінок отримували препарати, до складу яких входить індол-3-карбінол, протягом 3–6 місяців.

Кількість міоматозних вузлів в обстежених жінок основної групи з ЛМ варіювала від 2 до 6, у середньому $3,21 \pm 0,56$. Розміри вузлів – від 0,5 до 50 мм, у середньому $(21,4 \pm 1,6)$ мм. Лейоміому було діагностовано в усіх обстежених до вагітності. За локалізацією субсерозна лейоміома була у 23,1 % обстежених, субсерозно-інтрамуральна ЛМ – у 62,1 % жінок, інтрамуральна – у 10,5 % пацієнок. Поєднання субсерозної та інтрамуральної лейоміоми мало місце у 4,3 % вагітних основної групи. Субсерозні вузли були I і II типів. Пацієнок із підслизовим розташуванням вузла не було.

Зі 114 пацієнок із ЛМ 66 (57,9 %) отримували антигестаген «Міфепристон» по 50 мг на добу протягом 3 місяців. 34 (29,8 %) жінкам було введено гормонівмісну внутрішньоматкову систему з левоноргестрелом. 14 (12,3 %) хворих, яким була протипоказана гормональна терапія із тих чи інших причин або які відмовилися, без порушень менструальної функції, отримували негормональний препарат з антипроліферативною дією, що містить індол-3-карбінол.

Контрольну (2 групу) складала 81 вагітна жінка без ЛМ матки та без ускладнень вагітності. Пацієнтів контрольної групи обстежували під час вагітності амбулаторно, під час контрольного консультування в жіночій консультації інституту та під час пологів у відділенні гнійно-запальних захворювань в акушерстві.

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили з використанням стандартних програм Microsoft Excel 5,0 та Statistica 6,0. Параметричні методи застосовували для кількісних ознак із нормальним розподілом. Описувальна статистика включала розрахунок середніх арифметичних величин (М), середньоквадратичне відхилення (SD) та 95 % довірчий інтервал (ДІ 95 %). Відмінності середніх величин вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95 % ($p < 0,05$). Розраховували відношення шансів (ВШ) для дослідження випадок-контроль за допомогою онлайн-сервісу Stat Tech.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік жінок основної групи був (35,8±1,9) року, причому серед жінок із консервативним лікуванням ЛМ – (34,1±2,1) року, після консервативної міомектомії ЛС-методом – (35,3±1,8) року, після ЛТ – (37,9±2,7) року (в контролі – (31,2±2,9) року).

Більше жінок у віці, старшому 36 років, було виявлено в 1в групі (78,3 %) та у 1б групі (69,5 %). У віці до 35 років було більше вагітних в 1а групі (79,8 %).

Серед 219 вагітних основної групи у 74 (33,8 %) в анамнезі була безплідність (первинна/вторинна), в контрольній групі – у 3 (3,7 %) пацієнок.

Заслужує на увагу аналіз наслідків попередніх вагітностей у вагітних залежно від лікування ЛМ. Медикаментозні та артифіційні аборти були майже у 37 % жінок основної групи (в контролі у 18,4 %). Частіше аборти були у вагітних після консервативної міомектомії (рис. 1). Мимовільні викидні частіше були у жінок без хірургічного лікування (p<0,05).

Звичайний викидень та завмерла вагітність траплялися майже вдвічі частіше у вагітних із консервативним ліку-

ванням ЛМ, ніж у групах із консервативною міомектомією (p<0,05).

Оперативні втручання на матці в анамнезі (кесарів розтин, кюретаж та неодноразові вишкрібання порожнини матки) представлено в таблиці 1.

Звертає увагу висока частота вишкрібань порожнини матки у жінок основної групи порівняно з жінками контрольної групи (p<0,05). Однократні вишкрібання стінок порожнини матки з приводу патології ендометрія (поліп та гіперплазія ендометрія), вагітності, що не розвивається, артифіційного аборт, неповного мимовільного викидня, а також неодноразові вишкрібання стінок порожнини матки частіше траплялися у жінок основної групи (табл. 1). Частота кесаревого розтину в анамнезі у вагітних обох груп не відрізнялась (p>0,05).

Аналіз перенесених оперативних втручань на матці у жінок основної групи свідчить, що кесарів розтин та вишкрібання порожнини матки частіше були у жінок консервативної групи (табл. 2). Неодноразові вишкрібання стінок порожнини матки були майже у кожній п'ятій вагітній в групі без хірургічного лікування ЛМ (1а група), що

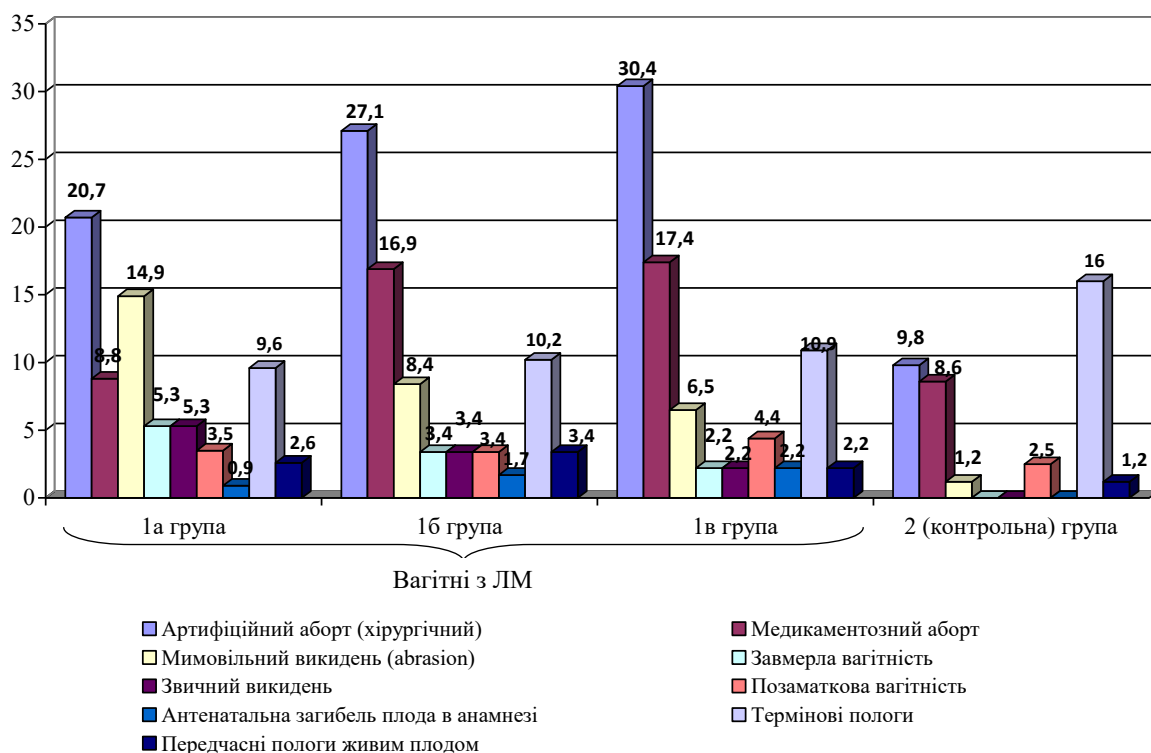


Рис. 1. Наслідки попередніх вагітностей в обстежених вагітних, %

Таблиця 1. Перенесені оперативні втручання на матці в анамнезі в обстежених вагітних, абс. ч. (%)

Оперативні втручання на матці	Обстежені вагітні, групи	
	1, основна (n=219)	2, контрольна (n=81)
Кесарів розтин	12 (5,5)	4 (4,9)
Вишкрібання стінок порожнини матки (аборт, викидень, вагітність, що не розвивається, діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки)	140 (63,9)*	16 (19,8)
Неодноразові вишкрібання стінок порожнини матки	26 (11,9)*	7 (8,6)

Примітка. * – різниця достовірна відносно 2 групи (p<0,05).

Таблиця 2. Перенесені оперативні втручання на матці в анамнезі в обстежених вагітних основної групи, абс. ч. (%)

Оперативні втручання на матці	Обстежені вагітні з ЛМ, основна група (n=219)		
	1а (n=114)	1б (n=59)	1в (n=46)
Кесарів розтин	9 (7,9)*^	2 (3,4)	1 (2,2)
Вишкрібання стінок порожнини матки (аборт, викидень, вагітність, що не розвивається, діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки)	94 (82,5)* ^	24 (40,7)	22 (47,8)
Неодноразові вишкрібання стінок порожнини матки	22 (19,3)* ^	2 (9,4) ^	2 (4,4)

Примітка. * – різниця достовірна відносно 1б групи (p<0,05); ^ – різниця достовірна відносно 1в групи (p<0,05).

майже в 2 рази частіше, ніж у пацієток з консервативною міомектомією (табл. 2).

Хронічні запальні захворювання придатків матки частіше зустрічались у вагітних основної групи (59,8 %) стосовно контрольної групи (9,9 %), p<0,05. Звертає на себе увагу значний відсоток (39,7 %) такої супутньої гінекологічної патології, як хронічний ендометрит у вагітних із ЛМ. Діагноз хронічного ендометриту ми встановлювали на основі морфологічних висновків попередніх вишкрібань стінок порожнини матки з приводу діагностичних біопсій ендометрія, вишкрібань із приводу гіперплазії або поліпів ендометрія, вагітності, що не розвивається, «неповного» мимовільного викидня.

Для встановлення діагнозу хронічного ендометриту ми враховували наявність плазматичних клітин, запальних інфільтратів у поверхневому шарі ендометрія, фіброзу строми.

Найчастішим ускладненням другого та третього триместрів вагітності у жінок основної групи була загроза викидня в 12–21 тиждень та загроза передчасних пологів (ЗПП), яка зустрічалась у термін від 22 до 37 тижнів вагітності (табл. 3). Усі пацієнтки перебували на стаціонарному лікуванні, отримували токолітичну та седативну терапію.

В обстежених вагітних у 2 та 3 триместрах реєстрували гестоз в основному легкого ступеня. Гестоз, анемію та плацентарну дисфункцію виявляли майже у кожній третій вагітній основної групи (p<0,05) (табл. 3).

Багатоводдя, маловоддя та ЗРП, за даними УЗД, виявлені в 1,4–2,8 % вагітних основної групи, що не від-

різнялось від групи контролю (p<0,05) і свідчить про відсутність впливу ЛМ на ці ускладнення вагітності (табл. 3).

Відношення шансів та довірчий інтервал загрози викидня в 12–21,6 тижня: OR: 3,809, 95 % ДІ (СІ): 1,906–7,610. Відношення шансів та довірчий інтервал передчасних пологів у 22–27 тижнів – OR: 2,897, 95 % ДІ (СІ): 1,625–5,167. Відношення шансів та довірчий інтервал виникнення гестозу – OR: 6,416; 95 % ДІ (СІ): 2,481–16,592. Відношення шансів та довірчий інтервал плацентарної дисфункції – OR: 4,826; 95 % ДІ (СІ): 1,997–11,664.

Аналіз частоти загрози передчасних пологів залежно від лікування ЛМ свідчить про те, що загроза викидня в 12–21,6 тижня вагітності та загроза передчасних пологів були у вагітних консервативної групи з наявністю міоматозних вузлів майже вдвічі частіше відносно груп після хірургічного лікування, p<0,05 (табл. 4).

Плацентарну дисфункцію діагностовано у 43,9 % вагітних із ЛМ, що майже в 4 рази частіше, ніж у групах консервативної міомектомії (OR_{1а-1б} – 9,766; 95 % ДІ (СІ): 3,980–24,264), p<0,05. Як видно із представлених даних, ускладнення вагітності в 2 та 3 триместрах вагітності траплялись значно рідше у вагітних після консервативної міомектомії і не залежали від методу консервативної міомектомії (табл. 4).

Гестоз та анемію діагностували майже у кожній третій вагітній основної групи, незалежно від лікування лейоміоми (табл. 4). Всі пацієнтки з анемією отримували антианемічну терапію. Оцінку стану фетоплацентарного комплексу в третьому триместрі проводили за даними доплерометричного та ехокардіографічного досліджень.

Таблиця 3. Ускладнення вагітності в 2 та 3 триместрах в обстежених вагітних, абс. ч. (%)

Ускладнення у 2 та 3 триместрах вагітності	Обстежені вагітні, групи	
	основна (n=219)	контрольна (n=81)
Загроза викидня в 12–21,6 тижня	82 (37,4)*	11 (13,6)
Загроза передчасних пологів у 22–27 тижнів	103 (47,0)*	19 (23,5)
Гестоз	65 (29,7)*	5 (6,2)
Анемія	63 (28,8)*	7 (8,6)
Плацентарна дисфункція	61 (27,9)*	6 (7,4)
Істміко-цервікальна недостатність	37 (16,9)*	2 (2,5)
Багатоводдя	4 (1,8)	1 (1,2)
Маловоддя	3 (1,4)	1 (1,2)
ЗРП	4 (1,8)	1 (1,2)

Примітка. * – різниця достовірна відносно контрольної групи (p<0,05).

Таблиця 4. Ускладнення вагітності в 2 та 3 триместрах у жінок основної групи залежно від лікування ЛМ, абс. ч. (%)

Ускладнення вагітності	Обстежені вагітні з ЛМ (n=219)		
	1а (n=114)	1б (n=59)	1в (n=46)
Загроза викидня в 12–21,6 тижня	48 (83,3)*^	18 (30,5)	16 (34,8)
Загроза передчасних пологів у 22–27 тижнів	60 (78,1)*^	25 (42,4)	18 (39,1)
Гестоз	35 (30,7)	17 (28,8)	13 (28,3)
Анемія	37 (32,5)*	14 (23,7)	12 (26,1)
Плацентарна дисфункція	50 (43,9)*^	6 (10,2)	5 (10,9)
Істміко-цервікальна недостатність	19 (16,7)*	12 (20,0)	10 (21,7)
Багатоводдя	2 (1,8)	1 (1,7)	1 (2,1)
Маловоддя	2 (1,8)	–	1 (2,1)
ЗРП	3 (2,8)*	1 (1,7)	–

Примітка. * – різниця достовірна відносно 1б групи (p<0,05); ^ – різниця достовірна відносно 1в групи (p<0,05).

Залежно від лікування ЛМ різниці між групами в наявності багатоводдя та маловоддя не виявлено (табл. 4). Відсутність різниці в кількості жінок із багатоводдям та маловоддям у вагітних основної та групи порівняння може свідчити про відсутність впливу ЛМ на ці ускладнення вагітності. Частіше ЗРП виявляли у вагітних 1а групи (табл. 4).

Таким чином, проведені дослідження свідчать про необхідність консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку на прегравідарному етапі, що дає можливість зменшити ускладнення перебігу 2 та 3 триместрів вагітності.

ВИСНОВКИ. 1. Проведені дослідження свідчать про обтяжений анамнез у вагітних із ЛМ: майже у 37 % жінок були артіфіційні та медикаментозні аборти; вишкрібання стінок порожнини матки мали місце майже у 64 % пацієнток, причому неодноразові – майже у 12 %.

2. Найчастішим ускладненням у вагітних із ЛМ в 2 та 3 триместрах була загроза викидня в 12–21 тиждень (37,4 %) та загроза передчасних пологів (47,0 %). Причому у вагітних із консервативним лікуванням ЛМ загроза викидня була у 42,1% (у групах після консервативної МЕ – у 30,5 та 34,8 %), а загроза передчасних пологів – у 52,6 % (у групах після консервативної МЕ – у 42,4 та 39,1 %).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство та гінекологія : національний підручник : у 4 т. / за ред. акад. НАМН України, проф. В. М. Запорожана. – Т. 3 : Неоперативна гінекологія. – К. : ВСВ «Медицина», 2014. – 928 с.
2. Commandeur A. E. Epidemiological and genetic for molecular mechanism involved in uterine leiomyoma development and growth / A. E. Commandeur // Human Reproduction Update. – 2015. – No. 21 (5). – P. 593–615.
3. Sparic R. Epidemiology of uterine myomas: a review / R. Sparic, L. Mirkovic // International Journal of Fertility & Sterility. – 2016. – No. 9 (4). – P. 424–435.
4. Biglia N. Ulipristal acetate: a novel pharmacological approach for the treatment of uterine fibroids / N. Biglia, S. Carinelli, A. Maiorana // Drug Design, Development and Therapy. – 2014. – No. 8. – P. 285–292.
5. Tafi E. Drug safety evaluation of ulipristal acetate in the treatment of uterine fibroids / E. Tafi, C. Scala, U. Leone // Expert Opinion on Drug Safety. – 2015. – No. 14 (6). – P. 965–977.
6. Татарчук Т. Ф. Міома матки / Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей // Академічні лекції з акушерства та гінекології / за ред. акад. Ю. Г. Антипкина. – 2-ге вид., випр. та допов. – К. : ТОВ «КРІЕЙТІВ МЕДІА», 2023. – 424 с.
7. Borahay M. Signaling pathways in leiomyoma: understanding pathobiology and implications for therapy / M. Borahay, A. Al-Hendy, G. Kilic // Molecular Medicine. – 2015. – No. 21 (1). – P. 242–256.
8. Metwally M. Is another meta-analysis on the effects of intramural fibroids on reproductive outcomes needed? / M. Metwally, C. M. Farquhar, T. C. Li // Reprod. Biomed. Online. – 2011. – No. 23 (1). – P. 2–14. DOI: 10.1016/J.Rbmo.2010.08.006. epub 2010 Sep 6.
9. Global Library of Women's Medicine / F. Parazzini, S. Gerli, S. Bianchi, [et al.] 2021. ISSM: P. 1756–2228. DOI: 10.3843/GLOWM415733
10. Zhang K. Admixture mapping of genetic variants for uterine fibroids / K. Zhang, H. Wiener, B. Aissani // Journal of Human Genetics. – 2015. – Vol. 60. – P. 533–538.
11. Coronado G. D. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study / G. D. Coronado, L. M. Marshall, S. M. Schwartz // Obstet. Gynecol. – 2000. – No. 95. – P. 764–769. [PUBMED: 10775744].
12. Uterine fibroids and preterm birth risk: a systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 Jul 6] / G. R. Perez-roncero, M. T. Lopez-baena, L. Ornat [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2020. – Vol. 10. 1111/JOG.14343. DOI:10.1111/JOG.14343.
13. Jenabi E. The association between uterine leiomyoma and placenta abruption: a meta-analysis / E. Jenabi, S. Ebrahimzadeh Zagami // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2017. – No. 30 (22). – P. 2742–2746. DOI:10.1080/14767058.2016.12614019.

REFERENCES

1. Zaporozhan, V.M. (Ed.). *Akusherstvo ta hinekologhiia (2014): U 4 t: natsionalnyi pidruchnyk. T.3: Neoperatyvna hinekologhiia [Obstetrics and gynecology: national textbook: in 4 volumes. Vol. 3: Non-operative gynecology]*. Kyiv: VSV "Medytsyna". ISBN 978-617-505-257-0. ISBN 978-617-505-297-6 (t.3) [in Ukrainian].
2. Commandeur, A.E. (2015). Epidemiological and genetic for molecular mechanismus involved in uterine leiomyoma development and growth. *Human Reproduction Update*, 21 (5), 593-615.
3. Sparic, R., & Mirkovic, L. (2016). Epidemiology of uterine myomas: a review. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9 (4), 424-435.
4. Biglia, N., Carinelli, S., & Maiorana A. (2014). Ulipristal acetate: a novel pharmacological approach for the treatment of uterine fibroids. *Drug Design, Development and Therapy*, 8, 285-92.
5. Tafi, E., Scala, C., & Leone, U. (2015) Drug safety evaluation of ulipristal acetate in the treatment of uterine fibroids. *Expert Opinion on Drug Safety*, 14 (6), 965-77.
6. Tatarchuk, T.F., & Kosei, N.V., Antypkin, Yu.H. (Ed.). (2023). *Mioma matky v kn. Akademichni leksii z akusherstva ta hinekologhii. [Myoma of the uterus 2-nd ed. Academic lectures on obstetrics and gynecology]*. Kyiv. TOV "KRIEITIV MEDIA" [in Ukrainian].
7. Borahay, M., Al-Hendy, A., & Kilic, G. (2015). Signaling pathways in leiomyoma: understanding pathobiology and implications for therapy. *Molecular Medicine*, 21 (1), 242-256.
8. Metwally, M., Farquhar, C.M., & Li, T.C. (2011). Is another meta-analysis on the effects of intramural fibroids on reproductive outcomes needed? *Reprod. biomed online*, 23 (1), 2-14. DOI: 10.1016/J.Rbmo.2010.08.006. epub 2010 Sep 6.
9. Parazzini, F., Gerli, S., Bianchi, S., Chiaffarino, F., & Favilli, A. (2021). Global Library of Women's Medicine, ISSM: 1756-2228. DOI: 10.3843/GLOWM415733
10. Zhang, K., Wiener H., & Aissani, B. (2015). Admixture mapping of genetic variants for uterine fibroids. *Journal of Human Genetics*, 60, 533-38.
11. Coronado, G.D., Marshall, L.M., & Schwartz, S.M. (2000). Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. *Obstet. Gynecol.*, 95, 764-769. [PUBMED: 10775744].
12. Perez-roncero, G.R., Lopez-baena, M.T., & Ornat, L. et al. (2020). Uterine fibroids and preterm birth risk: a systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 Jul 6]. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 10.1111/JOG.14343. DOI:10.1111/JOG.14343.
13. Jenabi, E., & Ebrahimzadeh Zagami, S. (2017). The association between uterine leiomyoma and placenta abruption: a meta-analysis. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.*, 30 (22), 2742-2746. DOI: 10.1080/14767058.2016.12614019.

Отримано 11.07.23

Прийнято до друку 23.08.23

Електронна адреса для листування: besplodiepag@gmail.com