

Профілактика невиношування вагітності у жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі

О.О. Корчинська, М.В. Лянна

ДВНЗ «Ужгородський Національний Університет»
Ужгородський Міський Пологовий Будинок

У статті викладено розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс, який дозволяє знизити загрозу ранніх та пізніх самовільних абортів, передчасних пологів, зменшити плацентарну дисфункцію, аномалії пологових сил, дистрес плода, відсоток кесаревих розтинів, патологію післяпологового періоду у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

Ключові слова: вагітність, пологи, лейоміома, патологія шийки матки.

Невиношування вагітності належить до найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Як відомо, передчасні пологи є основною причиною перинатальної захворюваності та смертності. Незважаючи на заходи, що проводять щодо оздоровлення жіночого населення, частота невиношування вагітності складає 9–15% і немає тенденції до зниження [1].

Лейоміома та патологія шийки матки належать до найбільш поширених захворювань жіночих статевих органів і виявляються у 20–25% [2, 6].

Останнім часом відзначається тенденція до збільшення частоти виявлення даних захворювань під час вагітності у жінок репродуктивного віку. Зростання частоти даної патології зумовлено як складними соціально-економічними умовами, так і змінами екології, раціону, підвищення частоти стресових ситуацій у житті сучасної жінки [1, 3].

Дані літератури, які стосуються дослідження патологічних змін в організмі жінок з лейоміомою та патологією шийки матки, дозволяють вважати, що ці захворювання формуються в умовах порушення мікроциркуляції, тканинної та клітинної гіпоксії [2, 4]. У процесі формування патології матки утворюється особливий вид судин, в якому власне від первинної судини залишається лише ендотеліальна вистілка, навколо якої хаотично розташовуються гладком'язові пучки лейоміоми зі скороченими гладком'язовими волокнами. Усе це створює особливі умови гемодинаміки лейоміоми матки [5, 7].

Є численні дані про важливу патологічну роль гормональних змін у виникненні лейоміоми та патології шийки матки. Важливе значення мають фактори росту, а також позаклітинний матрикс, що бере участь у розвитку та диференціюванні клітини і може впливати на процеси, що відбуваються в середині них. Саме через вплив факторів росту відбувається гормональна стимуляція росту міоматозних вузлів. Під час вагітності, як правило, міоматозні вузли мають тенденцію до росту, а патологія шийки матки до рецидиву, тому досить складно прогнозувати їхні наслідки як для матері, так і для плода [8].

Мета дослідження: зниження частоти невиношування вагітності у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі на основі вивчення клініко-мікробіологічних і ен-

докринологічних особливостей та розроблення комплексу профілактично-лікувальних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено дослідження в 2 етапи. На першому етапі вивчали особливості перебігу вагітності, пологів, післяпологового і неонатального періодів у 50 пацієнток з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі, яким проводили загальноприйняті профілактично-лікувальні заходи (I основна група), для порівняльної характеристики вивчали аналогічні параметри у 50 акушерських та соматично здорових першородящих (контрольна група).

На другому етапі проводили клінічне та інструментально-лабораторне оцінювання розробленого нами профілактично-лікувального комплексу, що використовували до та під час вагітності у 50 жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі (II основна група). Загальноприйняте ведення жінок здійснювали відповідно до наказу МОЗ України № 417 від 15.07.2011р. «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги», і містило в собі комплексне лікування запальних процесів, в тому числі шийки матки до вагітності, а під час вагітності вітамінотерапію, препарати йоду з урахуванням ендемічної зони.

Розроблена нами профілактично-лікувальна методика – це обов'язкова підготовка до вагітності шляхом проведення цитологічного, кольпоскопічного, бактеріологічного та вірусологічного дослідження стану шийки матки, санація та нормалізація гормонального статусу шляхом призначення препарату, що містить індол-три-карбінол і епігаллокатехіну-тригалат.

Під час вагітності використовували у терміні до 12 тиж препарат мікронізованого натурального прогестерону в дозі 200 мг на добу внутрішньопіхвово і у 22–24 тиж проводили ультразвукову цервікометрію: при довжині шийки матки менше 30 мм та лійкоподібному розширенні каналу шийки матки призначали той самий препарат мікронізованого прогестерону в дозі 200 мг на добу внутрішньопіхвово до 34-го тижня вагітності.

З метою профілактики плацентарної дисфункції призначали також препарат L-аргініну з внутрішньовенним введенням 100 мл 4,2% розчину в кількості 10 інфузій у 10–12, 20–22 та 32–34 тиж вагітності.

З метою профілактики дисбіозу піхви та рецидиву на цьому тлі патології шийки матки жінкам призначали у терміні 10–12, 20–22 та 32–34 тиж вагітності супозиторії з хлоргексидином – по одному супозиторію на ніч внутрішньопіхвово протягом 10 днів.

Клінічні методи дослідження включали вивчення, насамперед, анамнестичних даних, при цьому проводили оцінювання менструальної, статевої, дітородної функцій, а

також даних, що стосувалися діагностики і лікування лейоміоми та патології шийки матки до настання даної вагітності. Окрім цього, проводили оцінювання наявності в минулому іншої генітальної та екстрагенітальної патології.

Ехографічні та доплерометричні дослідження були виконані на ультразвукових апаратах Toshiba 250 та Simens Sonoline SI-250. У I триместрі вагітності визначали такі дані: місце розташування плодового яйця по відношенню до міоматозного вузла, вимірювання куприково-тім'ячкового розміру ембріона, носових кісток, шийної складки, наявність ознак життя плода (серцебиття та рухи), визначали кількість, локалізацію та розташування лейоміоматозних вузлів. У II та III триместрах звертали увагу на такі ознаки: наявність вроджених вад розвитку плода, положення та передлежання його, визначали кількість амніотичної рідини, локалізацію плаценти, гестаційний вік та масу плода.

Стан матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігів оцінювали за допомогою методу доплерометрії, застосовували комбінований датчик з частотою 3,5 МГц, що працює в імпульсному режимі, і частотний фільтр на рівні 100 Гц.

Ендокринологічні методи обстеження включали вивчення гормональних взаємовідношень в системі «мати–плацента–плід», при цьому досліджували рівень таких гормонів, як: естріол, прогестерон, плацентарний лактоген, хоріонічний гонадотропін. Дослідження гормонів проводили методом імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи «Roche Diagnostics» (Швейцарія); DRG (Німеччина).

Цитологічні дослідження шийки матки проводили шляхом взяття мазка з поверхні ектоцервіксу за допомогою шпателя, а з ендочервіксу за допомогою щітки-ендобраша.

Просту кольпоскопію здійснювали шляхом огляду верхньої шийки матки та піхви за допомогою кольпоскопа Skaner MK-200 при стандартному збільшенні у 8–40 разів. Потім використовували розчин оцтової кислоти 3%, який наносили на шийку матки тампоном, тривалість аплікації – 45 с. Оцінювали реакцію судин та появу аномальної кольпоскопічної картини, також використовували розчин йоду – пробю Шиллера.

Мікробіологічні методи дослідження включали бактеріоскопію мазків, взятих з піхви, каналу шийки матки, сечівника, з наступним бактеріологічним дослідженням та антибіотикограмою.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок контрольної групи склав $23,1 \pm 1,1$ року, а в двох основних групах був достовірно вищий, в I групі $30,4 \pm 1,2$ та в II – $30,2 \pm 1,4$ року ($p < 0,05$). Установлені вікові відмінності в контрольній та основних групах були зумовлені високою частотою неплідності, невиношування вагітності у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

Під час аналізу особливостей менструальної функції привертає увагу значна частота порушень менструального циклу у жінок основних груп. Рясні місячні за типом менометрорагії частіше зустрічалися у жінок I та II груп – відповідно 76% та 84%. На відміну від цього, у жінок контрольної групи дані порушення мали місце у 16% спостережень ($p > 0,05$).

При дослідженні особливостей репродуктивного анамнезу нами встановлено, що у жінок I та II основних груп частіше мали місце артіфіційні аборти – відповідно 44% та 40%, в той час як у контрольній групі – 12% ($p < 0,05$), епізоди спонтанних втрат вагітності I та II триместра – відповідно 56% та 60%, що було достовірно вищим, ніж у контрольній групі 8% ($p < 0,05$). Втрату поспіль двох та більше вагітностей

визначали у 32% жінок I основної та у 36% II основної груп на відміну від контрольної, де звичне невиношування не було діагностовано в жодному випадку.

Передчасні пологи в анамнезі також частіше виникали у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі, зокрема в 22–26 тиж відповідно у 12% та 8% жінок I та II основних груп; в 27–32 тиж – у 8% та 4% жінок основних груп відповідно, що достовірно частіше мало місце на відміну від контрольної групи, де передчасні пологи не були діагностовані в жодній жінки.

Непліддя достовірно частіше мало місце у жінок основних груп: відповідно 32% та 36% жінок I та II основних груп проти 8% жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

Привертає увагу висока частота супутньої генітальної патології у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі. Зокрема, у жінок основних груп достовірно частіше, ніж контрольної групи, мали місце такі захворювання, як: хронічний сальпінгоофорит – 76% та 72% проти 12% спостережень у контрольній групі ($p < 0,05$); фолікулярні кісти яєчників 40% та 44% у I та II основних групах, проти 4% – у контрольній ($p < 0,01$).

Слід також зазначити, що у жінок I та II основних груп мало місце висока частота хронічної екстрагенітальної патології: хронічний холецистит та панкреатит – відповідно 28% та 20% проти 8% випадків в контрольній групі; хронічний піелонефрит – відповідно 16% та 24% проти 8% в контрольній групі; хронічний бронхіт – відповідно 20% та 24% спостережень проти 8% в контрольній групі; патологія щитоподібної залози – відповідно 24% та 32% проти 8% випадків в контрольній групі; серцево-судинна патологія – 12% та 16% спостережень відповідно проти 4% в контрольній групі ($p < 0,05$).

У зв'язку з цим, тактика акушерів-гінекологів у жінок з супутньою екстрагенітальною патологією має бути скерована на їхнє оздоровлення до вагітності.

Частота спонтанних абортів в I та II основних групах в анамнезі становила відповідно 56% та 60% спостережень, що достовірно вище, ніж в контрольній 8% ($p < 0,05$). Звичне невиношування у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки спостерігали в значній кількості випадків – 32% та 36%, в той час, як в контрольній – в жодній пацієнтки.

Як свідчать результати вивчення особливостей клінічного перебігу гестації, у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки у першій половині вагітності має місце значна частота загрози невиношування – 72% у порівнянні з 8% в контрольній ($p < 0,01$), причому ретрохоріальна гематома виникла при локалізації хоріона в проекції лейоміоматозного вузла у 24% випадків. Частіше серед жінок I основної групи мали місце ранні токсикози у 28% проти 12% ($p < 0,05$) у контрольній.

Така тенденція зберігалася і в другій половині вагітності: загроза пізнього самовільного абортів 24% проти 4% в контрольній групі ($p < 0,01$); плацентарна дисфункція 48% проти 4% в контрольній групі ($p < 0,01$).

Як свідчать результати наших досліджень, серед жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі відзначається високий рівень прееклампсії легкого та середнього ступеня тяжкості – 32% випадків проти 8% випадків в контрольній групі ($p < 0,01$), а також важкого ступеня – 8% спостережень.

Також під час пологів типовим ускладненням є слабкість пологової діяльності – 56% проти 24% в контрольній групі ($p < 0,05$); дискоординувана пологова діяльність 16% проти 4% в контрольній групі ($p < 0,05$).

Наслідком цих патологічних змін є виникнення дистресу плода в пологах – 24% проти 8% в контрольній групі ($p < 0,05$); передчасне відшарування нормально розташованої

плаценти – 8% проти 2% в контрольній групі ($p < 0,05$). Зазначені ускладнення ведуть до зростання частоти оперативного розродження у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки, зокрема, частота кесарева розтину зростає до 64% випадків проти 14% спостережень в контрольній групі ($p < 0,05$).

Також спостерігається недостатність фетоплацентарного комплексу. Як свідчать результати наших досліджень, у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі, зниження рівня прогестерону мало місце, починаючи з 22–24 тиж вагітності і зберігається така тенденція до 34–36 тиж – $348,5 \pm 3,6$ нг/мл проти $371,6 \pm 3,2$ нг/мл в контрольній ($p < 0,05$). Така сама динаміка спостерігалася і у випадку визначення плацентарного лактогену у 34–36 тиж – $8,3 \pm 0,3$ мг/л проти $8,9 \pm 0,2$ мг/л в контрольній групі ($p < 0,05$); вільного естріолу у 34–36 тиж – $22,1 \pm 1,3$ нг/мл проти $2,8 \pm 1,1$ нг/мл в контрольній ($p < 0,05$), а рівень хоріонічного гонадотропіну був нижчий у I основній групі вже починаючи з 8–9-го тижня вагітності – $136\ 574 \pm 0,351$ мМО/мл проти $149\ 388 \pm 0,276$ мМО/мл в контрольній ($p < 0,05$).

Дана патологія також є фактором ризику формування патології функціонування системи «мати–плацента–плід». При ультразвуковому дослідженні фетоплацентарного комплексу у жінок I основної групи частіше діагностувалися гіперехогенні вклучення в структурі плаценти – 28% проти 4% в контрольній ($p < 0,01$), гіпертрофія – 24% проти 2% в контрольній ($p < 0,01$) та гіпоплазія плаценти – 4% в I основній групі.

Також відзначалася велика частка аномалій навколоплодових вод: багатоводдя – 16% проти 4% в контрольній групі ($p < 0,05$); маловоддя – 12% проти 2% ($p < 0,01$). Наведені зміни призводять до порушення функціонального стану плода.

При вивченні внутрішньоутробного стану плода привертає увагу значна частота діагностування затримки внутрішньоутробного росту за асиметричним варіантом у I основній групі 36% випадків спостережень проти 4% в контрольній ($p < 0,01$), а симетрична форма в жодному випадку не була констатована в контрольній групі, в той час як в I основній групі в 8% випадків.

Післяпологовий період у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі характеризується зростанням частоти таких ускладнень, як: ранова інфекція – 20% в I основній групі проти 8% в контрольній ($p < 0,05$); лохіометра та субінволюція матки – 18% проти 2% в контрольній групі ($p < 0,01$); ендометрит – 4%; пізня післяпологова кровотеча – 6%.

При вивченні особливостей перебігу лейоміоми матки у жінок основних груп нами отримані такі дані: у переважної більшості жінок обох основних груп – відповідно 68% та 72% мали місце множинні фіброматозні вузли з середнім розміром домінантного вузла $3,4 \pm 0,6$ см та $3,1 \pm 0,4$ см. У 32% I основної групи та 28% пацієнток II основної групи був діагностований поодинокий фіброматозний вузол із середнім розміром $3,2 \pm 0,6$ см.

Локалізація вузлів була наступна: у 96% пацієнток I основної групи та 92% пацієнток II основної групи – субсерозний або інтрамурально-субсерозний. Субмукозні вузли були діагностовані у 4% пацієнток I основної та у 8% II основної груп.

При вивченні особливостей структури патології шийки матки встановлено, що у жінок основних груп в анамнезі мало місце велика частота ендо- та екзоцервіцитів – відповідно 68% та 60% спостережень; ектопії шийки матки 48% та 56% випадків; субепітеліального ендометріозу шийки матки – 28% та 32% спостережень в I та II основних групах. При

аналізі цитологічних мазків за системою Бетесда ЦІН I – 24% спостережень в I основній та 20% випадків в II основній групі; ЦІН II – 12% та 8% випадків; ЦІН III – 4% випадків в кожній групі.

Привертає увагу високий рівень виділення специфічних збудників серед жінок основних груп: хламідії – 68% та 72% випадків в I та II основних групах; генітальна мікоплазма – 24% та 20% випадків; вірус папіломи людини високоонкогенного ризику – 24% та 20% спостережень; генітального герпесу – 20% та 16% випадків; вагінальна трихомонада – 12% та 12%; гонокок – 12% та 8% спостережень в I та II основних групах.

Особливості мікробіологічного статусу у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки: має місце зниження колонізаційної резистентності піхви, починаючи з I триместра вагітності, а саме, знижується питома вага лактобацил, біфідо- та пропіоновокислих бактерій, починаючи з 10–12 тиж вагітності – $56,0 \pm 1,5\%$ проти $96,1 \pm 1,2\%$ в контрольній групі ($p < 0,05$) і така тенденція зберігається до 34–36 тиж вагітності $48,3 \pm 1,1\%$ проти $95,7 \pm 1,2\%$ в контрольній групі ($p < 0,05$). У той самий час, достовірно вищою була питома вага умовно-патогенних мікроорганізмів як на ранніх термінах вагітності $42,3 \pm 1,2\%$ проти $1,8 \pm 0,1\%$ у контрольній групі ($p < 0,05$), так і напередодні розродження. Так само і кількісне дослідження мікрофлори піхви жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі свідчить про достовірно більшу кількість умовно-патогенних мікроорганізмів в 1 мл вагінального секрету в порівнянні з контрольною групою як у ранні терміни, так і напередодні розродження, – $5,01 \pm 0,12$ КУО/мл проти $2,31 \pm 0,11$ КУО/мл ($p < 0,05$). Виявлені зміни у складі мікрофлори піхвового біотопу закономірно призводили до погіршення результатів цитологічного та кольпоскопічного дослідження серед жінок з лейоміомою та патологією шийки матки.

Таким чином, результати проведених досліджень засвідчили, що вагітні з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку дисбіотичних, гормональних порушень у системі «мати–плацента–плід», що призводить до розвитку плацентарної дисфункції, невиношування вагітності, погіршення показників материнської та неонатальної захворюваності.

Розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс дає можливість усунути виявлені порушення у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі, що дозволило б знизити частоту таких ускладнень, як: загроза раннього та пізнього самовільних абортів, невиношування, плацентарна дисфункція; покращити перебіг післяпологового та раннього неонатального періодів.

Відмінності в перебігу вагітності на тлі використання запропонованої нами методики визначені, починаючи з I триместра вагітності. Так, загроза ранніх та пізніх самовільних абортів була нижчою в II основній групі порівняно з I – 36% проти 72% ($p < 0,05$); частота загрози передчасних пологів – 16% проти 52% ($p < 0,05$). Також спостерігалася покращення перебігу гестаційного процесу, що призвело до покращення фетометричних показників плода, в II основній групі рідше мала місце затримка внутрішньоутробного розвитку – 18% проти 44% ($p < 0,05$).

Також відзначалося зниження частоти слабкості пологових сил – 28% проти 56% ($p < 0,05$); дискоординованої пологової діяльності – 4% проти 16% ($p < 0,05$).

Використання запропонованого лікувально-профілактичного комплексу сприяло відсутності прогресивного росту лейоміоматозних вузлів та запобігало рецидивам патології шийки матки за результатами кольпоскопічного та цитологічного досліджень – 28% проти 62% ($p < 0,05$).

Не зафіксовано жодного випадку недоношеності чи пе-

ринатальної смертності у новонароджених від матерів, яким призначали запропонований нами профілактично-лікувальний комплекс.

Покращання клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового та неонатального періодів стало наслідком покращання стану фетоплацентарного комплексу. Результати ехографічних досліджень засвідчили зниження патологічних ехографічних ознак в структурі плаценти – 28% проти 80% ($p < 0,05$); аномалій навколоплодових вод – 12% проти 28% ($p < 0,05$) в II та I основних групах відповідно.

Результати вивчення гормонального статусу засвідчили достовірне зростання середніх концентрацій прогестерону – $148,3 \pm 1,2$ нг/мл проти $42,1 \pm 1,2$ нг/мл в I основній групі ($p < 0,05$); вільного естріолу – $15,1 \pm 1,1$ нг/мл проти $11,7 \pm 1,2$ нг/мл ($p < 0,05$); плацентарного лактогену $3,7 \pm 0,1$ мг/л проти $3,1 \pm 0,2$ мг/л ($p < 0,05$) в I основній групі, починаючи з 22–24-го тижня вагітності, а хоріонічний гонадотропін – з 8–9-го тижня – $146\ 274 \pm 0,195$ мМО/мл проти $136\ 574 \pm 0,351$ мМО/мл в I основній групі.

Розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс сприяв усуненню дисбіотичних змін та підвищенню колонізаційної резистентності піхви, починаючи з ранніх термінів вагітності. Кількісне дослідження мікробіоценозу статевих шляхів також засвідчило достовірне зменшення умовно-патогенних бактерій піхвового біотопу в II основній групі.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати наших досліджень свідчать, що розроблений нами профілактично-лікувальний комплекс з використанням на прегравідарному етапі рослинного препарату з антипроліферативною, імуномодулювальною активністю, а починаючи з ранніх термінів вагітності натурального мікронізованого прогестерону, донатору оксиду азоту

та місцевого антисептика, що не впливає на нормальну мікрофлору піхви, дозволяє знизити частоту невиношування вагітності та інших акушерських і перинатальних ускладнень, а це сприяє покращанню результатів розродження у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі. Наведені позитивні зміни відбуваються на тлі сповільнення темпів росту лейоміоматозних вузлів, відсутності їхньої дегенерації, а також низького відсотку патологічних змін шийки матки на тлі підвищення колонізаційної резистентності піхви.

Профілактика невынашивания беременности у женщин с лейомиомой матки и патологией шейки матки в анамнезе

О.О. Корчинская, М.В. Лянна

В статье изложен разработанный нами профилактически-лечебный комплекс, который позволяет снизить угрозу ранних и поздних самопроизвольных аборт, преждевременных родов, уменьшить плацентарную дисфункцию, аномалии родовых сил, дистресс плода, процент кесаревых сечений, патологию послеродового периода у женщин с лейомиомой и патологией шейки матки в анамнезе.

Ключевые слова: беременность, роды, лейомиома, патология шейки матки.

Prophylaxy of Miscarriages in Women with Uterine Leiomyoma and Cervical Pathology in Anamnesis

O.O. Korchynska, M.V. Lyanna

In Article the effectiveness of our prophylactic-treatment complex is showed by decreasing of miscarriages, pectern labours, placental dysfunction, foetus dystress, quantity of cesarean section, puerperal pathology in Women with uterine leiomyoma and cervical pathology in anamnesis.

Key words: pregnancy, chilabirth, leiomyoma, cervical pathology.

Сведения об авторах

Корчинская Оксана Александровна – ГБУЗ «Ужгородский Национальный Университет», 88000, г. Ужгород, ул. Подгорная, 46

Лянна Марьяна Васильевна – Ужгородский Городской Родильный Дом, 88000, г.Ужгород, ул. 8 Марта, 30. E-mail: mary_anna777@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александрова Ю.Н. ПВИ у здоровых женщин С.-Петербурга / Ю.Н. Александрова, А.А. Лыцев, Н.Р. Сафронникова // Вопр. онкол. – 2000. – Т. 6, № 2. – С. 175–179.
2. Анкирская А.С. Инфекции влагалища: лабораторная диагностика оппортунистических инфекций влагалища / А.С. Анкирская, В.В. Муравьева // Лаб. диагн. – 2005. – Т. 7, № 3. – С. 35–38.
3. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Бауэр // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 300 с.
4. Бебнева Т.Н. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки /

- Т.Н. Бебнева, В.Н. Прилепская // Гинекология. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 77–81.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман // М., 1989. – С. 496–498.
6. Василевская Л.Н. Основы кольпоскопии. / Л.Н. Василевская, М.Л. Винокур // М.: Мед.лит., 2008. – 168 с.

7. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева // М.: МЕД пресс-информ, 2004. – 176 с.
8. Савицкий Г.А. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г.А. Савицкий // Спб.: Элби, 2003. – 236 с.

Статья поступила в редакцию 18.11.2013