

В.І. Івах**ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ
ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ В ПОЄДНАННІ
З ЕНДОМЕТРІОЗОМ**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра акушерства та гінекології
(зав. – д. мед. н., проф. В.О. Потапов)
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of obstetrics and gynecology
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: ivakh.vi@gmail.com

Ключові слова: лейоміома в поєднанні з ендометріозом матки, міомектомія, віддалені результати операції, рецидиви пухлини

Key words: leiomyoma in combination with endometriosis of the uterus, myomectomy, long-term operation results, tumor recurrences

Реферат. Отдаленные результаты органосохраняющего лечения лейомиомы матки в сочетании с эндометриозом. **Ивах В.И.** В статье представлен анализ пятилетнего катамнеза женщин репродуктивного возраста, которым была выполнена операция удаления узлов лейомиомы (миомэктомия). Целью исследования было определение частоты рецидивов опухоли после миомэктомии у женщин с лейомиомой в сочетании с эндометриозом. В исследование были включены 82 прооперированные больные, которые были разделены на две группы по критерию наличия или отсутствия эндометриоза матки. В группу I было включено 44 (53,7%) случая выполненных операций по поводу изолированной лейомиомы, в группу II – 38 (46,3%) случаев сочетания подобной опухоли с эндометриозом матки. Миомэктомия была выполнена трансабдоминальным путем в 43,9%, лапароскопическим – в 46,3%, трансцервикальным с использованием гистерорезектоскопа – 11,4% случаях оперативного лечения. По данным наблюдения в течение 5 лет после операции рецидив лейомиомы матки возник у 56,1% женщин обеих групп, при этом в группе II, где отмечено сочетание лейомиомы матки с эндометриозом, частота рецидивов опухоли была достоверно выше (71,1%; $p < 0,05\%$), чем в группе I с изолированной лейомиомой матки (43,2%). Таким образом, отдаленные результаты операции миомэктомии у женщин с лейомиомой матки связаны с риском возникновения рецидива опухоли почти у каждой второй женщины, но при сочетанной патологии матки эти случаи имеют ряд особенностей по сравнению с изолированной опухолью – в 2,5 раза более высоким риском её рецидива в первый год после операции и в 1,65 раза большей частотой рецидива лейомиомы в течение 5 лет после операции. Авторы предполагают, что указанные различия являются свидетельством того, что наличие эндометриоза матки – это дополнительный фактор, который инициирует механизмы возникновения рецидива лейомиомы матки после миомэктомии, что необходимо учитывать при разработке программы послеоперационной реабилитации репродуктивного здоровья у женщин с сочетанной патологией матки.

Abstract. Long-term results of organ-preserving treatment of uterine leiomyoma combined with endometriosis. **Ivakh V.I.** The analysis of a five-years' catamnesis of reproductive age women who underwent surgery to remove leiomyoma nodes (myomectomy) is represented in this article. The aim of the study was to determine the incidence of tumor recurrence after myomectomy in women with leiomyoma combined with endometriosis. 82 operated patients, included into research were divided into two groups according to the criterion of the presence or absence of endometriosis of the uterus. Group I included 44 (53.7%) cases of isolated leiomyoma surgery, and group II – 38 (46.3%) cases of combination of a similar tumor with endometriosis of the uterus. Myomectomy was performed by the transabdominal way in 43.9%, laparoscopic – in 46.3%, transcervical with a hysteroscoperectoscope – 11.4% of cases of operative treatment. According to the 5 years observation after the surgery, the recurrence of uterine leiomyoma appeared in 56.1% of women of both groups, while in group II, where the combination of uterine leiomyoma with endometriosis was noted, the frequency of tumor recurrences was significantly higher (71.1%, $p < 0,05\%$) than in group I with isolated uterine leiomyoma (43.2%). Thus, the long-term results of myomectomy in women with uterine leiomyoma are associated with the risk of recurrence of the tumor in almost every second woman, but with the combined pathology of the uterus, these cases have a number of features compared to an isolated tumor – 2.5 times higher risk of recurrence in the first year after the operation and by 1.65 times higher frequency of relapse of the leiomyoma within 5 years after the surgery. The authors suggest that these differences evidence that the presence of endometriosis of the uterus is an additional factor that initiates the mechanisms of recurrence of the uterine leiomyoma after myomectomy, which should be taken into account in the development of a program of postoperative reproductive health rehabilitation of women with co-pathology of the uterus.

Проблема збереження репродуктивного здоров'я жінки в умовах загального зниження народжуваності має важливе медичне і соціальне значення. Найбільш гостро ця проблема стоїть у жінок з лейоміомою (ЛМ) та ендометріозом матки, які діагностуються в 13,3-27,0% жінок репродуктивного віку й нерідко є однією з домінуючих причин, що призводять до безпліддя, невиношування вагітності, погіршення якості життя та радикальних операцій, які позбавляють жінку можливості мати дітей [2, 3, 5].

ЛМ і ендометріоз належать до числа найбільш поширених гінекологічних захворювань, причому в останні роки в усьому світі число хворих з цими хворобами зростає, що зумовлено в чималому ступені вдосконаленням методів діагностики захворювань матки [1, 3, 4].

Висока частота (55-85%) поєднання лейоміоми матки й ендометріозу, на яку вказують більшість авторів, не випадкова, оскільки патогенез цих захворювань матки має ідентичні ланки і, мабуть, взаємний стимулюючий вплив на прогрес обох патологічних процесів [2, 3, 5].

Все частіше поєднана патологія матки стає репродуктивною проблемою і за даними низки авторів 40-50% таких хворих страждають на безпліддя та невиношування вагітності [6, 11]. Це пояснюється збільшенням останнім часом як числа жінок, які страждають на це захворювання в молодому віці, так і зростанням кількості вперше вагітних жінок після 30-35 років (17-20%), у яких значно більший ризик маніфестації ЛМ та ендометріозу [5, 12, 14].

Останнім часом широкого поширення набули органозберігаючі операції в жінок з ЛМ, оскільки численними дослідженнями було доведено, що міомектомія дозволяє збільшити частоту запліднення і виношування вагітності в пацієнток з цією доброякісною пухлиною. Натомість проблема рецидивів ЛМ після органозберігаючих операцій у цих жінок недостатньо вирішена, а саме: останні розглядаються серед головних чинників репродуктивних невдач оперативного лікування, а також цілої низки ускладнень вагітності та пологів [3, 8]. Вважається, що протягом п'яти років після міомектомії рецидив захворювання виникає в 37-50%, проте реальна його частота після оперативного лікування поєднаної патології матки невідома. Відповідно, відсутні чіткі рекомендації щодо засобів попередження рецидивів захворювання після органозберігаючих операцій з приводу ЛМ, поєднаної з ендометріозом [7, 9, 10, 13].

У цьому дослідженні нами був проведений ретроспективний аналіз віддалених наслідків органозберігаючого лікування у 82 жінок репродуктивного віку, хворих на ЛМ, яке було проведено в гінекологічних відділеннях міської клінічної лікарні № 9, обласної клінічної лікарні ім. І. Мечнікова та Клініці ендоскопічної хірургії «Гарвіс» (м. Дніпро) у період 2002-2012 рр.

Метою дослідження було визначення особливостей віддалених наслідків та частоти виникнення рецидивів ЛМ після міомектомії в жінок з ЛМ в поєднанні з ендометріозом.

У дослідження було включено лише тих жінок, які перебували під наглядом лікаря акушера-гінеколога і на яких було отримано медичну документацію, що свідчила про їх катамнез протягом не менше 5 років після оперативного лікування.

Вказані жінки були розподілені на дві групи за ознаками наявності або відсутності аденоміозу. До групи I було включено 44 (53,7%) жінки, в яких була ізольована ЛМ, до групи II – 38 (46,3%) жінок з ЛМ у поєднанні з ендометріозом матки за результатами патогістологічного дослідження біологічного матеріалу, видаленого під час операції, при цьому обов'язковим було виявлення двох компонентів, притаманних ендометріозу: епітеліального та стромального.

Показанням для операції міомектомії було: мено- і метрорагії (26 випадків – 31,7%), швидке зростання вузла (8 випадків – 9,8%), великі розміри пухлини (12 випадків – 14,6%), больовий синдром (21 випадок – 25,6%), підслизова локалізація вузла (9 випадків – 10,9%), анемія (11 випадків – 13,4%), безпліддя (31 випадок – 37,8%), невиношування вагітності на тлі пухлини (19 випадків – 23,2%). У більшості жінок (59 випадків – 71,9%) було в наявності одночасно декілька патогномічних симптомів, рідше (23 випадки – 28,1%) – був присутній лише один з них.

Згідно з протоколами операції, абдомінальна міомектомія була виконана в 36 (43,9%) з 82 жінок з ЛМ, у тому числі в 20 (50,0%) жінок I групи та в 16 (42,1%) жінок II групи, лапароскопічна міомектомія – у 38 (46,3%), в тому числі в 19 (43,2%) жінок I групи і відповідно в 19 (50,0%) жінок II групи. У 8 (9,8%) жінок із субмукозною ЛМ виконана гістерорезектоскопічна міомектомія, в тому числі в 5 (11,4%) жінок I групи та в 3 (7,9%) жінок II групи. Тобто за видом оперативного доступу при операції міомектомії досліджені групи майже не відрізнялися (табл. 1).

**Локалізація ЛМ та вид оперативного доступу
в жінок досліджених груп при міомектомії**

Локалізація ЛМ	Вид оперативного доступу	Групи					
		I (n=44)		II (n=38)		I+II (n=82)	
		n	%	n	%	n	%
Субмукозна	гістерорезектоскопія	5	11,4	3	7,9	8	9,8
Субсерозна	лапароскопія	9	20,5	5	13,2	14	17,1
Інтрамуральна	абдомінальний	17	38,7	13	34,2	30	36,6
	лапароскопія	8	18,2	11	28,9	19	23,2
	обидва доступи	25	56,8	24	63,2	49	59,8
Змішана	абдомінальний	3	6,9	3	7,9	6	7,3
	лапароскопія	2	4,6	3	7,9	5	6,1
	обидва доступи	5	11,4	6	15,8	11	13,4
Разом (всі локалізації)	абдомінальний	20	50	16	42,1	36	43,9
	лапароскопія	19	43,2	19	50	38	46,3
	гістерорезектоскопія	5	11,4	3	7,9	8	9,8

Аналіз розподілу за локалізацією вузлів ЛМ, які були видалені під час операції (табл. 1), засвідчив, що найчастішою локалізацією були інтрамуральні вузли - 49 (59,9%) випадків з 82, частота яких не відрізнялася статистично значущо в групах I та II, де вони зустрічалися відповідно в 25 (56,8%) та 24 (63,2%) випадках ($p>0,05$). Частота виявлення виключно субсерозних вузлів ЛМ (14 випадків - 17,1%), які були вилучені лапароскопічним доступом, була більшою в групі I (9 випадків - 20,5%) порівняно з групою II (5 випадків - 13,2%). Таку ж тенденцію мала і частка субмукозних вузлів ЛМ (8 випадків - 9,8%), які склали в групах I та II відповідно 5 (11,4%) та 3 (7,9%) випадків. У 11 (13,4) жінок під час операції було знайдено змішану локалізацію вузлів ЛМ (комбінація інтрамуральних та субсерозних), у тому числі в 5 (11,4%) випадках у жінок I групи та в 6 (15,8%) - у жінок II групи.

За середньою кількістю видалених міоматозних вузлів групи I та II суттєво не відрізнялися ($p>0,05$).

У більшості жінок з ЛМ у групі II (28 випадків - 73,7%) ендометріоз матки (вузлова

форма) було виявлено випадково візуально під час операції вилучування вузлів міоми (13 випадків - 34,2%), але частіше при гістологічному дослідженні операційного матеріалу (25 випадків - 65,8%). Поєднана патологія ЛМ і ендометріоз у період обстеження до операції була встановлена тільки в 10 жінок (26,3%), що зумовлено складністю і неоднозначністю на той час результатів існуючих методів (УЗД, МРТ) діагностики, особливо при множинних вузлах пухлини і великих розмірах матки.

Майже половина жінок з ЛМ (39 випадків з 82, або 47,6%) перед оперативним втручанням протягом 1-3 місяців отримувала один з агоністів ГнРГ згідно з рекомендаціями клінічного протоколу «Лейоміома» (наказ МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р.).

За даними спостереження за оперованими жінками з приводу ЛМ протягом 5 років після операції, рецидив ЛМ зафіксовано в 46 (56,1%) жінок обох груп (рис. 1, табл. 2). При цьому, як свідчать дані рисунку 1 і таблиці 2, у групі II частота виникнення рецидиву ЛМ була достовірно статистично більшою, ніж у групі I (відповідно 71,1% та 43,2%; $p<0,05\%$).

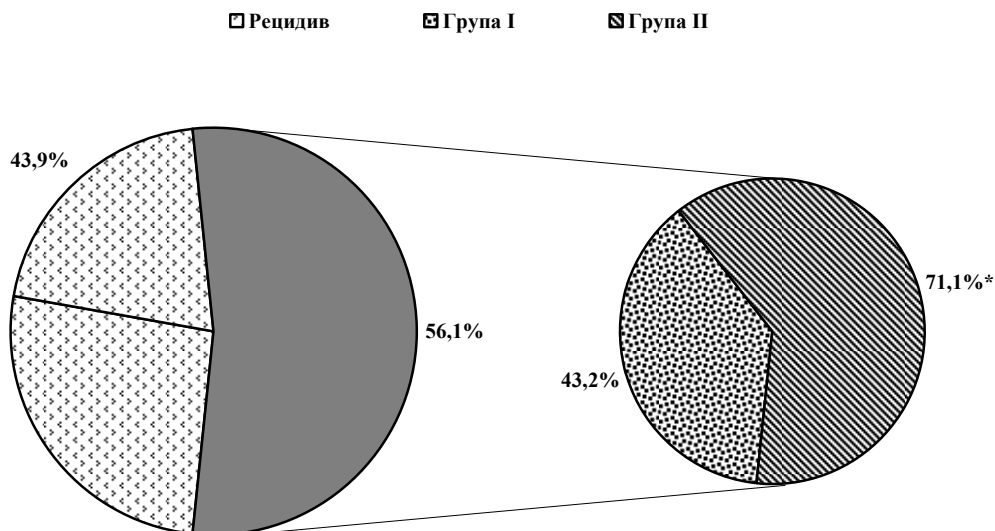


Рис. 1. Частота рецидивів ЛМ після операції міомектомії (n,%)

Пояснення цього факту потребує подальшого дослідження, але можна впевнено констатувати, що наявність ендометріозу матки є додатковим чинником, який імовірно ініціює механізм виникнення рецидивів ЛМ після міомектомії.

Частота рецидивів за локалізацією вузлів ЛМ наведена в таблиці 2. Як видно з таблиці 2, найчастіше рецидив ЛМ виникав за інтрамуральною (38 випадків – 46,3%), ніж субмукозною (1 випадок – 1,2%) або субсерозною (7 випадків – 8,5%) локалізацією вузлів. При цьому частка субмукозної та субсерозної локалізації рецидиву ЛМ у структурі внутрішнього розподілу в групах

I і II суттєво не різнилася ($p > 0,05$), у той час як інтрамуральна локалізація ЛМ при рецидиві була вдвічі частіше в групі II (24 випадки – 63,2%) порівняно з групою I (14 випадків – 31,8%).

Частота виникнення рецидиву ЛМ залежно від локалізації вилучених вузлів під час операції міомектомії наведена на рисунку 2. Як видно з рисунку 2, рецидив ЛМ інтрамуральної локалізації після міомектомії (38 випадків) стався після вилучення під час операції аналогічних вузлів у 21 (55,3%) випадку, субсерозних вузлів – у 12 (31,6%) та субмукозних – у 5 (13,3%) випадках.

Таблиця 2

Частота рецидивів за локалізацією вузлів ЛМ

Локалізація вузлів	Групи					
	I (n=44)		II (n=38)		I+II (n=82)	
	n	%	n	%	n	%
Субмукозна	1	2,3	-	-	1	1,2
Субсерозна	4	9,1	3	7,9	7	8,5
Інтрамуральна	14	31,8	24	63,2*	38	46,3
Разом	19	43,2	27	71,1*	46	56,1

Примітка. * – відмінність між групами I і II вірогідна при $p < 0,05$.

Рецидив ЛМ субсерозної локалізації (7 випадків) стався після вилучення під час операції аналогічних вузлів у 4 (57,1%) випадках, субсерозних вузлів – у 2 (28,6%) та субмукозних – в 1 (14,3%) випадках.

Рецидив ЛМ субмукозної локалізації виник лише в одному випадку (1,2%) після операції міомектомії з вилученням інтрамуральних вузлів ЛМ.

Отримані дані свідчать, що частіше рецидив ЛМ різної локалізації виникав після операції міомектомії інтрамуральних вузлів, особливо

множинної локалізації. Однак чіткої залежності між локалізацією рецидиву ЛМ та локалізацією вилучених вузлів під час міомектомії нами не виявлено, бо при вилученні інтрамуральних вузлів ми частіше спостерігали рецидив субсерозної (28,6%) або субмукозної (100%) ЛМ і навпаки, при вилученні субсерозних вузлів під час операції рецидив ЛМ інтрамуральної локалізації у віддаленому періоді після операції стався в 31,6% випадків.

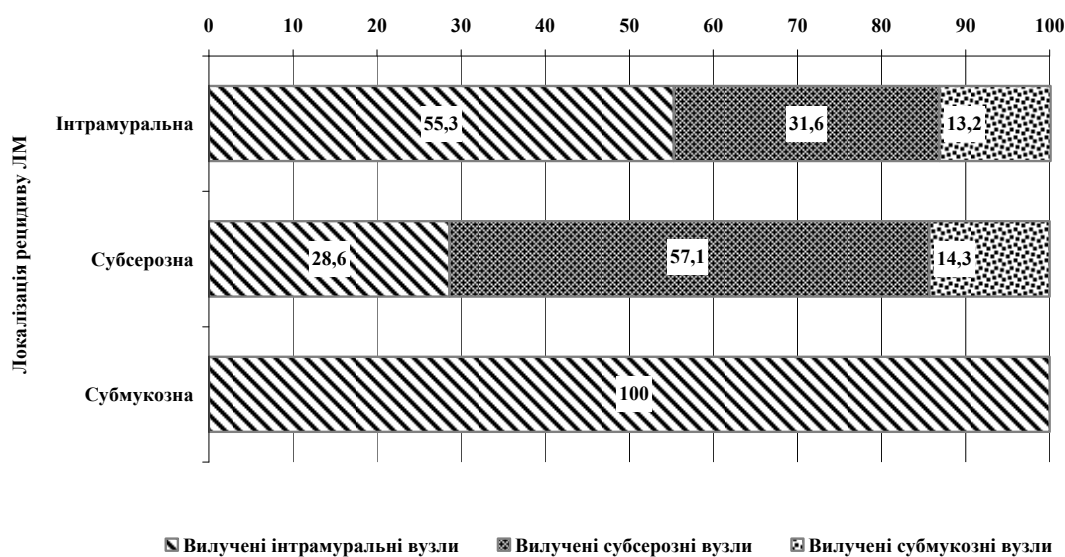


Рис. 2. Структура рецидивів ЛМ залежно від локалізації вилучених вузлів під час операції міомектомії (%)

Можливо, що наявність ендометріозу матки сприяє росту новоутворених вузлів більшого розміру при виникненні рецидиву ЛМ після міомектомії. Як видно з рисунку 3, у жінок у групі I розмір доміантного новоутвореного вузла до 3-4 см зустрічався частіше, ніж у групі II - відповідно 6 (22,2%) та 2 (10,5%) випадки, як і при розмірі більше 4 см – відповідно 4 (14,8%) і 2 (10,5%) випадки.

Таким чином, за наявності ЛМ у поєднанні з ендометріозом (група II) рецидиви, які виникли протягом 5 років після операції міомектомії, з середнім та більшим розміром новоутвореного доміантного вузла, за їх класифікацією зустрічалися в 1,8 рази частіше, ніж при ізольованій ЛМ (група I), для якої характерно було виникнення доміантних вузлів переважно до 1 см (9 випадків – 47,4%) та від 1 до 2 см (6 випадків – 31,6%).

Структура рецидивів ЛМ за кількістю новоутворених вузлів у жінок у досліджених групах

представлена на рисунку 4. Слід зазначити, що для рецидивів пухлини, які з'явилися протягом п'яти років після операції міомектомії у жінок з ЛМ у поєднанні з ендометріозом (група II), було характерно новоутворення значно більшої кількості вузлів порівняно з групою I. Як видно з рисунку 4, знаходження при проведенні УЗД у жінок групи II новоутворених вузлів у кількості від 4-х до 6-ти та більше було відповідно в 16 (59,3%) та 5 (18,5%) випадках, тобто в 1,6 та 1,8 рази частіше порівняно з групою I ($p < 0,05$), де аналогічна кількість вузлів спостерігалася в 7 (36,8%) та 2 (10,5%) випадках (рис. 4).

Для рецидивів пухлини після операції міомектомії в жінок з ізольованою ЛМ (група I) за отриманими нами даними більш характерно було знаходження поодиноких вузлів або в кількості не більше 3-х (10 випадків – 52,7%; $p < 0,05$) порівняно з групою II (6 випадків – 22,2%).

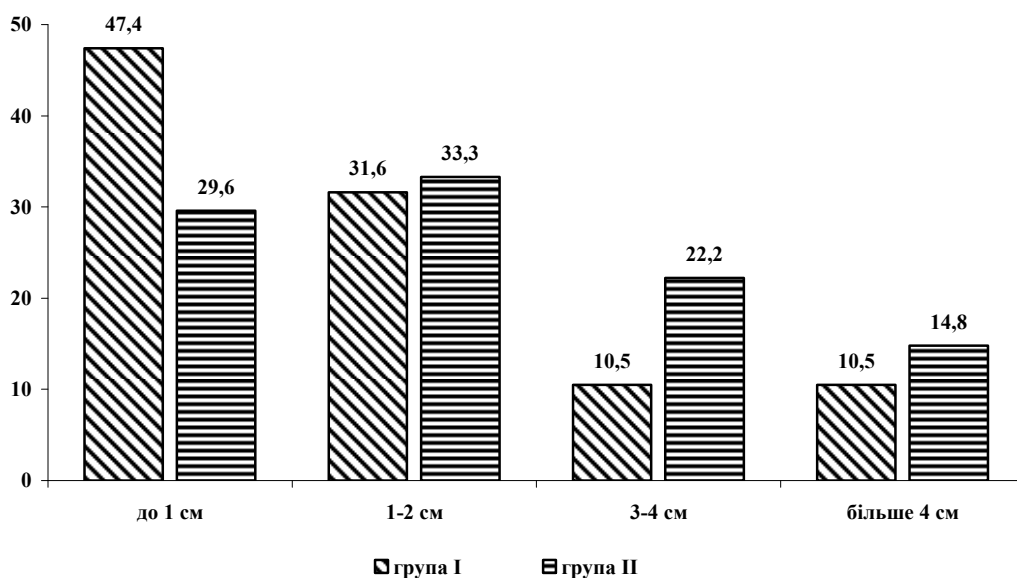


Рис. 3 Структура рецидивів ЛМ за розміром домінантного вузла в жінок у досліджених групах (%)

Частота рецидивів ЛМ протягом наступних п'яти років після операції міомектомії в жінок обох груп була різною. Безпосередньо за роками досліджень найвищий показник частоти рецидивів відмічено вже в перший рік після операції. У групі II частота рецидиву ЛМ була достовірно вища (11 випадків – 40,8%; $p < 0,05$), ніж у групі I

(5 випадків – 26,3%). Проте потім цей процес дещо уповільнився і частота виявлення нових випадків пухлини в обох групах майже зрівнялася (рис. 5). Та лише після 5 років кількість випадків виявлення новоутворених вузлів почала зростати в групі I (4 випадки – 21,1%) порівняно з групою II (3 випадки – 11,1%).

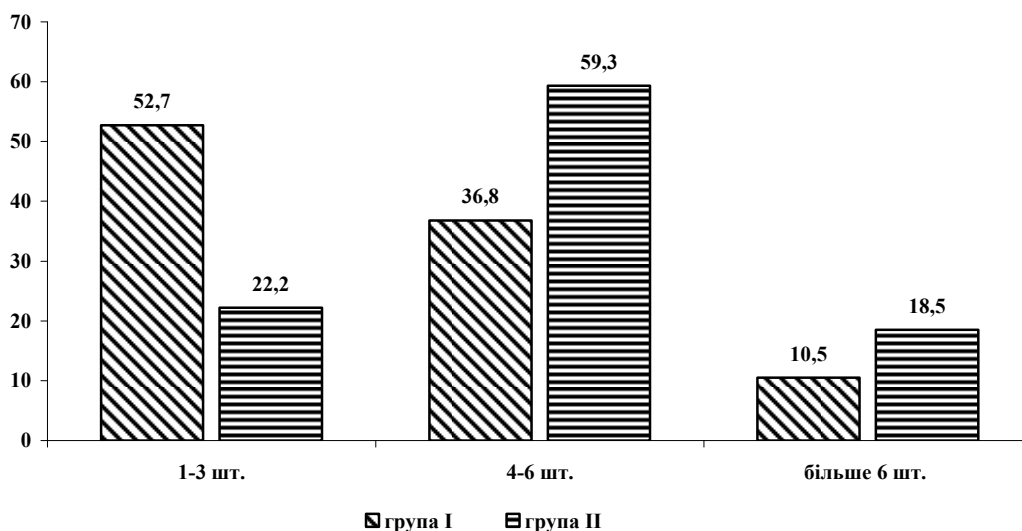


Рис. 4 Структура рецидивів ЛМ за кількістю новоутворених вузлів у жінок у досліджених групах (%)

Дослідження кумулятивної частоти рецидивів ЛМ протягом 5-ти років після операції міомектомії в жінок у досліджених групах (рис. 6) показало, що цей процес в обох групах мав прогресивну лінійну залежність, але в групі II показники кумулятивної частоти рецидивів ЛМ по кожному року спостереження в середньому в

майже 2 рази були достовірно вищими ($p < 0,05$), ніж у групі I, а саме за 1-й рік у 2,5 рази (відповідно 28,9% та 11,4%), за 2-й рік у 2,1 разу (відповідно 42,1% та 20,5%), за 3-й рік у 1,9 разу (відповідно 52,6% та 27,3%), за 4-й рік у 1,85 разу (відповідно 63,2% та 34,1%) та за 5-й рік у 1,65 разу (відповідно 71,1% та 43,2%).

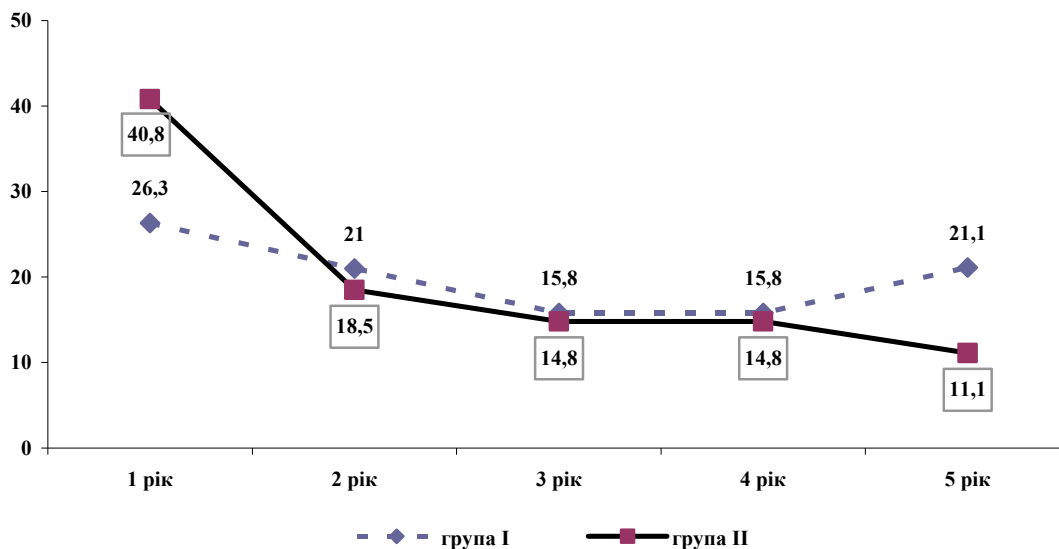


Рис. 5. Частота виявлення нових випадків рецидиву ЛМ по роках у досліджених групах жінок (%)

Ця різниця, на наш погляд, перш за все пов'язана зі значно більшою кількістю виявлених рецидивів ЛМ у перший рік після операції

в групі II порівняно з групою I, яка зберігалася в подальшому по мірі виявлення нових випадків утворення пухлини в обох досліджених групах.

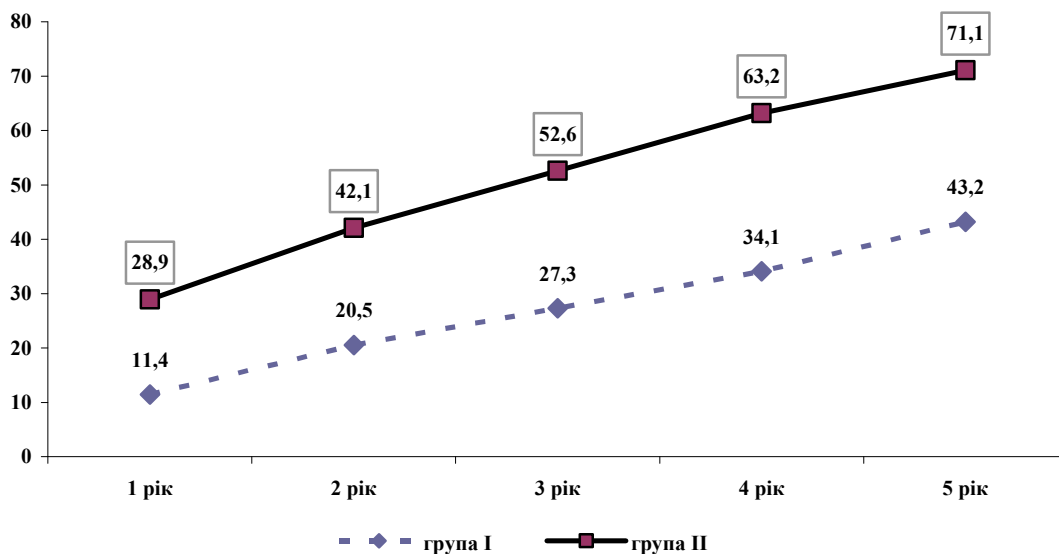


Рис. 6. Кумулятивна частота рецидиву ЛМ протягом 5-ти років після операції міомектомії в жінок у досліджених групах (%)

Таким чином, віддалені результати операції міомектомії у жінок з ЛМ пов'язані з ризиком виникнення рецидиву пухлини в майже кожній другій жінці протягом п'яти років після операції, але при поєднанні ЛМ з ендометріозом матки ці випадки мають низку особливостей порівняно з ізольованою ЛМ, а саме:

- в 1,65 разу більшою частотою рецидивів ЛМ;
- у 2,5 рази більшим ризиком виникнення рецидиву ЛМ у перший рік після операції;

- більшою кількістю новотворених вузлів ЛМ та більшим їх розміром.

Вказані відмінності є свідченням того, що наявність ендометріозу матки є додатковим чинником, який імовірно ініціює прискорення механізму виникнення рецидивів ЛМ після міомектомії, що треба враховувати при розробці програми післяопераційної реабілітації репродуктивного здоров'я в жінок з поєднаною патологією матки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – Москва: ОАО «Изд-во «Медицина», 2002. – 416 с.
2. Грек Л.П. Особенности системных нарушений у пациенток с генитальным эндометриозом у поединанні з доброякісними захворюваннями геніталій та синдромом хронічного тазового болю / Л.П. Грек // Медичні перспективи. – 2017. – Т. XXII, № 4. – С. 62-67.
3. Гуриев Т.Д. Сочетание миомы матки и аденомиоза / Т.Д. Гуриев, И.С. Сидорова, А.Л. Унанян. – Москва: ООО «МИА», 2012. – 256 с.
4. Доброкачественные заболевания матки / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.М. Пашков, В.А. Лебедев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 288 с.
5. Медико-социальная характеристика женщин с миомой матки в сочетании с аденомиозом / Н.Н. Кудинова, М.В. Фролов, Н.В. Наумов, Ю.Ю. Шуршук // <http://vrach-aspirant.ru/article/gynecology/13525>
6. Петракова С.А. Особенности прегравидарной подготовки больных с миомой матки: автореф. дис. на соискание учен. степ. к. мед. н.: спец. 14.00.01. «Акушерство и гинекология» / С.А. Петракова. – Москва, 2009. – 24 с.
7. Потапов В.А. Стратегии терапии эндометриозной болезни в сочетании с лейомиомой тела матки / В.А. Потапов, В.М. Медведев, В.И. Ивах // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. LXI, спец. вып. – С. 26-27.
8. Предикторы рецидивування лейомиоми матки після міомектомії / В.О. Потапов, М.В. Медведев, В.И. Ивах, П.И. Польшиков // 36. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - Київ: Інтермед, 2008. - С. 193-195.
9. Dienogest is as effective as triptorelin in the treatment of endometriosis after laparoscopic surgery: results of a prospective, multicenter, randomized study / M. Cosson, D. Querleu, J. Donnez, P. Madelenat [et.al.] // Fertil. Steril. – 2002. – Vol. 77. – P. 684-692.
10. Increased pregnancy rates after ultralong postoperative therapy with gonadotropin-releasing hormone analogs in patients with endometriosis / D. Rickes, I. Nickel, S. Kropf, J. Kleinstein // Fertil. Steril. – 2002. – Vol. 78. – P. 757-762.
11. Guo S.W. Recurrence of endometriosis and its control // Hum. Reprod. Update. – 2009. – Vol. 15. – P. 441-461.
12. Life after a diagnosis with endometriosis – a 15 years follow-up study / B. Fagervold, M. Jenssen, L. Hummelshoj, M.H. Moen // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2009. – Vol. 88. P. 914-919.
13. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial / T. Harada, M. Momoeda, Y. Taketani, H. Hoshiai H [et al.] // Fertil. Steril. – 2008. – Vol. 90. – P. 1583-1588.
14. Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery / K. Shakiba, J.F. Bena, K.M. McGill, J. Minger [et al.] // J. Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol. 111. P. 1285-1292.

REFERENCES

1. Adamyan LV, Kulakov VI, Andreeva EN. [Endometrioses]. Moskva, ОАО Izdatelstvo “Meditsina”. 2002;416. Russian.
2. Grek LP [Features of systemic disorders in patients with genital endometriosis in combination with benign genital diseases and chronic pelvic pain syndrome]. Medicni perspektivi. Dnipro. 2017;22(4):62-67. Ukrainian.
3. Guriev TD, Sidorova IS, Hunanyan AL. [The combination of uterine fibroids and adenomyosis]. Moskva, ООО MIA. 2012;256. Russian.
4. Strizhakov AN, Davydov AI, Pashkov VM, Lebedev VA. [Benign diseases of the uterus]. Moskva, GEOTAR-Media; 2012. Russian.
5. Kudinova NN, Frolov MV, Naumov NV, Shurshukov YY. [Medical and social characteristics of women with uterine myoma in combination with adenomyosis]. [Internet]. Available from: <http://vrach-aspirant.ru/article/gynecology/13525>. Russian.
6. Petrakova SA. [Features of pregnancy preparation of patients with uterine myoma. [dissertation]. Moskva, Akusherstvo i ginecologiya 2009;24. Russian.
7. Potapov VA, Medvedev MV, Ivakh VI. [Strategies of the therapy of endometriosis disease in combination with the uterine leiomyoma]. Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznai. 2012;LXI:26-27. Russian.
8. Potapov VO, Medvedev MV, Ivakh VI, Polshchikov PI. [Predictors of recurrent leiomyoma of the uterus after myomectomy]. Zbirnik naukovikh pratch. Kyiv, Intermed. 2008;193-5. Ukrainian.
9. Cosson M, Querleu D, Donnez J, Madelenat P, et al. Dienogest is as effective as triptorelin in the treatment of endometriosis after laparoscopic surgery: results of a prospective, multicenter, randomized study. Fertil Steril 2002;77:684-92.
10. Rickes D, Nickel I, Kropf S, Kleinstein J. Increased pregnancy rates after ultralong postoperative therapy with gonadotropin-releasing hormone analogs in patients with endometriosis. Fertil Steril 2002;78:757-62.
11. Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. Hum Reprod Update 2009;15:441-61.
12. Fagervold B, Jenssen M, Hummelshoj L, Moen M. Life after a diagnosis with endometriosis – a 15 years follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88: 914-9.
13. Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Hoshiai H, et al. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. Fertil Steril 2008;90:1583-8.
14. Shakiba K, Bena JF, McGill KM, Minger J, et al. Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. Obstet Gynecol 2008;111:1285-92.

Стаття надійшла до редакції
18.12.2017

