

УДК 617.721+617.723]006.81

Э.Н. ШУМКОВА, У.А. АЛШЕРИЕВА, Б.Е. БАСТИМИЕВА,
С.С. МЕНЛЯЯКОВА, З.А. ЖАППАР

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЙОМИОМ У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Шумкова Э.Н.

Лейомиома матки (ЛМ) – моноклональный гормоночувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически изменённых гладкомышечных клеток миометрия, является самой распространённой доброкачественной опухолью репродуктивной системы женщины. В период репродукции миома матки наблюдается у 20–30% женщин. В связи с этим нередко (в 0,2–2,5%) миома встречается у беременных. В зависимости от активности процессов пролиферации выделяют два клинико-морфологических варианта миомы матки: простая (медленнорастущая, малосимптомная опухоль) и пролиферирующая (быстрорастущая, множественная, симптомная, по морфологическим критериям – клеточная миома матки) На сегодняшний день современный подход к лечению пациенток репродуктивного возраста с миомой матки состоит в оперативном удалении миоматозных узлов или в комбинации хирургического метода и гормонмодулирующей терапии. При выборе объёма вмешательства у женщин детородного возраста, заинтересованных в сохранении или восстановлении репродуктивной функции, следует придерживаться принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии.

Ключевые слова: лейомиома матки, фибромиома, медленнорастущая миома, прогрессирующая миома, беременность, миоматозные узлы, миомэктомия.

Лейомиома матки (синонимы – фибромиома, миома) – моноклональный гормоночувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически изменённых гладкомышечных клеток миометрия, является самой распространённой доброкачественной опухолью репродуктивной системы женщины, достигая частоты 12-25% от всех гинекологических заболеваний [1]. Существует мнение, что истинная распространённость миомы значительно больше и достигает более 70% как в России, так и за рубежом [1, 3]. Узел миомы представляет собой клубок хаотично переплетающихся гладкомышечных волокон округлой формы. Большинство узлов имеют диаметр от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, но иногда они могут достигать больших размеров и веса в несколько килограммов. В зависимости от активности процессов пролиферации выделяют два клинико-морфологических варианта миомы матки: простая (медленнорастущая, малосимптомная опухоль) и пролиферирующая (быстрорастущая, множественная, симптомная, по морфологическим критериям – клеточная миома матки) [12, 13, 15]. Наибольшую опасность представляют пролиферирующие миомы, так как они наблюдаются у каждой четвертой больной, а при быстром её росте – у каждой второй [14, 15]. Пролиферирующая лейомиома тела матки наиболее часто встречается у женщин с поздним (более 15 лет) менархе, длительными и обильными месячными и их сочетанием. Её возникновение значительно чаще происходит у женщин с редкими нарушениями репродуктивной функции и невынашиванием беременности при длительном применении внутриматочных контрацептивов. В период репродукции

миома матки наблюдается у 20–30% женщин, при этом 0,2–2,5% лейомиома встречается у беременных. Установлено, что более 70% беременных с миомой матки старше 30 лет, причём у половины из них это первая беременность [2]. В последние годы наблюдается тенденция к «омоложению» миомы матки, которая встречается у женщин до 30 лет, что обусловлено как совершенствованием диагностики, так и широким распространением «агрессивных» акушерских и гинекологических вмешательств. Нередко имеет место сочетание миомы матки с гиперпластическими процессами эндометрия, эндометриозом, которые осложняют течение заболевания и затрудняют выбор тактики лечения [4, 5, 7]. Известна важная роль половых гормонов, эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в развитии миомы матки. Считается, что основная роль в возникновении и росте миомы принадлежит синергическому влиянию на миометрий эстрогенов, факторов роста и иммунореактивного инсулина. С другой стороны, многочисленные клинико-лабораторные исследования указывают на усиление митотической активности миометрия под воздействием прогестина [6, 8, 9, 10, 16]. Доказано снижение риска развития ЛМ у пациенток при длительном приёме комбинированных оральных контрацептивов. В эту группу вошли много-рожавшие женщины, а также пациентки с отсутствием в анамнезе аборт, воспалительных заболеваний органов малого таза [1]. У 50–60% больных ЛМ заболевание протекает бессимптомно. Основным симптомом является менометроррагия, которая приводит к железодефицитной анемии, а также к бесплодию, сдавлению смежных органов (мочевого пузыря, прямой кишки), хроническим тазовым

Контакты: Шумкова Эльмира Николаевна, канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. +7 700 469 1603, e-mail: elmira.shumkova@mail.ru.

Contacts: Elmira Nikolaevna Shumkova, Candidates of Medical Science, the associate professor of pathological anatomy of the KazNMU n.a. S. D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph.: + 7 700 469 1603, e-mail: elmira.shumkova@mail.ru

болям. Редко возникает грозное осложнение с острым болевым синдром при перекруте ножки миомы или нарушении питания в узле.

Во время беременности у пациенток с лейомиомой матки в 10–40% происходит её прерывание, так как наблюдаются гипотрофия и анатомические повреждения плода, преждевременные роды, кровотечения в послеродовом периоде. При этом у 50–60% пациенток выявляются незначительные изменения в размерах миоматозных узлов, у 22–32% – рост узлов, а у 8–27% происходит их уменьшение. К числу ведущих факторов морфогенеза ЛМ с позиции компенсаторных и дистрофических процессов относится развитие в ткани опухоли ишемии и дистрофических изменений (отек, плазматическое пропитывание, некроз, гиалиноз, кальцификаты), представляющих собой отдельные стадии патологического процесса, отделенные друг от друга временным промежутком. Возникающие по мере развития опухоли нарушения микроциркуляции и нарастание тканевой гипоксии [6, 15].

В настоящее время при постановке диагноза лейомиомы матки необходимо учитывать топографические, клинические, гистологические параметры, которые должны быть включены при оформлении этого патологического процесса.

Топографическая классификация:

- субмукозных узлов

0 тип – миоматозный узел полностью в полости матки;

I тип – менее 50% объема миоматозного узла располагается межмышечно, большая его часть располагается в полости матки;

II тип – более 50% объема миоматозного узла располагается межмышечно, меньшая его часть в полости матки;

- субсерозных узлов

0 тип – миоматозный узел на ножке, расположен полностью в брюшной полости;

I тип – менее 50% объема миоматозного узла располагается межмышечно, большая его часть располагается в брюшной полости;

II тип – более 50% объема миоматозного узла располагается межмышечно, меньшая его часть в располагается в брюшной полости.

Гистологическая классификация:

- простая;
- клеточная;
- митотически активная;
- причудливая;
- атипическая;
- липолейомиома;
- эпителиоидная;
- геморрагическая;
- сосудистая;
- миксоидная;
- миома с гематопозитическими элементами.

Клиническая классификация:

- клинически незначимые миомы или миомы малых размеров;
- малые множественные миомы матки;

- миома матки средних размеров;
- множественная миома матки со средним размером доминантного узла;

- миома матки больших размеров;
- субмукозная миома матки;
- миома матки на ножке;
- сложная миома матки.

Сочетание беременности с миомой матки – серьезная проблема репродуктивного здоровья женщин и их будущего поколения. Самыми частыми осложнениями бывают угроза прерывания беременности и нарушение питания узла миомы. У каждой 4–5-й больной лейомиомой матки беременность осложняется угрозой прерывания, а самопроизвольные аборт наблюдаются у 5–6% больных [2, 3]. В последние годы акушерам всё чаще приходится решать вопрос о возможности пролонгирования такой беременности, с проблемами ведения беременности и родов при миоме матки. Хотя по данным литературы у большинства женщин миома не влияет на течение беременности и родов [2, 3, 6]. Как известно, выбор метода лечения лейомиомы матки зависит от размеров опухоли, клинической симптоматики, локализации узлов, возраста пациентки и ее репродуктивных планов. Среди целей терапии лейомиомы матки, в том числе и органосохраняющей, можно выделить основные из них:

- купирование симптомов лейомиомы;
- восстановление репродуктивной функции;
- достижение меностаза;
- профилактика развития онкологической патологии матки и эндометрия.

В зависимости от клинического течения избирается метод органосохраняющего лечения: сугубо консервативный или комбинированный с использованием медикаментозного и хирургического методов.

Показания к пролонгированию беременности без оперативного вмешательства (миомэктомии):

- небольшие размеры опухоли (до 5–10 см), расположенной в теле матки;
- отсутствие клинических, эхоскопических и лабораторных признаков нарушения питания в узле;
- срок беременности более 22 нед.

В настоящее время миомэктомия во время беременности проводится крайне редко. При отсутствии жизненных показаний к операции миомэктомии во время беременности выполняют на 14–18-й неделе.

Противопоказания к миомэктомии во время беременности:

- срок беременности более 22 недель;
- подслизистая миома матки.

Показаниями к консервативной терапии являются:

1. Клинически малосимптомное течение заболевания.
2. Лейомиома матки и желание женщины сохранить репродуктивную функцию.
3. Лейомиома матки, не превышающая размеров 14 недель беременности.
4. Интерстициальное или субсерозное (на широком основании) расположение узла.
5. Лейомиома, сопровождающаяся экстрагенитальными заболеваниями.

6. Консервативное лечение как подготовительный этап к операции или реабилитационная терапия в послеоперационном периоде после консервативной миомэктомии.

Исходя из современных взглядов на патогенез лейомиомы матки, предложено множество методов консервативного ее лечения. В патогенетическом лечении миомы применяют негормональные препараты и гормонотерапию, направленную на торможение роста опухоли и профилактику возникновения осложнений. Основываясь на результатах фундаментальных исследований и современных взглядах на механизмы развития лейомиомы, применяют препараты антистрессового и иммуномодулирующего действия, а также противовоспалительную, антиоксидантную, ангиопротекторную, антиагрегантную терапию, витамины [11, 12, 16].

Учитывая вышеизложенное, целью работы было рассмотреть клинические и морфологические аспекты лейомиом у женщин репродуктивного возраста. Нами проанализированы истории болезни и операционный материал Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии за последние три года. Из 30 случаев женщин репродуктивного возраста 10 наблюдений составили пациентки раннего репродуктивного возраста, 20 – позднего. Клинически сроки течения лейомиом варьировали от двух до четырех лет, с нерезко выраженной симптоматикой в виде болей внизу живота, скудными мажущими выделениями. На УЗИ величина узлов составляла от 2 до 5 сантиметров. Из 10 пациенток раннего репродуктивного возраста четверо были беременные, остальные поступали в стационар с обследованием и лечением бесплодия. При анализе клинических данных из 6 женщин у двоих диагноз был связан с лейомиомой и спаечным процессом органов малого таза. По топографии лейомиома располагалась преимущественно субсерозно или интрамурально. Бесплодие 1-2 степени смешанного генеза было в сочетании с миомой матки, спаечным процессом органов малого таза, кистой яичника. Учитывая молодой возраст, пяти пациенткам произведена лапаротомия – консервативная миомэктомия, а у одной женщины ампутация матки без придатков. При морфологическом исследовании операционного материала у пяти больных была простая форма лейомиомы матки в сочетании с другой патологией в виде очагового аденомиоза умеренной степени активности, простой железисто-кистозной гиперплазией эндометрия, эндометриодной кистой яичника. В двух случаях лейомиома была пролиферирующей в сочетании с вышеперечисленной патологией. В опухолях выявлялись вторичные изменения в виде дистрофии и некроза. У четырех пациенток имело место сочетание лейомиомы матки с беременностью. Сроки последней были от 36 до 38 недель, в двух случаях это были женщины раннего репродуктивного возраста, двое позднего. Имело место сочетание беременности с осложнениями в виде родовых разрывов плодных оболочек, полное предлежание плаценты, приращение плаценты. Всем женщинам было произведено кесарево сечение с миомэктомией. При гистологическом исследовании операционного материала была выявлена простая форма лейомиомы с вторичными

изменениями в виде децидуализации стромы узла, дистрофии. У пациентки позднего репродуктивного возраста лейомиома сочеталась с очаговым аденомиозом умеренной степени активности.

В 20 наблюдениях были женщины позднего репродуктивного возраста. В клинику они поступали с различными диагнозами: миома матки больших размеров, бесплодие сочетанного генеза, дисфункциональные маточные кровотечения, эндометриоз тела матки, аденомиоз в сочетании с кистами яичника, трубная беременность. У всех больных выявлялась миома матки различной локализации и размеров. Анамнез болезни соответствовал от 3 до 8 лет. Боли внизу живота носили эпизодический характер. Величина узлов на УЗИ от 4-12 сантиметров. В стационаре были произведены различные виды операций: надвлагалищная лапаротомия, гистерэктомия с удалением матки и придатков или только матки, лапароскопия радикальная абдоминальная гистерэктомия матки с придатками, лапароскопия, удаление узлов миомы, лапаротомия, цистэктомия. При морфологическом исследовании операционного материала картина была неоднородная. Простая лейомиома матки была выявлена у двух больных. В 16 случаях имело место сочетание лейомиомы с аденомиозом, последний носил очаговый или диффузный характер с разной степенью активности – от высокой до умеренной. У 5 женщин наблюдался эндометриоз трубы, яичников. В трех случаях у женщин была пролиферирующая лейомиома, которая сочеталась с гиперплазией эндометрия от простой до сложной с очагами атипической.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующее заключение. Клинические исследования лейомиом у женщин репродуктивного возраста характеризовались неяркими, малосимптомными признаками. При морфологическом исследовании у женщин раннего репродуктивного возраста преобладала простая форма лейомиомы матки со вторичными изменениями в виде некроза и дистрофии. Аденомиоз был выявлен у двух больных. В то же время у женщин позднего репродуктивного возраста и в 16 случаях лейомиома матки сочеталась с аденомиозом различной степени активности – от высокой до умеренной. Проллиферирующая лейомиома наблюдалась в первой и второй группах одинаково (по два случая).

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.

2 Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. *Акушерство: национальное руководство*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1200 с

3 Горбунова Т.Н. *Акушерская и хирургическая тактика при миоме матки: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01*. – М., 2004. – 109 с.

4 Сидорова И.С., Унанян А.Л., Агеев М.Б., Ведерникова Н.В., Жолобова М.Н. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2012. – Vol. 4. – P. 22-28

5 Gorny K.R., Woodrum D.A., Brown D.L. et al. Magnetic resonance-guided focused ultrasound of uterine leiomyomas: review of a 12-month outcome of 130 clinical patients // *J Vasc Interv Radiol*. – 2011. – Vol. 22. – P. 857–864

6 Чайка К.В. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе лейомиомы матки // *Медико-соціальні проблеми сем'ї*. – 2012. – Vol. 1. – Т. 17. – С. 88

7 Киселев С.И. Современные подходы к хирургическому лечению больных миомой матки: автореф. дисс. ... док. мед. наук: 14.00.01. – М., 2003. – 46 с.

8 Baird D.D., Dunson D.B. Why is parity protective for uterine fibroids? // *Epidemiology*. – 2003. – Vol. 14. – P. 247–250

9 Boggs W. Uterine artery embolization effective long-term for leiomyomata // *Obstet. Gynecol.* – 2005. – Vol. 106. – P. 933–939

10 Cook J.D., Walker C.L. Treatment strategies for uterine leiomyoma: the role of hormonal modulation // *Reprod. Med.* – 2004. – Vol. 22. – No. 2

11 Кулагина Н.В., Кустаров В.Н. Результаты консервативного лечения больных миомой матки // *Рос. семейный врач*. – 2005. – Т. 9, №2. – С. 49-52

12 Леваков С.А. Диагностика простой и пролиферирующей миомы матки // *Вестн. новых мед. технологий*. – 2000. – Т. 7. – С. 82-86

13 Сидорова И.С., Баракова-Безуглая М.Е. Роль факторов роста в патогенезе миомы матки // *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. – 2002. – Т. 2, №5. – С. 28-30

14 Гусаева Х.З., Марченко И.А., Северин Е.С., Андикян В.М. Некоторые патофизиологические механизмы доброкачественных процессов матки // *Пробл. репродукции*. – 2006. – Спец. вып. – С. 54-55

15 Даниленко В.И., Малахов Р.В., Якубов А.С. Морфология лейомиомы матки // *Акушерство и гинекология*. – 2005. – №3. – С. 30-32

16 Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И. Миома матки (патогенез, этиология, диагностика, лечение). – М.: Видар, 2010. – С. 244

3 Gorbunova TN. *Akusherskaya i khirurgicheskaya taktika pri miome matki. Diss. na soiskanie uchionoi stepeni kandidat medicinskikh nauk* [Obstetric and surgical tactics under uterine myoma. Diss. ... candidate of medical sciences: 14.00.01]. Moscow; 2004. – P. 109

4 Sidorova IS, Hunanyan AL, Ageev MB, Vedernikova NV, Zholobova MN. The current state of the question of the pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment of uterine fibroids among women of reproductive age. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukciya = Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2012;4:22-8 (In Russ.)

5 Gorny KR, Woodrum DA, Brown DL. et al. Magnetic resonance-guided focused ultrasound of uterine leiomyomas: review of a 12-month outcome of 130 clinical patients. *J Vasc Interv Radiol*. 2011;22:857–64

6 Chaika KV. Current concepts of etiology, pathogenesis and morphogenesis of uterine leiomyoma. *Mediko-socialnye problemy semi = Medical and social problems of the family*. 2012;1(17):88 (In Russ.)

7 Kiselev SI. *Sovremennye podkhody k khirurgicheskomu lecheniu bolnykh miomoi matki: avtoref. dis.. dok.med.nauk* [Modern approaches to surgical treatment of patients with uterine myoma: Dis. ... Doc. Med. Sci.: 14.00.01]. Moscow; 2003. P. 46

8 Baird DD, Dunson DB. Why is parity protective for uterine fibroids? *Epidemiology*. 2003;14:247–50

9 Boggs W. Uterine artery embolization effective long-term for leiomyomata. *Obstet. Gynecol*. 2005;106:933-9

10 Cook JD, Walker CL. Treatment strategies for uterine leiomyoma: the role of hormonal modulation. *Reprod. Med*. 2004;22(2)

11 Kulagina NV, Kustarev VN. The results of conservative treatment of patients with uterine myoma. *Rossiiskii semeinyi vrach = Russian family doctor*. 2005;9(2):49-52 (In Russ.)

12 Levakov SA. Diagnosis of simple and proliferating hysteromyoma. *Vestnik novykh medicinskikh tehnologii = Bulletin of new medical technologies*. 2000;7:82-6 (In Russ.)

13 Sidorova IS, Barakova-Bezuglaya ME. Role of growth factors in the pathogenesis of hysteromyoma. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa = Russian Gazette obstetrician-gynecologist*. 2002;2(5):28-30 (In Russ.)

14 Gusaeva HZ., Marchenko IA, Severin ES, Andikyan VM. Some of the pathophysiological mechanisms of benign uterine processes. *Problemy reprodukcii = Reproduction problems*. 2006:54-5 (In Russ.)

15 Danilenko VI, Malakhov RV, Yakubov AS. The morphology of uterine leiomyoma. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and gynecology*. 2005;3:30-2 (In Russ.)

16 Ishchenko AI, Botwin MA, Lanchinsky VI. *Mioma matki (patogenez, etiologiya, diagnostika, lechenie)* [Hysteromyoma (pathogenesis, etiology, diagnosis, treatment)]. Moscow: Vidar; 2010. P. 244

REFERENCES

1 Saveleva GM, Sukhikh GT, Manukhin IB. *Ginekologiya. Nacionalnoe rukovodstvo. Kratkoe izdanie* [Gynecology. National guidance. Brief Edition]. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. P. 704

2 Ailamazyan EK, Kulakova VI, Radzinskii VE, Saveleva GM. *Akusherstvo: nacionalnoe rukovodstvo* [Obstetrics: national guidance]. Moscow: GEOTAR-Media, 2014. P. 1200

ТҰЖЫРЫМ

Э.Н. ШУМКОВА, У.А. ӘЛШЕРИЕВА, Б.Е. БАСТИМИЕВА, С.С. МЕНЛАЯҚОВА, З.А. ЖАППАР
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.
РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕР ЛЕЙОМИОМАСЫНЫҢ ЗАМАНАУИ АСПЕКТІЛЕРІ

Жатыр лейомиомасы – моноклоналді гормонсезгіш пролиферат, миометридің фенотипі өзгерілген тегіс бұлшықет жасушаларынан тұрады, әйелдердің репродуктивті жүйесінің ең жиі таралған қатерсіз аналық ісігі болып табылады. Жатыр миомасы репродуктивті кезеңде әйелдердің 20-30% байқалады. Соған байланысты сирек жағдайда миома жүкті әйелдер арасында (0.2-2.5%) кездеседі. Проллиферация үдерісінің белсенділігіне байланысты жатыр миомасы екі клиникалық-морфологиялық нұсқаға бөлінеді: жай (баяу өсіп келе жатқан аз симптомды ісік) және пролиферативтік (тез өсетін, бірнеше, симптоматикалық, морфологиялық критерийлері бойынша-жасушалық жатыр ісігі). Бүгінгі таңда барлық репродуктивті жастағы науқастарды емдеу үшін қазіргі заманға сай көзқарастар, жатыр миомасын хирургиялық әдіспен миоматозды түйіндерді алып тастау арқылы немесе хирургиялық және гормондық терапия комбинациясы қолданылады. Егер сіз өмірге ұрпақ алып келетін жастағы әйелдердің емдеу түрін таңдауды шатасу кезінде, репродуктивті функцияны қолдау немесе қалпына келтіру мақсатына қызығушылық танытуда консервативті реконструктивті пластикалық хирургия принциптерін ұстанған жөн.

Негізгі сөздер: жатырдың лейомиомасы, фибромиома, баяу өсетін миома, үдемелі миома, жүктілік, миоматозды түйін, миозктомия.

SUMMARY

E.N. SHUMKOVA, U.A. ALSHERIEVA, B.E. BASTIMIYEVA, S.S. MENLAYAKOVA, Z.A. JAPPAR

Kazakh national medical university n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

MODERN ASPECTS OF UTERINE LEIOMYOMAS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Uterine leiomyoma (LM) – monoclonal hormone-proliferative consisting of phenotypically altered smooth muscle cells of the myometrium, is the most common benign tumor of the female reproductive system. The reproduction period of uterine fibroids observed in 20-30% of women. Due this often (in the 0.2-2.5%) fibroids occur in pregnant women. Depending on the activity of proliferation are two clinical-morphological variant of uterine fibroids: Easy (slow-growing, small in symptom tumor) and proliferative (growing, multiple, symptomatic, based on morphological criteria – cell uterine fibroids), today a modern approach to the treatment of patients of reproductive age with myoma of the uterus is the surgical removal of fibroids, or in a combination of surgical method and hormone modulation therapy. When you select the volume of intervention in women of childbearing age who are interested in maintaining or restoring reproductive function, should adhere to the principles of conservative reconstructive plastic surgery.

Key words: uterine leiomyoma, fibroids, uterine slow-growing, progressive fibroids, pregnancy, fibroids, myomectomy.

Для ссылки: Шумкова Э.Н., Алшериева У.А., Бастимиева Б.Е., Менлякова С.С., Жаппар З.А. Современные аспекты лейомиом у женщин репродуктивного возраста // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 7 (169). – P. 85-89

Статья поступила в редакцию 02.06.2016 г.

Статья принята в печать 04.07.2016 г.