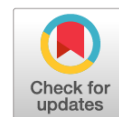


DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626391>

Хирургическая тактика при лечении пациентки репродуктивного возраста с гигантской миомой матки

А.И. Ищенко¹, А.А. Ищенко², И.Д. Хохлова¹, Т.А. Джигладзе¹, А.Д. Комарова¹,
О.Ю. Горбенко¹, И.В. Гадаева¹, Ю.В. Чушков¹, Е.В. Тевлина¹, М.Б. Агеев¹, А.Г. Оздемир¹

¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия;

² Центр гинекологии и репродуктивных технологий НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр», Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Представленный клинический случай органосберегающего хирургического лечения по поводу гигантской миомы матки со вторичными изменениями у женщины 36 лет с нереализованной репродуктивной функцией свидетельствует о целесообразности индивидуального подхода к каждой пациентке с подобными новообразованиями как при обследовании, так и в процессе интра- и послеоперационного ведения.

Ключевые слова: гигантская миома; репродуктивный возраст; органосберегающее оперативное лечение.

Как цитировать:

Ищенко А.И., Ищенко А.А., Хохлова И.Д., Джигладзе Т.А., Комарова А.Д., Горбенко О.Ю., Гадаева И.В., Чушков Ю.В., Тевлина Е.В., Агеев М.Б., Оздемир А.Г. Хирургическая тактика при лечении пациентки репродуктивного возраста с гигантской миомой матки // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2024. Т. 11, № 2. С. 213–220. doi: <https://doi.org/10.17816/aog626391>

DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626391>

Surgical techniques in the treatment of a patient of reproductive age with giant uterine myoma

Anatolii I. Ishchenko¹, Anton A. Ishchenko², Irina D. Khokhlova¹, Tea A. Dzhibladze¹, Anna D. Komarova¹, Oksana Yu. Gorbenko¹, Irina V. Gadaeva¹, Yurii V. Chushkov¹, Ekaterina V. Tevlina¹, Mikhail B. Ageev¹, Adelina G. Ozdemir¹

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia;

² Center of Gynecology and Reproductive Technologies of NMIC "Medical and Rehabilitation Center", Moscow, Russia

ABSTRACT

The paper presented a clinical case of organ-saving surgical treatment for giant uterine myoma with secondary changes in a 36-year-old woman with unrealized reproductive function. The case testifies to the expediency of an individual approach to each patient with such neoplasms both at examination and during intra- and postoperative management.

Keywords: giant myoma; reproductive age; organ-preserving surgical treatment.

To cite this article:

Ishchenko AI, Ishchenko AA, Khokhlova ID, Dzhibladze TA, Komarova AD, Gorbenko OYu, Gadaeva IV, Chushkov YuV, Tevlina EV, Ageev MB, Ozdemir AG. Surgical techniques in the treatment of a patient of reproductive age with giant uterine myoma. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2024;11(2):213–220. doi: <https://doi.org/10.17816/aog626391>

Received: 11.12.2023

Accepted: 05.02.2024

Published online: 04.06.2024

DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626391>

治疗育龄期巨大子宫肌瘤患者的手术策略

Anatolii I. Ishchenko¹, Anton A. Ishchenko², Irina D. Khokhlova¹, Tea A. Dzhibladze¹, Anna D. Komarova¹, Oksana Yu. Gorbenko¹, Irina V. Gadaeva¹, Yurii V. Chushkov¹, Ekaterina V. Tevlina¹, Mikhail B. Ageev¹, Adelina G. Ozdemir¹

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia;

² Center of Gynecology and Reproductive Technologies of NMIC "Medical and Rehabilitation Center", Moscow, Russia

摘要

本文介绍了一个临床病例，该病例是一名36岁的妇女因巨大子宫肌瘤伴继发性病变而接受的保全器官手术治疗，她的生殖功能尚未恢复。这表明，无论是在检查时还是在术中、术后处理过程中，对此类肿瘤患者采取因人而异的治疗方法都是非常可取的。

关键词：巨大肌瘤；育龄期；保留器官的手术治疗。

引用本文：

Ishchenko AI, Ishchenko AA, Khokhlova ID, Dzhibladze TA, Komarova AD, Gorbenko OYu, Gadaeva IV, Chushkov YuV, Tevlina EV, Ageev MB, Ozdemir AG. 治疗育龄期巨大子宫肌瘤患者的手术策略. V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology. 2024;11(2):213–220. doi: <https://doi.org/10.17816/aog626391>

收到：11.12.2023

接受：05.02.2024

发布日期：04.06.2024

ВВЕДЕНИЕ

Миома матки — наиболее распространённая доброкачественная опухоль репродуктивной системы женщин [1]. Заболеваемость в различных возрастных группах балансирует от 15 до 35% у пациенток 30–35 лет, составляя 40–45% у женщин старше 50 лет [2, 3]. Актуальность проблемы миомы матки несомненна, особенно у молодых нерожавших женщин, доля которых в структуре репродуктивного возраста около 40% [4, 5]. Увеличение общего объёма матки вместе с опухолью у этого контингента может достигать или даже превышать 9% каждые 6 мес. [6, 7]. В этом аспекте в зоне особого внимания находятся опухоли гигантских размеров, достигающие 30–35 см в диаметре. Согласно данным литературы, в мировой практике зарегистрировано около 100 подобных наблюдений, при этом наибольшая из опухолей весила 63,6 кг [8–10]. Библиографические сведения указывают на высокий уровень смертности (14,8–16,7%) в периоперационном периоде у пациенток с миомой, превышающей 11,34 кг [11].

Невзирая на высокоинформативные методы диагностики, совершенствование техники органосберегающего хирургического лечения миомы матки, нередко встречаются женщины, испытывающие чрезмерные опасения, сопряжённые с предполагаемой операцией и страхом потери детородного органа — матки, что препятствует своевременному решению проблемы. Как правило, подобные пациентки дают согласие на хирургическое вмешательство при осложнённом течении заболевания (кровотечение, болевой синдром, нарушение функции смежных органов и др.) [12].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка С., 36 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение Сеченовского центра материнства и детства для планового оперативного лечения с диагнозом «миома матки гигантских размеров».

Жалобы на обильные менструации и постепенное увеличение живота в течение последних двух лет, которое, по мнению пациентки, является следствием избыточной алиментарной нагрузки и повышения массы тела.

Среди перенесённых заболеваний: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ.

Наследственностьотягощена: у матери — рак кишечника, у отца — язвенная болезнь желудка.

Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные (по 6–7 дней через 30–31 день), обильные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет. Беременностей не было. Гинекологический анамнез: цервикальная эктопия без атипии.

Анамнез заболевания: впервые миома матки диагностирована при обращении в клинику 2 мес. назад. При эхографии: тело матки 51×54×65 мм, М-эхо — 12 мм,

в его структуре визуализировалось полиповидное образование повышенной эхогенности с эконегативным ободком. Из задней стенки матки исходило образование 370×300×250 мм неоднородной эхогенности на широком основании, достигающее поддиафрагмального пространства с выраженными вторичными изменениями — крупной полостью с жидкостным содержимым. Диагноз: гигантская миома матки со вторичными изменениями; полип эндометрия. В плановом порядке произведено раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия под контролем гистероскопии. Результат гистологического исследования: железисто-фиброзный полип эндометрия. Учитывая наличие миомы гигантских размеров в репродуктивном возрасте, пациентке рекомендовали оперативное лечение в объёме миомэктомии абдоминальным доступом, в связи с чем её госпитализировали в плановом порядке в гинекологическое отделение Сеченовского центра материнства и детства.

При поступлении состояние удовлетворительное. Масса тела 79 кг, рост 165 см, ИМТ 29,01 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски, артериальное давление 115/72 мм рт. ст., пульс 109 уд./мин. Тоны сердца ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот увеличен соответственно доношенной беременности за счёт безболезненного образования неоднородной консистенции, занимающего всю брюшную полость.

Гинекологическое обследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей, шейка матки коническая, наружный зев округлый, закрыт. Выделения слизистые, умеренные. Тело матки увеличено соответственно доношенной беременности за счёт бугристого безболезненного образования гигантских размеров неоднородной консистенции, исходящего из области малого таза и занимающего всю брюшную полость.

При трансвагинальной и трансабдоминальной эхографии тело матки 51×54×65 мм, М-эхо 4 мм. Полость матки не деформирована. Из задней стенки матки исходит миоматозный узел размерами 370×300×250 мм на широком основании, достигающий поддиафрагмального пространства, с выраженными вторичными изменениями — крупной полостью с жидкостным содержимым. Правый яичник 29×20×16 мм, левый яичник 27×22×17 мм с максимальным фолликулом диаметром 12 мм. Заключение: субсерозная миома матки гигантских размеров со вторичными изменениями. Состояние после полипэктомии.

Показатели предоперационных лабораторных исследований в пределах нормы.

Клинический анализ крови: эритроциты — 5,18 10¹²/л, гемоглобин — 149 г/л, цветовой показатель — 0,86%, гематокрит — 44%, лейкоциты — 4,33 10⁹/л, палочкоядерные — abs., нейтрофилы — 55,8%, лимфоциты — 38,9%, моноциты — 4,4%, моноциты abs. — 0,19 10⁹/л, эозинофилы — 0,6%, базофилы — 0,4%, базофилы

абс. — $0,02 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты абс. — $1,68 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты — $242 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЗ по Вестергрену — 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок — 80 г/л, альбумин — 48,3 г/л, холестерин — 5,98 ммоль/л, билирубин — 13,3 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 13 ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 16 ед/л, общая глюкоза — 4,68 ммоль/л, железо (Fe) — 21,3 мкмоль/л, креатинин — 78 мкмоль/л, мочевины — 4,91 ммоль/л.

Общий анализ мочи: прозрачность — полная, цвет — жёлтый, pH — 5,5, лейкоциты — 1–3 в поле зрения, эритроциты — не обнаружены, цилиндры — abs.

Коагулограмма: АЧТВ — 1,21, МНО — 1,2, протромбиновое время — 13,1 с, ПТИ — 77%, тромбиновое время — 24,4 с, фибриноген — 2,27 г/л.

После всесторонней оценки диагностических показателей приняли решение осуществить миомэктомию лапаротомным доступом с интраоперационным применением аппарата Cell Saver в виду высокой вероятности реинфузии и срочным гистологическим исследованием макропрепарата.

После предоперационной подготовки, включающей эластическую компрессию вен нижних конечностей, подготовку желудочно-кишечного тракта, под эндотрахеальным наркозом выполнили операцию в плановом порядке в объёме срединной лапаротомии с обходом пупка слева, миомэктомию, метропластику, дренирование малого таза.

Интраоперационно обнаружено тело матки с миоматозным узлом $370 \times 300 \times 250$ мм, исходящим из дна, задней и правой боковой стенок матки, занимающим малый таз и всю брюшную полость, розового цвета, с варикозно-расширенными сосудами (рис. 1). Правая маточная труба бледно-розовая, ампулярный отдел свободен, фимбрии выражены. Правый яичник $29 \times 20 \times 16$ мм. Левая маточная труба розовая, ампулярный отдел свободен, фимбрии выражены. Левый яичник $27 \times 22 \times 17$ мм. Пузырно-маточная складка брюшины и брюшина прямокишечно-маточного углубления без видимых патологических изменений.

Хирургический диагноз: миома матки гигантских размеров.

Хирургическая техника: опухоль вместе с маткой вывели в рану с техническими сложностями из-за большого объёма новообразования и его ограниченной подвижности, с предварительным вскрытием полости вторично изменённого миоматозного узла, из которой излилось около 3 л светло-жёлтой прозрачной жидкости (рис. 2). После формирования окон в бессосудистых зонах широких связок на тело матки максимально близко к боковым стенкам в области перешейка наложили турникет с временным интенсивным натяжением, что исключило необходимость использования аппарата Cell Saver у данной пациентки. Произвели миомэктомию с последующей метропластикой — наложением двурядных швов на тело матки. Первый ряд — мышечно-мышечные швы рассасывающейся анкерной нитью, второй — серозно-мышечные

швы рассасывающимися викриловыми нитями. Проверка гемостаза. На область швов поместили рассасывающийся противовоспалительный барьер.

Удалённое новообразование представляло собой гигантский миоматозный узел общей массой 9600 г с одной крупной полостью. На разрезе в миометрии встречались небольшие дополнительные полости с некротической тканью. Экстренное гистологическое исследование: лейомиома с выраженным отёком стромы и участками некроза, признаки злокачественного перерождения отсутствуют.

Принимая во внимание доброкачественную структуру новообразования, решили ограничиться проведённым органосберегающим объёмом операции.



Рис. 1. Гигантская миома матки со вторичными изменениями и субсерозной локализацией узла.

Fig. 1. A giant uterine myoma with secondary changes and subserosal node localization.

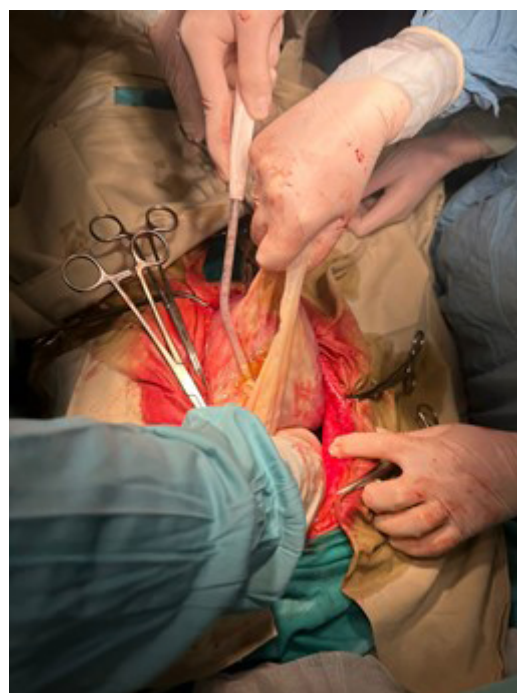


Рис. 2. Опорожнение полости гигантского миоматозного узла.

Fig. 2. Emptying the cavity of a giant myomatous node.

Санация и дренирование малого таза. Общая кровопотеря — 400 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 7-е сут после операции.

Провели клинико-лабораторные анализы раннего послеоперационного периода.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,6 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин — 130 г/л, цветовой показатель — 0,85%, гематокрит — 40%, лейкоциты — $5,69 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные — abs., нейтрофилы — 61,5%, лимфоциты — 23,7%, моноциты — 7,6%, моноциты abs. — $0,43 \cdot 10^9/л$, эозинофилы — 6,7%, базофилы — 0,5%, базофилы abs. — $0,03 \cdot 10^9/л$, лимфоциты abs. — $1,35 \cdot 10^9/л$, тромбоциты — $232 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 86 фл.

Биохимический анализ крови: общий белок — 66 г/л, билирубин — 9,2 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 10 ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 13 ед/л, общая глюкоза — 5,2 ммоль/л, железо (Fe) — 8,3 мкмоль/л, креатинин — 64 мкмоль/л, С-реактивный белок — 10,5 мг/л.

Общий анализ мочи в пределах нормы.

УЗИ органов малого таза при выписке: тело матки размерами $67 \times 56 \times 61$ мм, миометрий неоднородный, швы на задней стенке матки лежат хорошо. Яичники без особенностей. Свободной жидкости в малом тазу нет. Заключение: состояние после миомэктомии и метропластики.

Результат гистологического исследования: макроскопически образование имеет солидно-кистозную структуру, при микроскопии — пролиферирующая лейомиома матки с выраженным отёком стромы и очагами некроза опухоли.

Пациентке рекомендовано амбулаторное наблюдение с УЗИ-контролем за состоянием органов малого таза и клинико-лабораторными показателями, контрацепция в течение 6 мес. При динамическом мониторинге зарегистрировано восстановление менструального цикла через 2 мес., а нормализация размеров матки и её эхографических параметров — через 5 мес. после хирургического лечения.

Через 6 мес. после операции жалоб не предъявляет. Планирует беременность. По данным УЗИ органов малого таза тело матки — $51 \times 54 \times 45$ мм, миометрий однородной эхоструктуры, М-эхо — 6 мм. Правый яичник 29×16 мм, без особенностей. Левый яичник 27×15 мм с антральными фолликулами от 4 до 12 мм. Заключение: эхо-признаки I фазы цикла.

Через 11 мес. после миомэктомии наступила самопроизвольная беременность. При гестационном сроке 8 недель диагностирована анэмбриония, по поводу чего выполнена вакуум-аспирация плодного яйца под эхографическим контролем.

Через 5 мес. после инструментального удаления плодного яйца наступила самопроизвольная беременность, в I и II триместрах которой пациентка дважды была госпитализирована с симптомами угрозы прерывания.

В стационаре, а затем амбулаторно получала терапию, направленную на сохранение беременности.

На сроке 36–37 недель госпитализирована в плановом порядке для подготовки к оперативному родоразрешению. В 38 недель реализовано плановое кесарево сечение без осложнений. Родился живой доношенный мальчик весом 3650 г, рост 52 см, 7–8 баллов по Апгар.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о необходимости индивидуального подхода к решению вопросов диагностической и лечебной тактики у пациенток молодого возраста с миомой матки гигантских размеров и нереализованной репродуктивной функцией. Тщательное предоперационное обследование, органосберегающее хирургическое лечение с учётом возможной массивной кровопотери, интраоперационным срочным гистологическим исследованием удалённого новообразования, использованием противоспаечных материалов способствуют повышению эффективности хирургического вмешательства, успешной послеоперационной реабилитации и восстановлению менструальной и репродуктивной функций пациенток.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информированное согласие на публикацию. Пациентка, участвовавшая в исследовании, подписала информированное согласие на участие в исследовании и публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFO

Authors' contribution. All authors confirm that their authorship meets the international ICMJE criteria (all authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work).

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declares that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Consent for publication. The patient who participated in the study signed an informed consent to participate in the study and publish medical data.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ян В., Брюнин Д.В., Зуев В.М., и др. Реконструктивно-пластическая хирургия и ее влияние на состояние репродуктивной системы у пациенток с миомой матки // Российский вестник акушера-гинеколога. 2022. Т. 22, № 2. С. 85–90. EDN: BSYIRQ doi: 10.17116/rosakush2022202185
2. Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Новрузова Н.Х. Субмукозная миома матки и гиперплазия эндометрия: принципы лечения в репродуктивном периоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020. Т. 19, № 2. С. 136–142. EDN: CAZZDP doi: 10.20953/1726-1678-2020-2-136-142
3. Синчихин С.П., Магакян С.Г., Синчихина Е.С., Магакян Г.С. Алгоритм ведения пациенток с миомой матки в прегравидарном периоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2022. Т. 21, № 6. С. 139–145. EDN: VCUXZV doi: 10.20953/1726-1678-2022-6-139-145
4. Yang Q., Ciebiera M., Bariani M.V., et al. Comprehensive review of uterine fibroids: developmental origin, pathogenesis, and treatment // *Endocr Rev.* 2022. Vol. 43, N 4. P. 678–719. doi: 10.1210/edrv/bnab039
5. Дорфман М.Ф., Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., и др. Моделирование и хирургическая навигация при лечении доброкачественных новообразований яичников // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2023. Т. 11. Спецвыпуск. С. 18–24. doi: 10.33029/2303-9698-2023-11-suppl-18-24
6. Lim P.T., Tan C.H., Chia H.L., Phoon J. Management of a giant uterine leiomyoma // *BMJ Case Rep.* 2018. Vol. 2018. P. bcr2017224052. doi: 10.1136/bcr-2017-224052
7. Peddada S.D., Laughlin S.K., Miner K., et al. Growth of uterine leiomyomata among premenopausal black and white women // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2008. Vol. 105, N 50. P. 19887–19892. doi: 10.1073/pnas.0808188105
8. Kalyan S., Sharma S. Giant uterine leiomyoma: a case report with literature review // *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018. Vol. 7, N 11. P. 4779–4785. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20184548
9. Ikechebelu J.I., Okpala B.C., Eleje G.U., et al. Delayed presentation of giant uterine fibroids in a Nigerian private specialist health facility // *SAGE Open Med Case Rep.* 2021. Vol. 9. P. 2050313X211063137. doi: 10.1177/2050313X211063137
10. Viva W., Juhi D., Kristin A., et al. Massive uterine fibroid: a diagnostic dilemma: a case report and review of the literature // *J Med Case Rep.* 2021. Vol. 15, N 1. P. 344. doi: 10.1186/s13256-021-02959-3
11. Jonas H.S., Masterson B.J. Giant uterine tumors: case report and review of the literature // *Obstet Gynecol.* 1977. Vol. 50. Suppl 1. P. 2s–4s.
12. Ищенко А.А., Гадаева И.В., Чушков Ю.В., и др. Реконструктивно-пластическая хирургия с сохранением репродуктивной функции у молодой пациентки с «гигантской» миомой матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2023. Т. 22, № 1. С. 122–126. EDN: LTAEAE doi: 10.20953/1726-1678-2023-1-122-126

REFERENCES

1. Yang W, Bryunin DV, Zuev VM, et al. Reconstructive plastic surgery and its impact on the state of the reproductive system in patients with uterine myoma. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist.* 2022;22(2):85–90. EDN: BSYIRQ doi: 10.17116/rosakush2022202185
2. Davydov AI, Shakhlamova MN, Novruzova NK. Submucosal uterine fibroid and endometrial hyperplasia: principles of treatment in the reproductive period. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology.* 2020;19(2):136–142. EDN: CAZZDP doi: 10.20953/1726-1678-2020-2-136-142
3. Sinchikhin SP, Magakyan SG, Sinchikhina ES, Magakyan GS. Algorithm for the management of patients with uterine fibroids in the preconception period. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology.* 2022;21(6):139–145. EDN: VCUXZV doi: 10.20953/1726-1678-2022-6-139-145
4. Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, et al. Comprehensive review of uterine fibroids: developmental origin, pathogenesis, and treatment. *Endocr Rev.* 2022;43(4):678–719. doi: 10.1210/edrv/bnab039
5. Dorfman MF, Gasparov AS, Dubinskaya ED, et al. Modeling and surgical navigation in treatment of benign ovarian tumors. *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training.* 2023;11(Suppl):18–24. doi: 10.33029/2303-9698-2023-11-suppl-18-24
6. Lim PT, Tan CH, Chia HL, Phoon J. Management of a giant uterine leiomyoma. *BMJ Case Rep.* 2018;2018:bcr2017224052. doi: 10.1136/bcr-2017-224052
7. Peddada SD, Laughlin SK, Miner K, et al. Growth of uterine leiomyomata among premenopausal black and white women. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2008;105(50):19887–19892. doi: 10.1073/pnas.0808188105
8. Kalyan S, Sharma S. Giant uterine leiomyoma: a case report with literature review. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018;7(11):4779–4785. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20184548
9. Ikechebelu JI, Okpala BC, Eleje GU, et al. Delayed presentation of giant uterine fibroids in a Nigerian private specialist health facility. *SAGE Open Med Case Rep.* 2021;9:2050313X211063137. doi: 10.1177/2050313X211063137
10. Viva W, Juhi D, Kristin A, et al. Massive uterine fibroid: a diagnostic dilemma: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2021;15(1):344. doi: 10.1186/s13256-021-02959-3
11. Jonas HS, Masterson BJ. Giant uterine tumors: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol.* 1977;50(1 Suppl):2s–4s.
12. Ishchenko AA, Gadaeva IV, Chushkov YuV, et al. Reconstructive plastic surgery with fertility preservation in a young woman with giant uterine leiomyoma. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology.* 2023;22(1):122–126. EDN: LTAEAE doi: 10.20953/1726-1678-2023-1-122-126

ОБ АВТОРАХ

Ищенко Анатолий Иванович, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0001-5733-953X;
e-mail: 7205502@mail.ru

Ищенко Антон Анатольевич, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0002-4476-4972;
e-mail: ra2001_2001@mail.ru

***Хохлова Ирина Дмитриевна**, канд. мед. наук;
адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2
ORCID: 0000-0001-8547-6750;
e-mail: irhohlova5@gmail.com

Джибладзе Теа Амирановна, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0003-1540-5628;
e-mail: djiba@bk.ru

Горбенко Оксана Юрьевна, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0002-3435-4590;
e-mail: go2601@mail.ru

Гадаева Ирина Викторовна, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0003-0144-4984;
e-mail: irina090765@gmail.com

Чушков Юрий Васильевич, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0001-8125-1829;
e-mail: obstetrics-gynecology@list.ru

Тевлина Екатерина Владимировна;
ORCID: 0009-0003-5235-1814;
e-mail: tevlina.ekaterina@gmail.com

Комарова Анна Дмитриевна, аспирант;
ORCID: 0000-0001-5399-7586;
e-mail: dr.ailar7@gmail.com

Агеев Михаил Борисович, канд. мед. наук, доцент;
ORCID: 0000-0002-6603-804X;
e-mail: mikhaageev@yandex.ru

Оздемир Аделина Гёзде, студентка;
ORCID: 0009-0000-8753-8433;
Adelina.ozdemir00@gmail.com

AUTHORS' INFO

Anatolii I. Ishchenko, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
ORCID: 0000-0001-5733-953X;
e-mail: 7205502@mail.ru

Anton A. Ishchenko, MD, Cand. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0002-4476-4972;
e-mail: ra2001_2001@mail.ru

***Irina D. Khokhlova**, MD, Cand. Sci. (Medicine);
address: 8 Trubetskaya str., build. 2, Moscow, 119991, Russia;
ORCID: 0000-0001-8547-6750;
e-mail: irhohlova5@gmail.com

Tea A. Dzhibladze, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
ORCID: 0000-0003-1540-5628;
e-mail: djiba@bk.ru

Oksana Yu. Gorbenko, MD, Cand. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0002-3435-4590;
e-mail: go2601@mail.ru

Irina V. Gadaeva, MD, Cand. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0003-0144-4984;
e-mail: irina090765@gmail.com

Yurii V. Chushkov, MD, Cand. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0001-8125-1829;
e-mail: obstetrics-gynecology@list.ru

Ekaterina V. Tevlina;
ORCID: 0009-0003-5235-1814;
e-mail: tevlina.ekaterina@gmail.com

Anna D. Komarova, graduate student;
ORCID: 0000-0001-5399-7586;
e-mail: dr.ailar7@gmail.com

Mikhail B. Ageev, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;
ORCID: 0000-0002-6603-804X;
e-mail: mikhaageev@yandex.ru

Adelina G. Ozdemir, student;
ORCID: 0009-0000-8753-8433;
Adelina.ozdemir00@gmail.com

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author