

## IMPACTUL MIOMULUI UTERIN ASUPRA EVOLUȚIEI SARCINII

Olga DOMENTI, Valentin FRIPTU, Corina  
CARDANIUC, Mihail SURGUCI,  
Natalia PRODAN, Gutiera DARIU,  
Universitatea de Stat de Medicină  
și Farmacie Nicolae Testemițanu

### Summary

#### *The impact of uterine myoma in pregnancy*

The aim of the study was to evaluate the interrelations between uterine myoma and pregnancy. The study included 120 pregnant women that were divided in two groups: 70 pregnant women with uterine myoma in the study group and 50 pregnant women without uterine myoma in the control group. The pregnancy course and complications were analyzed. Our results show that the pregnancy associated with uterine myoma is a pregnancy of a high risk because of multiple possible complications. Practical recommendations for pregnancy surveillance in women with uterine myoma were elaborated and methods for complications prophylaxis were described.

**Key words:** uterine myoma, pregnancy, complications, gynecological morbidity, pregnancy management.

### Резюме

#### *Воздействие миомы матки на развитие беременности*

Данное исследование выявило взаимодействие между беременностью и миомой матки. Обследованы 120 беременных, которые были разделены на две группы: основная группа – 70 беременных с миомой матки и контрольная группа – 50 беременных без миомы матки. Были описаны осложнения во время беременности у женщин с миомой матки. На основе полученных результатов было продемонстрировано, что беременность, ассоциированная с миомой матки, представляет собой беременность высокого риска, исходя из возможных многочисленных осложнений. На основе исследования были разработаны практические рекомендации по ведению беременности у женщин с миомой матки.

**Ключевые слова:** миома матки, беременность, осложнения, гинекологическая заболеваемость, ведение родов.

### Actualitatea temei

Miomul uterin este cea mai frecventă tumoră genitală feminină, care ocupă circa 10-27% în structura morbidității ginecologice [6]. În Republica Moldova frecvența miomului uterin constituie 44,8 cazuri la 1000 de femei [9].

Incidența asocierii miomului uterin cu sarcina, conform datelor literaturii de specialitate, variază între 0,3% și 7,5% [8]. În studiile efectuate de Rasmussen K.L. et al., această incidență constituie 0,1-5 % [10]. După Ștemberg M; Gladun E; Friptu V; Corolcova N. (2002), prevalența miomului uterin + sarcina constituie 0,5-3% [13].

În ciuda progresului semnificativ din obstetrica modernă, problema complicațiilor în sarcina însoțită de miom uterin rămâne actuală. Opiniile autorilor referitor la această patologie rămân controversate.

Aydeniz B. et al. (1998) relatează că mioamele submucoase retroplacentare măresc riscul retardului fetal (14%) și al abrupției placentare [1].

Kommos F. et al. (1993), din contra, afirmă că existența unei corelații între prezența fibroizilor uterini și insuficiența placentară este incertă [7], pe când Davis J. et al. (1990) susțin că numărul, dimensiunile sau localizarea miomului uterin nu influențează evoluția și rezultatul sarcinii [3].

Efectul fibroizilor uterini asupra evoluției sarcinii este dificil de apreciat cu exactitate, din cauza lipsei trialurilor clinice mari. În literatura de specialitate se observă o tendință de a subestima prevalența fibroizilor în sarcină și de a supraestima complicațiile care le sunt atribuite. În plus, până în prezent nu există o opinie unanimă asupra măsurilor și căilor terapeutice de conduită a sarcinii complicate de prezența miomului uterin.

Toate cele expuse impun necesitatea studierii mai profunde a specificului evoluției și conduitei sarcinii la gravidele cu miom uterin, ceea ce ar putea permite prevenirea complicațiilor asociate tumorii și fortificarea metodelor de supraveghere și tratament aplicat.

### Material și metode de cercetare

Studiul retrospectiv (perioada 2004-2008) a inclus 120 de gravide, care au fost divizate în două loturi:

lotul I (lotul de bază) a inclus 70 de gravide cu miom uterin;  
lotul II (lotul-control) a cuprins 50 de gravide fără miom uterin.

În studiu au fost utilizate următoarele metode de investigare:

- selectarea datelor din documentația medicală;
- clinice: anamneza, examenul obiectiv general și cel obstetrical;

- *paraclinice*: examenul ultrasonografic și ecografie Doppler;
- *de laborator*: examenul histopatologic al placentei și al pieselor postoperatorii;
- *statistice de programare* a înregistrărilor și de prelucrare a rezultatelor obținute.

## Rezultate și discuții

Vârsta medie a gravidelor cu miom uterin a constituit  $32,17 \pm 1,6$  ani, iar vârsta medie a persoanelor din lotul de control a constituit  $31,80 \pm 1,9$  ani.

Analiza datelor referitoare la mediul de trai denotă, că marea majoritate a gravidelor cu miom uterin incluse în studiu proveneau din orașe și doar 25% din sate.

De asemenea, studiul atestă o incidență crescută a miomului uterin la femeile angajate în domeniul muncii intelectuale și, deci, supuse mai frecvent factorilor psihogeni stresanți. Astfel, majoritatea gravidelor din lotul de bază erau funcționare – 40 de persoane ( $57,14 \pm 5,91\%$ ), comparativ cu lotul-control, în care în domeniul muncii intelectuale erau încadrate 20 de gravide ( $40,00 \pm 6,93\%$ ).

Analizând datele ce se referă la durata și intensitatea sângerării menstruale la pacientele incluse în studiu, am constatat un ciclu normal, cu durata de 25-35 de zile și o sângerare menstruală normală la 66 de gravide ( $94,29 \pm 2,77\%$ ) din lotul de bază și la 50 de femei din lotul-control (100%).

Un ciclu prelungit, cu durata de peste 35 de zile, s-a constatat doar la o singură pacientă cu miom uterin ( $1,43 \pm 1,42\%$ ). O sângerare menstruală cu durata de peste 7 zile (polimenoree) s-a înregistrat la 4 paciente ( $5,71 \pm 2,77\%$ ). Cicluri neregulate din momentul instalării funcției menstruale au avut 4 gravide cu miom uterin ( $5,71 \pm 2,77\%$ ). Toate gravidele din lotul-control au avut un ciclu menstrual regulat, normal ca interval și durată.

Studiind antecedentele personale patologice, pentru toate categoriile de vârstă, am constatat o incidență relativ mai înaltă a patologiilor extragenitale la gravidele cu miom uterin,

comparativ cu cele din lotul-control. Astfel, calculând raportul dintre numărul de femei gravide cu miom uterin ce au suportat maladii extragenitale și cele din lotul-control, a fost determinată o creștere de 1,57 ori mai mare a frecvenței maladiilor extragenitale la gravidele cu miom uterin, comparativ cu cele fără miom uterin.

Colecștita cronică a fost depistată la 3 gravide cu miom uterin ( $4,29 \pm 2,45\%$ ), pielonefrita cronică – la 7 gravide ( $10,00 \pm 3,59\%$ ), patologia glandei tiroide – la 2 femei ( $2,85 \pm 1,99\%$ ), amigdalita cronică în 5 cazuri ( $7,14 \pm 3,07\%$ ), pancreatita cronică – într-un caz ( $1,43 \pm 1,42\%$ ), varice, patologii gastro-intestinală – la câte o gravidă cu miom uterin ( $1,43 \pm 1,42\%$ ). Obezitatea în lotul de bază a fost prezentă la 18,57% din femei.

Sintetizând datele referitoare la maladiile ginecologice ale gravidelor cu miom uterin, am stabilit că din 70 de cazuri studiate, în 37 de cazuri au fost depistate maladii ginecologice în antecedente, ceea ce constituie  $52,85 \pm 5,97\%$ . În lotul de control s-a constatat prezența bolilor ginecologice în antecedente doar la 3 gravide ( $6,00 \pm 3,36\%$ ).

Studierea antecedentelor ginecologice la gravidele cu miom uterin a evidențiat predominarea intervențiilor chirurgicale pe uter – 11 cazuri ( $15,71 \pm 4,35\%$ ). Anomalii de dezvoltare au fost diagnosticate în 2 cazuri ( $2,85 \pm 1,99\%$ ), polichistoză ovariană în antecedente a fost evidențiată la 9 gravide ( $12,86 \pm 4,00\%$ ) din lotul de bază și doar la una ( $2,00 \pm 1,98\%$ ) din lotul-control. Anexită în antecedente a fost depistată la 1 gravidă din lotul de bază ( $1,43 \pm 1,42\%$ ) și la 2 gravide ( $4,00 \pm 2,77\%$ ) din cel de control. Cervicită și colpită în antecedente au suportat câte o singură gravidă din lotul de bază și cel de control –  $1,43 \pm 1,42\%$  și  $2,00 \pm 1,98\%$ , corespunzător.

**Tabelul 1**

*Frecvența maladiilor ginecologice la gravidele incluse în studiu*

Afecțiuni asociate	Lotul de bază		Lotul-control		p
	Nr. absolut de cazuri	$M \pm m, \%$	Nr. absolut de cazuri	$M \pm m, \%$	
Anomalii uterine	2	$2,85 \pm 1,99\%$	-		
Endometrioză	3	$4,29 \pm 2,42\%$	-		
Hipoplazier uterină	-		-		
Operații pe uter	11	$15,71 \pm 4,35\%$	-		
Operații pe col	-		-		
Polichistoză ovariană	9	$12,86 \pm 4,00\%$	1	$2,00 \pm 1,98\%$	<0,05
Rezecție de ovar	1	$1,43 \pm 1,42\%$	-		
Anexectomie	-		-		
Anexită	1	$1,43 \pm 1,42\%$	2	$4,00 \pm 2,77\%$	>0,05
Cervicită, colpită	1	$1,43 \pm 1,42\%$	1	$2,00 \pm 1,98\%$	>0,05
Sterilitate primară	2	$2,85 \pm 1,99\%$	-		
Sterilitate secundară	10	$14,29 \pm 4,18\%$	-		
Sarcină ectopică	1	$1,43 \pm 1,42\%$	-		

Antecedentele personale ginecologice ale gravidelor cu miom uterin se caracterizează printr-un procent relativ înalt al sterilității. 10 gravide cu miom ( $14,29 \pm 4,18\%$ ) au suferit de sterilitate secundară, sterilitate primară a fost înregistrată la 2 gravide ( $2,85 \pm 1,99\%$ ). În cadrul lotului-control nu s-a evidențiat nici un caz de sterilitate în antecedente.

La aproximativ  $\frac{1}{2}$  dintre gravidele lotului de bază (33 de gravide – ( $47,13 \pm 5,97\%$ )), miomul uterin a fost diagnosticat în timpul sarcinii; la 18 gravide ( $25,71 \pm 5,22\%$ ) – cu 1-2 ani înainte de sarcină. La 16 gravide ( $22,86 \pm 5,02\%$ ) miomul uterin a fost stabilit cu 3-8 ani anterior sarcinii, iar în 3 cazuri ( $4,29 \pm 2,42\%$ ) tumora a fost depistată cu 8 ani mai înainte de instalarea sarcinii actuale.

Miom uterin unic a fost diagnosticat la 37 de gravide ( $52,86 \pm 5,97\%$ ), iar noduli miomatoși multipli – la 33 de persoane ( $47,14 \pm 5,97\%$ ), astfel încât rata gravidelor purtătoare de noduli miomatoși unici și a celor cu noduli multipli a fost comparabilă.

Examenul USG a evidențiat localizarea interstițială a nodulilor miomatoși la marea majoritate a gravidelor din lotul de bază – 48 de cazuri ( $65,75 \pm 5,55\%$ ). În 21 cazuri ( $28,77 \pm 8,34\%$ ) au fost depistați noduli subseroși și doar în 4 cazuri ( $5,48 \pm 2,66\%$ ) – noduli miomatoși submucoși.

La o singură gravidă din lotul de bază nodulul miomatos de 7 cm era localizat la nivelul colului uterin, producând deformarea acestuia. Conduita obstetricală adoptată pentru această pacientă a impus finalizarea sarcinii prin operație cezariană.

La 2 gravide ( $2,86 \pm 1,99\%$ ), la termenul sarcinii de 7-14 săptămâni au fost depistați noduli miomatoși giganti, cu localizare intraligamentară, care determinau tulburarea evoluției sarcinii și simptome de comprimare a organelor bazinului mic. Aceste gravide au fost supuse miomectomiei conservative la termenul de 16-18 săptămâni de gestație. Cu 3-5 săptămâni înainte de intervenție a fost inițiată terapia de păstrare a sarcinii, care prevedea administrarea remediilor tocolitice.

În funcție de dimensiunile nodulilor miomatoși depistați la examenul ecografic, am constatat că în 38 de cazuri ( $54,28 \pm 5,95\%$ ) nodulii miomatoși aveau dimensiuni mai mici sau egale cu 5 cm, în 26 de cazuri ( $37,14 \pm 5,77\%$ ) acestia se încadrau în limitele 5,9–9,9 cm, iar în 6 cazuri ( $8,57 \pm 3,34\%$ ) nodulii miomatoși depășeau 10 cm.

În 65 cazuri ( $92,86 \pm 3,08\%$ ) placenta a fost înserată la distanță de nodulul miomatos, iar în 5 cazuri ( $7,14 \pm 3,08\%$ ) a fost constatată inserția placentei la nivelul nodulului miomatos, fenomen

ce implică riscuri majore de tulburări vasculare la nivelul endometrului și al placentei, putând angaja complicații cronice de dezvoltare a fătului și acute de decolare a placentei.

În cadrul studiului, monitorizarea dinamicii creșterii nodulilor miomatoși a fost realizată în baza examenului ecografic efectuat sistematic pe parcursul întregii sarcini. La cele 70 de gravide cu miom uterin, în 41 cazuri ( $58,97 \pm 5,88\%$ ) s-a constatat lipsa dinamicii creșterii nodulilor miomatoși. La 23 gravide ( $32,45 \pm 5,59\%$ ) s-a înregistrat un ritm lent de creștere a nodulilor miomatoși (cu 3-4 cm în diametru), iar în 6 cazuri ( $8,57 \pm 3,35\%$ ) a fost depistat un ritm rapid de creștere a miomului în timpul sarcinii (cu 5-12 cm în diametru).

Rezultatele studiului nostru sunt în concordanță cu datele publicate în literatura de specialitate. Astfel, conform opiniei lui Курцев М.А. et al. (2001), în marea majoritate a cazurilor nodulii miomatoși în timpul sarcinii nu cresc, cu toate că dilatarea vaselor sangvine, cu intensificarea debitului sangvin la nivelul uterului, prezintă condiții favorabile pentru creșterea tumorii [17].

Analizând datele referitoare la complicațiile în sarcina asociată cu miomul uterin, precum și la gravidele din lotul de control, am constatat prezența iminenței de avort spontan, între 12-21 de săptămâni la 24 de gravide din lotul de bază ( $34,28 \pm 5,67\%$ ), frecvența aceleiași complicații în lotul de control a constituit  $8,00 \pm 3,84\%$ , respectiv 4 femei din 50.

Rezultatele obținute de noi sunt comparabile cu cele ale lui Курцев М.А. et al. [17], conform cărora incidența avorturilor spontane la gravidele cu miom uterin variază între 6,4% și 36,1%, precum și cu cele obținute de Доронин Г.Л., conform cărora rata avorturilor spontane la gravidele cu miom uterin constituie 30-75% [16].

Incidența iminenței nașterii premature la gravidele cu miom uterin, conform datelor obținute în studiile efectuate de Monnier J.C. et al., reprezintă 17,02%. În datele relatate de Thibaud S. et al. se menționează că iminența nașterii premature se întâlnește la 24,6% din gravidele cu miom uterin [14].

Rezultatele studiului nostru demonstrează o frecvență mai mare a acestei complicații la gravidele cu miom uterin, comparativ cu datele publicate în literatura de specialitate. Astfel, iminența de naștere prematură a fost constatată la 22 de femei ( $31,43 \pm 5,55\%$ ) din lotul de bază și la 3 persoane ( $6,00 \pm 3,36\%$ ) din lotul-control, diferențele fiind statistic semnificative ( $p < 0,001$ ).

Gestozele, de asemenea, reprezintă complicații care se întâlnesc frecvent la gravidele cu miom uterin constituind 15-20% cazuri.

În cadrul studiului, disgravidii precoce au fost determinate la 12 gravide din lotul de bază ( $17,14 \pm 4,50\%$ ) și la 6 ( $12,00 \pm 4,59\%$ ) din lotul-control, diferențele fiind statistic ne semnificative ( $p > 0,05$ ). Rezultatele obținute sunt similare cu cele descrise în literatura de profil.

Necroza nodulilor miomatoși este una dintre complicațiile grave întâlnite în sarcina asociată cu miom uterin și se poate declanșa la orice termen de gestație. Conform datelor literaturii, frecvența acestei complicații variază de la 6% la 18%.

În cadrul studiului nostru, necroza aseptică a nodulului miomatos s-a produs în 2 sarcini, constituind  $2,86 \pm 1,99\%$ . Astfel, incidența înregistrată de noi este inferioară acestor limite, fiind însă comparabile cu datele obținute în studiile efectuate de Strobelt N., conform cărora necroza nodulilor miomatoși pe parcursul sarcinii se întâlnește doar în 1,5% cazuri [12].

Miomectomie în sarcină au suportat 2 gravide din lotul de bază, reprezentând  $2,86 \pm 1,99\%$ , la fel și apoplexia utero-placentară a fost constatată în 2 cazuri ( $2,86 \pm 1,99\%$ ).

Conform datelor din literatură, insertia joasă a placentei la gravidele cu miom uterin se întâlnește în 1,6-4% cazuri. În cadrul studiului nostru această complicație a fost depistată în  $2,86 \pm 1,99\%$  cazuri, rezultatele fiind comparabile cu cele publicate în literatura de specialitate [3, 5, 8, 17].

**Tabelul 2**

*Frecvența complicațiilor în sarcina gravidelor incluse în studiu*

Tipul complicației	Lotul de bază		Lotul-control		p
	Nr. absolut de cazuri	$M \pm m, \%$	Nr. absolut de cazuri	$M \pm m, \%$	
Iminentă de avort 12-21 săpt.	24	$34,28 \pm 5,67$	4	$8,00 \pm 3,84\%$	<0,05
Iminentă de naștere prematură	22	$31,43 \pm 5,55$	3	$6,00 \pm 3,36\%$	<0,05
Toxicoze	12	$17,14 \pm 4,50$	6	$12,00 \pm 4,59\%$	>0,05
Placenta praevia	2	$2,86 \pm 1,99$	0	0	
Necroza aseptică a nodulului miomatos, miomectomie în sarcină	2	$2,86 \pm 1,99$	0	0	
Apoplexie utero-placentară	2	$2,86 \pm 1,99$	0	0	
RDIU	10	$14,28 \pm 4,18$	2	$4,00 \pm 2,77$	<0,05

Studierea gradului de insuficiență fetoplacentară la gravidele din lotul de bază și cel de control a evidențiat că din cele 70 de gravide cu miom uterin la 10 ( $14,28 \pm 4,18\%$ ) au fost depistate diferite grade de insuficiență fetoplacentară.

Astfel, gradul I de insuficiență fetoplacentară a fost determinat în 5 cazuri ( $7,14 \pm 3,08\%$ ), gradul II – în 3 cazuri ( $4,28$

$\pm 2,42\%$ ) și gradul III – în 2 cazuri ( $2,86 \pm 1,99\%$ ). În cadrul lotului de control au fost înregistrate 2 cazuri ( $4,00 \pm 2,77\%$ ) de insuficiență fetoplacentară de gradul I. Rezultatele noastre sunt similare cu cele obținute în studiile efectuate de Dilucca D., în care se menționează că această patologie se întâlnește în 14-30% din sarcinile asociate cu miom uterin [5], fiind un factor de risc major de apariție a retardului de dezvoltare intrauterină a fătului. În cadrul studiului nostru, retard de dezvoltare intrauterină a fătului a fost depistat la 10 gravide din lotul de bază ( $14,28 \pm 4,18\%$ ) și la 2 din lotul de control ( $4,00 \pm 2,77\%$ ). Astfel, numărul complicațiilor la gravidele cu miom uterin a fost de 3,5 ori mai mare, comparativ cu persoanele din lotul-control.

Mulți autori menționează că frecvența anomaliilor de poziție a fătului în caz de miom uterin este considerabil mai mare decât în lipsa acestuia. Corespunzător datelor publicate în literatură, frecvența acestei complicații constituie circa 20,8%-24,0%. În opinia altor cercetători (Вихляева Е.М, Палади Г.А.), frecvența anomaliilor de poziție a fătului în caz de miom uterin nu este mai mare decât la gravidele fără miom [15].

Analiza datelor referitoare la situația fătului în uter la femeile incluse în studiu ne-a permis să stabilim că, din numărul total de gravide cu miom uterin, la 62 ( $88,37 \pm 3,80\%$ ) a fost determinat situs longitudinal al fătului în uter. Situs transversal a fost întâlnit în 7 cazuri ( $10,00 \pm 3,58\%$ ), iar situs oblic – într-un singur caz ( $1,43 \pm 1,42\%$ ). La gravidele din lotul-control, în 48 cazuri ( $96\% \pm 2,77\%$ ) s-a înregistrat situsul longitudinal al fătului, iar în 2 cazuri  $4,00 \pm 2,77\%$  – situsul transversal.

Astfel, datele obținute în cadrul studiului nostru indică prezența anomaliilor de poziție a fătului la 11,43% din gravidele cu miom uterin, aceste date fiind similare cu cele obținute de Batoniak B., Stomko Z. et al. [2].

**Concluzii**

1. Sarcina asociată cu miom uterin este o sarcină cu risc crescut, din cauza complicațiilor multiple posibile, cele mai frecvente fiind: iminența de avort spontan, iminența de naștere prematură și anomaliile de poziție a fătului.
2. Prezența miomului uterin mărește riscul dezvoltării insuficienței fetoplacentare, a retardului de dezvoltare intrauterină și a apoplexiei utero-placentare.
3. Studiul prezent n-a edepistat o creștere semnificativă a miomului uterin în timpul sarcinii, în 59,1% cazuri tumora fiind staționară și doar în 9,1% prezentând un ritm rapid de creștere.

**Recomandări practice**

1. Gravidele cu miom uterin trebuie să fie supuse unui examen complex clinic și paraclinic cu utilizarea ecografiei, dopplerometriei, cu scopul de a determina grupa de risc și de a aplica tratamentul corespunzător.
2. Conduita sarcinii pacientelor cu miom uterin trebuie să fie strict individualizată în funcție de vârsta gestantei, patologia extragenitală, anamneza obstetricală și ginecologică, numărul localizarea și dimensiunile nodulilor miomatoși, durata procesului miomatos, relația oului fetal și a placentei cu nodulul miomatos.

**Bibliografie**

1. Aydeniz B., Wallwiener D., Kocer C., Grische E.M., Diel I.J., Sohn C., Bastert G., *Significance of myoma-induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement*, în *Geburtshilfe Neonatal*, 1998, 202(4):154-158.
2. Batoniak B., Stomko Z., Malewski Z., Drews K., *The incidence of uterine leiomyomas in pregnancy and their influence upon its course*, în *Ginecol. Pol.*, 2002, Apr., 73(4): 260-265.
3. Davis J L., Ray-Mazumder S., Hobel C. J. et al., *Uterine leiomyomas in pregnancy: a prsperspective study*, în *Obstet.*

4. Daz Baird D., Dunson, D.B., *Why is parityprotective for uterine fibroids?* în *Epidemiology*, 2003, 14(2):247-250.
5. Dilucca D., *Fibrome et grossesse. A propos de 476 cas*, în *These Paris*, 2001, p. 32-34.
6. Gladun E., Ciobanu V., *Terapia chirurgicală a miomului uterin – miomectomia subtotală cu păstrarea vascularizării endometrialului. Recomandări metodice*, Chișinău, 1999, 17 p.
7. Kommos F., DeGregorio G., Strittmater B., Pfisterer I., Karck U., Zahradnik H. P., Beckwold M., *Obstetric complications, incidence and indications of cesariansection in uterus myomatosus*, 1993, Aug., 53(8):564-567.
8. Munteanu Ioan, *Tratat de obstetrică*, București, Editura Medicală, 2000, p. 164-277
9. Paladi Gh., *Ginecologie endocrinologică*, Chișinău, 1999, p. 201-216.
10. Rasmussen K. L., Knudsen H. J., *Effect of uterine fibromas and pregnancy*, 1994, Dec., 19-156(51): 7668-7670.
11. Rosati P., Exacoustos C., Mancuso S., *Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study*, în *J. Ultrasound Med.*, 1992, Oct., 11(10):511-515.
12. Strobelt N., Ghidini A., Cavallone M. et al., *Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy*, în *J. Ultrasound Med.*, 1994, May., 13(5):399-401.
13. Ștemberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N., *Obstetrică practică*, Chișinău, 2004, p. 227-231.
14. Thibaud S., Lopes P., Simonnet et al., *Fibrome et grossesse: Quels sont les risques?* în *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1999, 28 :772-777.
15. Вихляева Е.М., Палади Г.А., *Патогенез, клиника и лечене миомы матки*, Кишинев, Издательство Штиинца, 1982, 300 с.
16. Доронин Г.Л., *Особенности клинического течения и искусственного прерывания беременности в ранние сроки у больных миомой матки*, Харьков, 1985, 161 с.
17. Курцер М.А., Лукашина М. В., Тищенко Е.П., *Консервативная миомектомия во время кесарева сечения*, Москва, Издательство Медицина, 2007, 12 с.

Prezentat la 26.03.2009