

Срок родов в среднем составил 38 недель (Ме 38 (p25 35,7 – p75 39)). По способу родоразрешения данных пациенток можно разделить на 2 группы: самостоятельные роды – 4 человека (20 ± 0,08%), кесарево сечения – 7 случаев (35 ± 0,10%). Количество койко-дней в родах Ме 6 (p25 5 – p75 7).

Беременность закончилась срочными родами для 12 (60 ± 0,1%) пациентов, самопроизвольными выкидышами в сроках до 12 недель для 5 (25 ± 0,1%), внематочной беременностью у 1 (5 ± 0,05%). Из 12 рожденных детей 1 ребенок недоношенный (5 ± 0,05%). Оценка по шкале АПГАР у 10 детей (50 ± 0,11%) составила более 7, и лишь у 2 (10 ± 0,06%) новорожденных 4-7 баллов.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

В литературе обширно описаны случаи беременности женщин после миомэктомии. Однако изучение подобных случаев не теряет своей актуальности в связи с развивающейся тенденцией омоложения миомы матки [6]. Течение беременности у женщин, перенесших миомэктомию, в целом благоприятное. Большинство пациентов госпитализированы 2 раза 35 ± 0,1% (7). Исход беременности у большинства положительный. При анализе способа родоразрешения, кесарево сечение использовалось в 7 случаях (35 ± 0,1%). Рождение здорового доношенного ребенка в 55±0,11% (11) случаев.

### **ВЫВОДЫ**

Перспективы беременности положительные, выявлена высокая вероятность рождения здорового доношенного ребенка после перенесенной миомэктомии.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

- 1.Беременность у пациенток после эмболизации маточных артерий по поводу миомы матки: клиническое течение, особенности фетоплацентарного комплекса и функции эндотелия/ ЮЭ Доброхотова, ЭМ Джобава, ИГ Кнышева [и др.] //Проблемы репродукции. – 2011. – Т. 17. – №. 4. – С. 97-101.
- 2.Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Миома матки» // М: ГЭОТАР– Медиа – 4 – е изд – 2017.
- 3.Михалевиц, С. И. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки / С. И. Михалевиц, А. В. Капуста // Медицинские новости. – 2011. – №. 2. – С. 18-25.
- 4.ООН: 16 июня 2021, здравоохранение // ВОЗ: все больше женщин рожают с помощью кесарева сечения при отсутствии медицинских показаний
- 5.Минздрав РФ: Клинические рекомендации “Привычный выкидыш” 2022-2024 (16.01.2023)
- 6.Пономаренко И.В., Чурносоев М.И. Современные представления об этиопатогенезе и факторах риска лейомиомы матки. Акушерство и гинекология. 2018; 8: 27-32
- 7.. // Органосохраняющие методы лечения лейомиомы матки. - Вестник ВГМУ. – 2010. - том 9. - №1

### **Сведения об авторах**

А.А. Харисова\* – студент педиатрического факультета  
А.М. Богдановна – кандидат медицинских наук, ассистент  
Э.Л. Мамин – заместитель главного врача ГБУЗ СО ЦГБ7 г. Екатеринбурга

### **Information about the authors**

A.A. Kharisova\* – student of the Pediatric Faculty  
A.M. Bogdanova – Candidate of Sciences (Medicine), Department assistant  
E.L. Mamin – Chief Physician for Obstetrics and Gynecology at Central City Hospital №7

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
Aliya270406@mail.ru

УДК: 618.14-006.36

## **ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ**

Шемякина Вероника Владиславовна<sup>1</sup>, Коваль Марина Владимировна<sup>1</sup>, Богданова Анна Михайловна<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики

<sup>2</sup>Кафедра анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>3</sup>ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7»

Екатеринбург, Россия

## Аннотация

**Введение.** Лейомиома матки встречается у более чем 75% женщин. По поводу этой опухоли выполняется 75% оперативных вмешательств в гинекологии. Все это может существенно влиять на качество жизни женщины. **Цель исследования** – определить изменение качества жизни у пациенток с миомой матки после различных вариантов оперативного лечения. **Материал и методы.** Проведено анкетирование пациенток, госпитализированных на плановое оперативное лечение лейомиомы матки в ЦГБ №7 г. Екатеринбург. Респонденты были рандомизированы на группы: перенесшие тотальную гистерэктомию (n=20) и субтотальную гистерэктомию (n=20). В исследовании использован метод анкетирования. Валидизированный опросник SF-36 «Оценка качества жизни», пациентки заполняли до оперативного вмешательства и через 2 месяца после него. Результаты представлены в виде средних значений с стандартных отклонений. **Результаты.** В результате исследования было подтверждено, что качество жизни женщин после оперативного лечения миомы матки повысилось. После субтотальной гистерэктомии средний показатель качества жизни повысился на 13.2±9%, после тотальной на 21.6±9%. **Выводы.** Оперативное лечение лейомиомы матки повышает качество жизни женщин. После тотальной гистерэктомии показатели качества жизни выше, чем после субтотального варианта оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** фибромиома матки, экстирпация матки, ампутация матки.

## IMPACT OF SURGICAL TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMA ON WOMEN'S QUALITY OF LIFE

Shemyakina Veronika Vladislavovna<sup>1</sup>, Koval Marina Vladimirovna<sup>1</sup>, Bogdanova Anna Mikhailovna<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Medical Genetics

<sup>2</sup>Department of Anatomy, Topographical Anatomy and Operative Surgery

Ural State Medical University

<sup>3</sup>Central City Hospital № 7

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Uterine leiomyoma occurs in more than 75% of women. 75% of surgical interventions in gynaecology are performed for this tumour. All this can significantly affect the quality of life of a woman. The aim of the study was to determine the change in the quality of life in female patients with uterine myoma after different variants of surgical treatment. **Material and methods.** A questionnaire survey of the patients hospitalised for planned surgical treatment of uterine leiomyoma in the Central City Hospital № 7 in Yekaterinburg. The respondents were randomised into groups: those who had undergone total hysterectomy (n=20) and subtotal hysterectomy (n=20). Questionnaire method was used in the study. Validated questionnaire SF-36 «Quality of Life Assessment», patients filled out before surgical intervention and 2 months after it. The results are presented as mean values with standard deviations. **Results.** As a result of the study it was confirmed that the quality of life of women after surgical treatment of uterine myoma increased. After subtotal hysterectomy the mean quality of life index increased by 13.2±9%, after total hysterectomy by 21.6±9%. **Conclusion.** Surgical treatment of uterine leiomyoma improves the quality of life of women. After total hysterectomy the quality of life indicators are higher than after subtotal variant of surgical intervention.

**Keywords:** uterine fibroid, uterine extirpation, uterine amputation.

## ВВЕДЕНИЕ

Лейомиома матки (ЛМ) встречается у более чем 75% женщин и может быть причиной снижения качества жизни. Это доброкачественный моноклональный пролиферат, который развивается в миометрии. Опухоль может вызывать болевой и анемический синдромы, нарушать репродуктивную функцию и тем самым влиять на качество жизни. Наиболее эффективным методом лечения ЛМ считается хирургический – гистерэктомия [1]. От 60 до 95% всех оперативных вмешательств у женщин с миомой матки составляют радикальные операции. Однако довольно часто результатом гистерэктомии становится не только устранение причины болезни, но и развитие осложнений, снижающих качество жизни пациенток. У 30% пациенток появляется хроническая тазовая боль, у других – проблемы с кишечником, недержание мочи, опущение и выпадение влагалища, эмоциональные и физиологические проблемы в отношениях с супругом [2, 3, 4]. Вариант оперативного лечения и сохранения шейки матки является дискуссионным. Сохраненная шейка матки, в последующем, повышает риск развития предраковых и раковых заболеваний шейки матки. Безусловно, качество жизни зависит и от хирургического доступа в брюшную полость. При лапароскопическом доступе регистрируется меньше послеоперационных осложнений и

достигается оптимальный косметический эффект. Основным недостатком является недоступность в ряде лечебно-профилактических учреждений и необходимость в специальной подготовке специалистов. Одной из причин отказа от проведения тотальной лапароскопической гистерэктомии считается большая техническая сложность операции и, соответственно, более высокий риск интра- и ранних послеоперационных осложнений.

Несомненным преимуществом субтотальной гистерэктомии является простота ее выполнения и, как следствие, меньший процент осложнений, влияющих на качество жизни [5].

**Цель исследования** – определить изменение качества жизни (КЖ) больных ЛМ матки до и после различных вариантов оперативного лечения.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Было проведено проспективное когортное исследование на базе гинекологического отделения Центральной городской больницы №7 города Екатеринбурга. Пациентки с ЛМ матки, госпитализированные на плановое оперативное лечение, были проанкетированы до операции и через два месяца после оперативного вмешательства. Респонденты были рандомизированы на группы: перенесшие тотальную гистерэктомию (n=20) и субтотальную гистерэктомию (n=20). В обеих группах был выполнен одинаковый хирургический доступ в брюшную полость – лапароскопическая гистерэктомия. В исследовании использован валидизированный опросник SF-36 «Оценка качества жизни».

Анализ качества жизни проводится по следующим субшкалам опросника:

**Физическое функционирование (PF)** – оценивает физическую активность, включая самообслуживание, передвижение, подъем по лестнице, перенос тяжестей и выполнение значительных физических нагрузок. Показатель шкалы отражает объем повседневной физической активности, не ограниченный состоянием здоровья.

**Ролевое физическое функционирование (RP)** – характеризует влияние физических проблем на обычную деятельность, отражая степень ограничения здоровьем выполнения работы или повседневных обязанностей.

**Шкала боли (BP)** – оценивает интенсивность боли и ее влияние на обычную активность в течение последнего месяца.

**Общее состояние здоровья (GH)** – оценивает текущее состояние здоровья, перспективы лечения и сопротивляемость болезни.

**Шкала жизнеспособности (VT)** – измеряет ощущение полной силы и энергии.

**Шкала социального функционирования (SF)** – оценивает уровень социальной активности и удовлетворенность общением за последние 4 недели.

**Ролевое эмоциональное функционирование (RE)** – оценивает влияние эмоционального состояния на выполнение работы и повседневных обязанностей.

**Психологическое здоровье (MH)** – характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги и общий показатель положительных эмоций.

Субшкалы группируются в два основных показателя: физический компонент здоровья (**PHs** — "Physical Health") и психологический компонент здоровья (**MHs** — "Mental Health"). Физический компонент здоровья включает в себя следующие критерии: физическое функционирование, ролевое функционирование, зависящее от физического состояния, интенсивность боли и общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья включает в себя аспекты психического здоровья, ролевого функционирования, зависящего от эмоционального состояния, социального функционирования и жизненной активности.

Для всех шкал максимальное значение составляет 100, отражая отсутствие ограничений или нарушений здоровья.

Анализ средних значений и стандартных отклонений M(SD) проводили для каждой субшкалы до оперативного лечения и через 2 месяца после операции. Рассчитана статистическая значимость для выборки при n = 20, критическое значение t – критерия равно 2,093 по критерию Стьюдента с уровнем допустимой значимости p = 0,05. Рассчитывалось

среднее арифметическое и стандартное отклонение - M(SD). Обработка статистических данных, проводилась в программе MS Excel 2016.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст опрошенных в обеих группах составил – 44±4 лет.

Минимальный возраст для проведения субтотальной гистерэктомии составляет 38 лет, а для тотальной гистерэктомии – 34 года. Максимальный возраст для субтотальной гистерэктомии – 52 года, а для тотальной – 49 лет.

Все операции выполнены лапароскопическим доступом. Показаниями для операции явились: быстрый рост матки, наличие аномальных маточных кровотечений или рецидивирующей гиперплазии эндометрия, сочетание миомы матки с опухолями придатков.

Соотношение показаний для выполнения операций следующее: при субтотальной гистерэктомии быстрый рост лейомиомы матки составляет 65% (13 случаев), аномальные маточные кровотечения – 25% (5 случаев), лейомиома матки больших размеров – 10% (2 случая). При тотальной гистерэктомии быстрый рост лейомиомы матки составляет 60% (12 случаев), аномальные маточные кровотечения – 20% (4 случая), лейомиома матки больших размеров – 20% (4 случая).

До операции по данным опроса (таблица 1) более выраженное снижение качества жизни отмечали женщины, перенесшие впоследствии тотальную гистерэктомию. Это касалось таких параметров, как ролевое физическое функционирование (**RP**), шкала боли (**BP**), социальное (**SF**) и ролевое функционирование (**RE**). Низкие показатели качества жизни были обусловлены характером патологии матки, явившейся показанием для её удаления.

Таблица 1.

Значения субшкал опросника SF-36 «Оценка качества жизни» до операционного вмешательства

Показатель	До операции (тотальной гистерэктомии)	До операции (субтотальной гистерэктомии)	Значения t - критерия
<b>ИМТ</b>	26,48(4,55)	25,89(4,89)	<b>Не считался</b>
<b>PF</b>	84,75(20,74)	81,75(24,08)	0,6*
<b>RP</b>	52,5(44,35)	62,5(44,79)	0,75*
<b>BP</b>	54,45(30,57)	67,3(28,1)	2,05*
<b>GH</b>	61,2(15,96)	60(16,09)	0,28*
<b>VT</b>	47,5(24,09)	45,25(28,4)	0,33*
<b>SF</b>	65(27,98)	80(20,84)	2,06*
<b>RE</b>	55(40,86)	68,33(43,12)	0,66*
<b>MH</b>	52,8(21,78)	52,6(22,03)	0,03*
<b>PHs</b>	46,97(8,78)	48,2(8,51)	0,61*
<b>MHs</b>	38,82(11,52)	41,48(10,49)	0,83*

Примечание: \*различия показателей статистически незначимы (p>0,05)

Показатели субшкал при тотальной гистерэктомии представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Значения субшкал опросника SF – 36 «Оценка качества жизни» при тотальной гистерэктомии

Показатель	До операции	После 2 месяцев со дня операции	Значения t - критерия
<b>ИМТ</b>	26,48(4,55)	26,48(4,55)	<b>Не считался</b>
<b>PF</b>	84,75(20,74)	91,5(17,18)	2,22*
<b>RP</b>	52,5(44,35)	70(41,04)	2,05
<b>BP</b>	54,45(30,57)	72,4(30,1)	2,87*
<b>GH</b>	61,2(15,96)	72,9(14,03)	3,99*
<b>VT</b>	47,5(24,09)	59,5(22,71)	2,66*
<b>SF</b>	65(27,98)	79,38(25,42)	2,67*
<b>RE</b>	55(40,86)	70(38,84)	2,02
<b>MH</b>	52,8(21,78)	63,8(19,83)	2,82*
<b>PHs</b>	46,97(8,78)	51,8(7,69)	2,92*

<b>MHs</b>	38,82(11,52)	44,68(11,73)	2,84*
------------	--------------	--------------	-------

Примечание: \*различия показателей статистически значимы ( $p \leq 0,05$ )

Показатели субшкал при субтотальной гистерэктомию представлены в Таблице 3.

Таблица 3.

Значения субшкал опросника SF-36 «Оценка качества жизни» при субтотальной гистерэктомию

Показатель	До операции	После 2 месяцев со дня операции	Значения t - критерия
<b>ИМТ</b>	25,89(4,89)	25,89(4,89)	Не считался
<b>PF</b>	81,75(24,08)	85,25(21,06)	0,54
<b>RP</b>	62,5(44,79)	81,25(36,16)	0,61
<b>BP</b>	67,3(28,1)	74,05(25,24)	1,13
<b>GH</b>	60(16,09)	68,25(17,92)	2,36*
<b>VT</b>	45,25(28,4)	55,5(30,34)	1,82
<b>SF</b>	80(20,84)	83,75(24,37)	0,77
<b>RE</b>	68,33(43,12)	85(33,29)	2,16*
<b>MH</b>	52,6(22,03)	56,4(28,84)	3,96*
<b>PHs</b>	48,2(8,51)	51,42(5,57)	1,91
<b>MHs</b>	41,48(10,49)	44,92(12,79)	1,33

Примечание: \*различия показателей статистически значимы ( $p \leq 0,05$ )

Полученные результаты демонстрируют рост показателей КЖ через 2 месяца после оперативного лечения, по сравнению с показателями до него. После тотальной гистерэктомию показатели КЖ в среднем выросли на  $21.6 \pm 9\%$ , а при субтотальной гистерэктомию на  $13.2 \pm 9\%$ .

## ОБСУЖДЕНИЕ

ЛМ матки - одно из самых распространенных показаний к гистерэктомию. Объем оперативного вмешательства должен быть обоснован в каждом конкретном случае. Анализ литературы позволяет констатировать, что преимущества субтотальной гистерэктомию над тотальной в плане низкого риска последующего пролапса и улучшения сексуальной функции – устоявшийся миф, не имеющий подтверждений доказательной медицины [5]. Субтотальная гистерэктомию может выполняться пациенткам без патологии шейки матки и глубокого инфильтративного эндометриоза. При этом пациентке должна быть разъяснена необходимость регулярного наблюдения у гинеколога с онкологических позиций.

Тотальная гистерэктомию технически более сложная операция, что сопряжено с увеличением времени ее выполнения и риском интра- и послеоперационных осложнений и, в связи с этим, снижением качества жизни [6]. На практике много зависит от навыков оперирующего хирурга-гинеколога. Так в нашем исследовании тотальная гистерэктомию показала большее увеличение качества жизни по среднему баллу опросника SF-36 «Оценка качества жизни» спустя 2 месяца после оперативного лечения, чем субтотальный вариант операции.

Однако, динамика по отдельным субшкалам отличается в группе с тотальной и субтотальной гистерэктомию.

Так, несмотря на более обширный объем операции, после экстирпации матки статистически значимо улучшилось физическое функционирование (**PF**), показатели боли и её влияния на обычную активность пациенток (**BP**). Динамика таких показателей, как общее состояние здоровья (**GH**), оценка жизнеспособности, как ощущения полной силы и энергии (**VT**), аналогична шкалам социального функционирования (**SF**) и психологического здоровья (**MH**), которые характеризуют уровень социальной активности женщин, а также настроение, наличие депрессии, тревоги. Однако, показатель ролевого эмоционального функционирования (**RE**), отражающий эмоциональное состояние на выполнение работы и повседневных обязанностей, не претерпел значимых изменений.

Обобщённые показатели **PHs** («физический компонент здоровья») и **MNs** («психологический компонент здоровья») продемонстрировали статистически значимую положительную динамику.

После субтотальной гистерэктомии статистически значимые положительные изменения установлены только для показателя общего состояния здоровья (**GH**), ролевого эмоционального функционирования (**RE**) и психологического здоровья (**MN**). Обобщённые показатели **PHs** («физический компонент здоровья») и **MNs** («психологический компонент здоровья») практически не изменились.

Установленные различия могут быть обусловлены тем, что у женщин, подвергнутых тотальной гистерэктомии, имеющееся заболевание настолько значительно влияло на состояние их здоровья и социальное и ролевое функционирование, что удаление органа воспринимается ими как фактор прекращения страданий и возвращения к здоровой и полноценной жизни.

Отсутствие значимых изменений по шкале боли после субтотальной гистерэктомии требует дополнительного анализа для коррекции показаний для объёма операции, ведения раннего и позднего послеоперационного периода, реабилитационных мероприятий у аналогичных пациенток.

## **ВЫВОДЫ**

1. Оперативное лечение лейомиомы матки повышает качество жизни женщин.
2. После тотальной гистерэктомии показатели качества жизни выше, чем после субтотального варианта оперативного вмешательства.
3. Субтотальная гистерэктомия предполагает более тщательную оценку болевого синдрома после операции и индивидуальное ведение раннего и позднего послеоперационного периода, реабилитационных мероприятий.

## **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации "Миома матки". – 2020. – 43 с. – URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/257\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/257_1) (дата обращения: 20.01.2024). – Текст: электронный.
2. Неврологические расстройства после гистерэктомии: от патогенеза к клинике / А.Г. Солопова, Д.В. Блинов, Ё. Бегович [и др.]. – Текст: электронный // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2022. – Т.14, №1. – С. 54–64. – URL: <https://www.epilepsia.su/jour/article/view/775/672> (дата обращения: 20.02.2024).
3. Качество жизни женщин после хирургического лечения миомы матки / Ф.К. Тетелютина, М.Н. Короткова, Т.В. Сушенцова [и др.]. – Текст: электронный // Вятский медицинский вестник. – 2020. – 3(67). – С. 39–45. – URL: [https://vyatmedvestnik.ru/index.php/vmv/issue/view/37/no3\\_67](https://vyatmedvestnik.ru/index.php/vmv/issue/view/37/no3_67) (дата обращения: 20.02.2024).
4. Adaptability and clinical applicability of UFS-QoL in Chinese women with uterine fibroid / W. Xu, W. Chen, J. Chen [et al.]. – Текст: электронный // BMC Womens Health. – 2022. – P. 372. – URL: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-01963-z> (дата обращения: 02.03.2024).
5. Высоцкий М.М. Тотальная или субтотальная гистерэктомия: время развеивать мифы? / М.М. Высоцкий, В.Ф. Беженарь, М.А. Овакмян. – Текст: электронный // Эндоскопическая хирургия. – 2016. – 22(6). – С. 52–56. – URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/endoskopicheskaya-khirurgiya/2016/6/1102572092016061052> (дата обращения: 02.03.2024).
6. Learning curves for laparoscopic hysterectomy after implementation of minimally invasive surgery/ R. Mavrova, J. C. Radosa, G. Wagenpfeil [et al.]. – Текст: электронный // Int J Gynaecol Obstet. – 2016. – 134(2). – P. 225–230. – URL: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2016.01.017> (дата обращения: 20.02.2024).

## **Сведения об авторах**

В.В. Шемякина\* – студент лечебного факультета

М.В. Коваль – кандидат медицинских наук, доцент

А.М. Богданова – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры

## **Information about the authors**

V.V. Shemyakina\* – Student of Medical Faculty

M.V. Koval – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

A.M. Bogdanova – Candidate of Medical Sciences, Department Assistant

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

zhuckova.veranicka@yandex.ru