
ИНФОРМАТИВНОСТЬ АНАЛИЗА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Э.В. Баширов, И.И. Куценко

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии
Кубанский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Зиповская, 4/1, Краснодар, Россия, 350072

М.Л. Полина

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 21-3, Москва, Россия, 117198

Это исследование было выполнено для оценки симптомов миомы матки и их влияния на качество жизни после лечения с использованием эффективного опросника. Показано, что оценка качества жизни не только предиктор осложненного течения послеоперационного периода и отдаленных рецидивов заболевания, а также критерия полноценности курса реабилитации. Предпочтение ЭМА приводит к устойчивому улучшению качества жизни и к существенному облегчению симптомов с наибольшим восстановлением после комплексной реабилитации.

Ключевые слова: миома матки, органосохраняющие вмешательства, комплексная реабилитация.

Достижения последних лет свидетельствуют о заметном прогрессе в ведении больных с миомой матки, однако очевидно, что видоизменение традиционных взглядов на проблему эффективного выбора технологий лечения миомы матки будет неполным без введения в практическую гинекологию понятия «качества жизни» (КЖ), связанного со здоровьем.

Данная категория предусматривает интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанного на его субъективном восприятии [1].

Несмотря на объективное руководство, большинство специалистов при выборе доступа, метода и объема вмешательства руководствуются рядом факторов — возрастом, размерами и локализацией миоматозных узлов, наличием сопутствующей патологии, техническими навыками хирурга, не удается исключить вероятность послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Классическую гистерэктомию, выполняемую ранее при миоме матки рутинно, с появлением органосохраняющих вмешательств, стали практиковать значительно реже, преимущественно из-за позднего обращения пациенток, при «развернутой» клинической картине и больших размерах миомы матки, нередко с атипичным расположением узлов.

Травматизм радикальной операции, сопряженной после удаления матки с потерей менструальной и репродуктивной функции и развитием постгистерэкто-

мического синдрома малопримлем, особенно для женщин, заинтересованных в деторождении.

Констатация бесплодия практически у четверти женщин с миомой матки демонстрирует еще одну грань проблемы — социальную, убеждая в целесообразности реализации на практике малоинвазивных методов лечения не только для сохранения органа, но и его функциональности, позволяющей реализовать детородную функцию.

Дилемма, предстающая перед хирургами, — устранение при минимально травматичном органосохраняющем вмешательстве всего симптомокомплекса заболевания наряду с сохранностью менструальной и репродуктивной функций.

Усовершенствование техник лечения миомы матки с превалированием консервативной миомэктомии определило минимизацию кровопотери и негативных последствий вмешательства для всех систем женского организма. Новые перспективы в терапии заболевания открылись с перспективной разработкой в области интервенционной радиологии эмболизации маточных артерий (ЭМА) [2; 3].

Малоинвазивный эндоваскулярный метод лечения миомы матки, изначально успешно апробированный зарубежными специалистами, оказался состоятельным и в отечественной практике за счет полного исчезновения либо значительной редукции клинической симптоматики, составив альтернативу консервативной миомэктомии [9]. Однако до настоящего времени остаются нерешенными многие вопросы, касающиеся тактики ведения больных с сочетанными заболеваниями репродуктивной системы в постэмболизационном периоде [6].

Дискуссионность ряда аспектов технологий лечения миомы матки базируется на противоречивости отечественных и зарубежных данных о ближайших и отдаленных результатах терапии и требует обобщения [2—4; 9; 16].

С этих позиций представляется наиболее объективным получение информации исходя не только из традиционных клинических показателей, но и качества жизни, связанного со здоровьем, с учетом осложнений, неблагоприятных эффектов и необходимости в повторных вмешательствах.

Сведения о временном интервале, к которому регистрируют существенное облегчение симптомов миомы матки после лечения, варьировали: от значительного улучшения КЖ через 3 и 12 месяцев после ЭМА [12] до стойкого «разрешения» негативной симптоматики при оценке долгосрочных результатов — через 36, 46 мес. и 6 лет [7; 11; 13].

Имеются данные, что явное улучшение КЖ, существенно превосходившее средневременные показатели, преобладает в отдаленном интервале [10].

Сведения относительно неудач при ЭМА разнятся: по данным А.Ж. Smeets (2012) [13] таковые регистрировали у 29,4% женщин, С. Scheurig-Muenkler et al. (2011) [11] — необходимость в повторных инвазивных вмешательствах возникала в 17%, J.B. Spies (2010) [15] — гистерэктомию выполнили у 2,9% пациенток в течение 12 мес. после вмешательства.

Предположения об аденомиозе, сочетавшемся в ряде случаев с миомой матки, как факторе риска последующих вмешательств контрастировали с заключением, что наличие или отсутствие миомы матки в дополнение к аденомиозу не имело взаимосвязи с необходимостью в гистерэктомии или ухудшении клинических исходов [13].

При сравнительном анализе динамики состояния значительное облегчение симптоматики и степени ее выраженности отмечалось независимо от варианта лечения миомы матки — гистерэктомии, миомэктомии и ЭМА [5], однако наибольшее улучшение регистрировали после радикального вмешательства [14]. Имеются сообщения о сопоставимом уровне удовлетворенности технологией лечения — ЭМА, гистерэктомией, миомэктомией. Некоторым преимуществам ЭМА — за счет короткого срока пребывания в больнице и более быстрого возвращения к повседневной деятельности — противопоставляют большую частоту незначительных осложнений и возрастания вероятности хирургического вмешательства в течение двух-пяти лет после процедуры [8].

Существует очень низкий уровень доказательств, что миомэктомия может быть связана с лучшими исходами фертильности, чем ЭМА, однако необходимы дополнительные исследования [8].

С учетом противоречивых данных очевидна необходимость не только усовершенствования органосохраняющих технологий лечения миомы матки, но и внедрения различных лечебных методик для снижения риска развития возможных осложнений и оптимизации репродуктивного здоровья после вмешательств. Одним из предикторов достоверной оценки регресса симптоматики у женщин с ММ полагают оценку качества жизни (UFS-QOL) [13], однако анализа таковой с позиций адекватного выбора вмешательства и наличия реабилитационных мероприятий после операций в доступной литературе нами не выявлено. Сам факт возможности оценки КЖ больных с ММ до и после различных технологий лечения заболевания позволит уточнить как субъективные впечатления больных, так и структурировать ранее разрозненные данные в единую научно-практическую методологию ведения больных с миомой матки.

В связи с этим поставлена **цель**: сравнить эффективность различных технологий лечения миомы матки и наличия реабилитационных мероприятий после вмешательств на основании оценки качества жизни.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели исследования выполнено проспективное исследование 675 женщин с миомой матки в возрасте от 22 до 47 лет, обратившихся в клинику для проведения консервативной миомэктомии и ЭМА и находившихся под нашим наблюдением в течение 2—3 лет. Комплексное обследование до вмешательства предусматривало ультразвуковое исследование органов малого таза с доплерографией, гистероскопию, гистологическое исследование соскоба слизистой матки, лечение хронических персистирующих воспалительных заболеваний гениталий, при необходимости проводили антимикробную терапию.

Весь контингент женщин в зависимости от технологий лечения миомы матки и наличия в послеоперационном периоде реабилитационных мероприятий был поделен на группы: I — после лапаротомической миомэктомии (ЛТМ) ($n = 216$) и комплексной реабилитации (КР), II — после ЛТМ и без КР ($n = 51$), III — после лапароскопической миомэктомии (ЛСМ) и КР ($n = 248$), IV — после ЛСМ и без восстановительных мероприятий ($n = 36$), V группа — после ЭМА и КР ($n = 108$), VI группа — после ЭМА без реабилитации ($n = 16$). Показания к ЭМА: наличие миоматозных узлов субмукозной, субсерозной и субсерозно-интрамуральной локализации, при размерах матки от 7 до 12 нед. беременности, как изолированные, так и множественные.

ЭМА проводили по общепринятой методике, с предварительным ангиографическим исследованием, сонографией узлов, доплерометрией; в качестве эмболов использовались частицы поливинилалкоголя (ПВА) размерами от 350 до 900 или гидрогеля (AAA-Компани, Россия). ЭМА выполнена при наличии противопоказаний к иным органосохраняющим вариантам лечения или их неэффективности (гормонотерапия), узлах более 10 см в диаметре.

Комплексная реабилитация после вмешательства предусматривала профилактику спайкообразования, рецидива роста миоматозных узлов, иммунокоррекцию, лечение дисгормональных заболеваний гормонозависимых органов, восстановление эубиоза гениталий и репродуктивной функции женщин.

Оценку качества жизни больных миомой матки выполняли с помощью анкетирования до вмешательств (ЛТМ, ЛСМ, ЭМА) и через 3 и 6 месяцев по модифицированному американской ассоциацией акушеров-гинекологов опроснику Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life questionnaire (UFS-QOL).

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica v.6.0 и программы Microsoft Office Excel 2003. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Снижение качества жизни больных с миомой матки и ее сочетанием с аденомиозом обуславливала негативная симптоматика, реализацию которой можно проследить в параметрах, связанных с физической активностью, болью, психологическим здоровьем.

Преобладание метrorрагий в данной группе женщин определяло ограничение работоспособности, выступая интегральным фактором неблагоприятия наличия симптомных гиперпластических заболеваний матки.

Проведение ЭМА оказалось наиболее результативным с позиций наименьшей средней длительности госпитализации и более быстрого восстановления трудоспособности в сравнении с другими вмешательствами.

Анкетирование пациенток через 6 мес. после вмешательств и КР показало значимое снижение индекса тяжести состояния в сравнении с исходным: на 50,9% после ЭМА ($p < 0,05$), на 44,2% в среднем — после ЛСМ и ЛТМ, без реабилитации — только на 36,7%.

Динамика индекса КЖ в целом оказалась наиболее значительной после ЭМА: к 3 мес. — в 2 раза ($p < 0,05$) (после ЛТМ — в 1,6 раз, ЛСМ — в 1,7 раз). В отсутствие КР разница была минимальной, к 6 мес. — в 2 раза после ЛТМ и ЛСМ, на 54% — после ЭМА ($p < 0,05$). В группе пациенток, оставшихся без оздоровительного курса, констатировали возрастание от исходного показателя в пределах 22,9%, 21,9% и 22,6% соответственно.

При оценке параметров качества жизни через 3 месяца наибольший регресс симптоматики ММ и ее сочетания с аденомиозом был определен после ЭМА в совокупности с КР, что реализовалось в положительной динамике параметров «разрешение беспокойности», «бодрость/утомляемость» «самовосприятие» и «сексуальная функция».

Положительная динамика параметров в данной группе превалировала и к 6 мес. по пунктам «бодрость/утомляемость» (на 53,7%) ($p < 0,05$) — в полтора раза в отличие от ЛСМ и ЛТМ (в среднем 37,5%); «самовосприятие» (на 62,2%) — в 1,2 раза в сравнении с показателем после ЛСМ, в 1,7 раза — ЛТМ ($p < 0,05$); «сексуальная функция» (на 56,2%) — в 1,5 и 1,8 раз ($p < 0,05$) соответственно. Сопоставимо высоким, независимо от типа вмешательства оказался прирост по параметрам «активность» — на 46,1% в среднем (с КР после ЭМА — на 32% в сравнении с ее отсутствием ($p < 0,05$), после ЛСМ и ЛТМ — на 17,1% в среднем) и «контроль» — на 44,6% в среднем.

При анализе опросников качества жизни пациенток к 6 мес. после ЭМА было выявлено облегчение симптомов сдавления тазовых органов (85,5%) за счет минимизации дизурических явлений, запоров и диспареунии. Эффективность сокращения менструальной кровопотери и метроррагий на фоне лечения ММ обуславливала нормализацию гемоглобина у 48,3—75,7% и 81—92% — в отсутствие оздоровительного курса и после КР соответственно.

Вне восстановительных мероприятий регистрировали незначительную динамику снижения параметров шкал КЖ за счет сохранности умеренного болевого синдрома спустя 3—4 мес. после ЭМА при незначительном уменьшении размеров узлов (на треть) или отсутствии динамики (19 женщин). Сравнительно небольшое снижение значений параметров шкал КЖ при симптомной ММ и ее сочетании с аденомиозом вне КР после вмешательств стало основанием для ЛТМ у 6 пациенток, ЛСМ — у 14.

В связи с выраженным болевым синдромом (некрозом узла) после ЭМА экстирпация матки без придатков была выполнена у трех женщин, надвлагалищная ампутация матки — у 8 пациенток.

Суммарно рецидивы за время наблюдения отмечены у 12 пациенток после ЛСМ, 11 — ЭМА, преимущественно — в отсутствие КР после вмешательств. Частота отдельного диагностического выскабливания слизистой матки после ЭМА в связи с выявлением гиперпластического процесса эндометрия преобладала при сочетании ММ и аденомиоза — только у 5,5% — с КР и четверти — в ее отсутствие ($p < 0,05$).

Таким образом, эффективность органосохраняющих вмешательств совокупно с КР подтверждается улучшением КЖ, более значительным в сравнении с аналогичными вне восстановительного курса, в наибольшей степени — после ЭМА и щадящем воздействии на ткани при ЛСМ, косвенно указывания на потенциальную сохранность репродуктивного потенциала.

Регресс симптоматики при ММ и ее сочетании с аденомиозом к 6 мес. после вмешательств различного типа вплоть до нормализации состояния свидетельствовал об эффективности лечебных мероприятий и патогенетической обоснованности следования восстановительному курсу в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА Медиагруп, 2007.
- [2] Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы // *Акушерство и гинекология*. 2007. № 5. С. 54—59.
- [3] Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // *Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии*. 2007. Т. 6. № 1. С. 57—60.
- [4] Coyne K.S., Margolis M.K., Murphy J. et al. Validation of the UFS-QOL-hysterectomy questionnaire: modifying an existing measure for comparative effectiveness research // *Value Health*. 2012. V. 15. N 5. P. 674—679.
- [5] Fennessy F.M., Kong C.Y., Tempany C.M. et al. Quality-of-life assessment of fibroid treatment options and outcomes // *Radiology*. 2011. V. 259. N 3. P. 785—792.
- [6] Froeling V., Scheurig-Muenkler C., Steffen I.G. et al. Change in health-related quality of life and change in clinical symptoms after uterine artery embolization in patients with symptomatic adenomyosis uteri — evaluation using a standardized questionnaire // *Rofo*. 2012. V. 184. N 1. P. 48—52.
- [7] Goodwin S.C., Spies J.B., Worthington-Kirsch R. et al. Uterine artery embolization for treatment of leiomyomata: long-term outcomes from the FIBROID Registry // *Obstet Gynecol*. 2008. V. 111. N 1. P. 22—33.
- [8] Gupta J.K., Sinha A., Lumsden M.A. et al. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids // *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. V. 16. N 5. CD005073.
- [9] Parker W.H. Laparoscopic myomectomy and abdominal myomectomy // *Clin Obstet Gynecol*. 2006. V. 49. N 4. P. 789—797.
- [10] Popovic M., Puchner S., Berzaczy D. et al. Uterine artery embolization for the treatment of adenomyosis: a review // *J Vasc Interv Radiol*. 2011. V. 22. N 7. P. 901—909.
- [11] Scheurig-Muenkler C., Lembcke A., Froeling V. et al. Uterine artery embolization for symptomatic fibroids: long-term changes in disease-specific symptoms and quality of life // *Hum Reprod*. 2011. V. 26. N 8. P. 2036—2042.
- [12] Shveiky D., Iglesia C.B., Antosh D.D. et al. The effect of uterine fibroid embolization on lower urinary tract symptoms // *Int Urogynecol J*. 2013. V. 24. N 8. P. 1341—1345.
- [13] Smeets A.J., Nijenhuis R.J., Boekkooi P.F. et al. Long-term follow-up of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis // *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2012. V. 35. N 4. P. 815—819.
- [14] Spies J.B., Bradley L.D., Guido R. et al. Outcomes from leiomyoma therapies: comparison with normal controls // *Obstet Gynecol*. 2010. V. 116. N 3. P. 641—652.
- [15] Spies J.B., Myers E.R., Worthington-Kirsch R. et al. The FIBROID Registry: symptom and quality-of-life status 1 year after therapy // *Obstet Gynecol*. 2005. V. 106. N 6. P. 1309—1318.
- [16] Van der Kooij S.M., Ankum W.M., Hehenkamp W.J. Review of nonsurgical/minimally invasive treatments for uterine fibroids // *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012. V. 24. N 6. P. 368—375.

INFORMATIVE ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE AFTER VARIOUS TECHNOLOGIES OF TREATMENT OF UTERINE MYOMA

E.V. Bashirov, I.I. Kutsenko

Department of obstetrics, gynecology and perinatology
Kuban state medical university
Zipovskaya str., 4/1, Krasnodar, Russia, 350072

M.L. Polina

Department of obstetrics-gynecology and reproductive medicine
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 21/3, Moscow, Russia, 117198

This study was performed to evaluate symptoms of uterine fibroid and their impact on the quality of life after treatment using a validated questionnaire. It is shown that the assessment of quality of life not only a predictor of the complicated postoperative period and the remote recurrence of a disease, as well as the criterion of full course of rehabilitation. Preference of UAE leads to sustained improvement in the quality of life and to a significant relief of symptoms with the greatest recovery after comprehensive rehabilitation.

Key words: uterine myoma, organ-preserving interventions, comprehensive rehabilitation.

REFERENCES

- [1] Novik A.A., Ionova T.I. *Guidance on Quality of Life Research in medicine*. Moscow, Olma Mediagrup, 2007. (In Russian).
- [2] Savelieva G.M., Breusenko V.G., Kapranov S.A. et al. Uterine artery embolization in the treatment of uterine fibroids: achievements and prospects. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, no. 5, pp. 54—59. (In Russian).
- [3] Savelyeva G.M., Kurtser M.A., Breusenko V.G. et al. Endoscopic myomectomy: pros and cons. *Questions of Obstetrics and Gynecology*, 2007, vol. 6, no. 1, pp. 57—60. (In Russian).
- [4] Coyne K.S., Margolis M.K., Murphy J. et al. Validation of the UFS-QOL-hysterectomy questionnaire: modifying an existing measure for comparative effectiveness research. *Value Health*, 2012, vol. 15, no. 5, pp. 674—679.
- [5] Fennessy F.M., Kong C.Y., Tempany C.M. et al. Quality-of-life assessment of fibroid treatment options and outcomes. *Radiology*, 2011, vol. 259, no. 3, pp. 785—792.
- [6] Froeling V., Scheurig-Muenkler C., Steffen I.G. et al. Change in health-related quality of life and change in clinical symptoms after uterine artery embolization in patients with symptomatic adenomyosis uteri -evaluation using a standardized questionnaire. *Rofö*, 2012, vol. 184, no. 1, pp. 48—52.
- [7] Goodwin S.C., Spies J.B., Worthington-Kirsch R. et al. Uterine artery embolization for treatment of leiomyomata: long-term outcomes from the FIBROID Registry. *Obstet Gynecol.*, 2008, vol. 111, no. 1, pp. 22—33.
- [8] Gupta J.K., Sinha A., Lumsden M.A. et al. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012, vol. 16, no. 5, CD005073.
- [9] Parker W.H. Laparoscopic myomectomy and abdominal myomectomy. *Clin Obstet Gynecol.*, 2006, vol. 49, no. 4, pp. 789—797.
- [10] Popovic M., Puchner S., Berzaczy D. et al. Uterine artery embolization for the treatment of adenomyosis: a review. *J Vasc Interv Radiol.*, 2011, vol. 22, no. 7, pp. 901—909.

- [11] Scheurig-Muenkler C., Lembcke A., Froeling V. et al. Uterine artery embolization for symptomatic fibroids: long-term changes in disease-specific symptoms and quality of life. *Hum Reprod.*, 2011, vol. 26, no. 8, pp. 2036—2042.
- [12] Shveiky D., Iglesia C.B., Antosh D.D. et al. The effect of uterine fibroid embolization on lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J.*, 2013, vol. 24, no. 8, pp. 1341—1345.
- [13] Smeets A.J., Nijenhuis R.J., Boekkooi P.F. et al. Long-term follow-up of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis. *Cardiovasc Intervent Radiol.*, 2012, vol. 35, no. 4, pp. 815—819.
- [14] Spies J.B., Bradley L.D., Guido R. et al. Outcomes from leiomyoma therapies: comparison with normal controls. *Obstet Gynecol.*, 2010, vol. 116, no. 3, pp. 641—652.
- [15] Spies J.B., Myers E.R., Worthington-Kirsch R. et al. The FIBROID Registry: symptom and quality-of-life status 1 year after therapy. *Obstet Gynecol.*, 2005, vol. 106, no. 6, pp. 1309—1318.
- [16] Van der Kooij S.M., Ankum W.M., Hehenkamp W.J. Review of nonsurgical / minimally invasive treatments for uterine fibroids. *Curr Opin Obstet Gynecol.*, 2012, vol. 24, no. 6, pp. 368—375.