

Здоровье женщин до и после миомэктомии

А.В. Соловьева^{1✉}, av_soloveva@mail.ru, Е.Ю. Алейникова¹, Д.Г. Арютин^{1,2}, Е.А. Винокурова³, М.А. Спицына¹

¹ Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

² Городская клиническая больница №29 имени Н.Э. Баумана; 111020, Россия, Москва, Госпитальная площадь, д. 2

³ Тюменский государственный медицинский университет; 625023, Россия, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

Резюме

Введение. В последнее время особое внимание уделяется качеству жизни женщин и его изменениям после миомэктомии.

Цель. Оценить влияние миомэктомии на менструальную функцию и качество жизни женщин с миомой матки.

Материалы и методы. Проспективное клиническое наблюдательное исследование было выполнено на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы. Были отобраны женщины репродуктивного возраста с миомой матки ($n = 80$) и показаниями для органосохраняющего лечения, проведен анализ их жалоб, общего и акушерско-гинекологического анамнезов, клинико-лабораторных и инструментальных исследований пациенток. Для оценки выраженности симптомов миомы матки и качества жизни был использован опросник UFS-QOL, разработанный SIR Foundation. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и статистический анализ проводились с использованием программы IBM SPSS Statistics v. 23 (IBM Corporation).

Результаты. Средний возраст женщин с миомой матки составлял $40,36 \pm 4,5$ (27–49) года. Во время оперативного вмешательства у 61 (76,3%) женщины был удален один миоматозный узел, у остальных удалено от 2 до 7 миом. Согласно классификации Международной федерации гинекологии и акушерства (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) 2018 г., у 3 (3,75%) женщин локализация удаленных миом была отнесена к 7-му типу по FIGO: в одном случае узел был перешеечным, в двух – интралигаментарным. Размеры удаленных миом варьировали от 0,5 до 15 см ($3,78 \pm 3,0$). У 50% пациенток с миомой матки были обильные менструации, а у 27,5% была диагностирована железодефицитная анемия. При оценке среднего показателя выраженности симптомов миомы матки до и после миомэктомии было выявлено его уменьшение с $31,46 \pm 20,0$ (0–93,75) до $14,91 \pm 17,1$ (0–84,37) ($p < 0,001$). Также увеличился показатель качества жизни HRQL total с $71,14 \pm 20,7$ (22,41–100) до $82,05 \pm 17,6$ (30,17–100) ($p < 0,001$). Статистически значимо увеличилось на 27,5% количество женщин после миомэктомии с уровнем HRQL total более 75 и уменьшилось на 20% в интервале 50–75 ($p < 0,05$). Однако при анализе результатов опросников UFS-QOL было установлено, что у 7 (8,75%) пациенток не изменилось качество жизни до и после миомэктомии, а у 12 (15%) женщин, несмотря на снижение выраженности симптомов миомы матки после миомэктомии, качество жизни (HRQL total) стало незначительно ниже (W-критерий Вилкоксона 129,5, $p = 0,242$). У 6 (7,5%) женщин отмечалось ухудшение симптомов миомы матки после оперативного вмешательства: $25,52 \pm 11,4$ (9,38–43,75) до миомэктомии и $33,33 \pm 13,6$ (12,5–50) после (W-критерий Вилкоксона 30, $p = 0,146$).

Выводы. Миомэктомия не всегда приводила к оздоровлению женщин и улучшению качества их жизни. Требуются дальнейшие изучения в этой области.

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, качество жизни, аномальное маточное кровотечение, железодефицитная анемия

Для цитирования: Соловьева АВ, Алейникова ЕЮ, Арютин ДГ, Винокурова ЕА, Спицына МА. Здоровье женщин до и после миомэктомии. *Медицинский совет.* 2025;19(5):145–151. <https://doi.org/10.21518/ms2025-163>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Women's health before and after myomectomy

Alina V. Solovyeva^{1✉}, av_soloveva@mail.ru, Ekaterina Yu. Aleynikova¹, Dmitry G. Aryutin^{1,2}, Elena A. Vinokurova³, Maria A. Spitsyna¹

¹ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

² Bauman City Clinical Hospital No. 29; 2, Gospitalnaya Square, Moscow, 111020, Russia

³ Tyumen State Medical University; 54, Odesskaya St., Tyumen, 625023, Russia

Abstract

Introduction. Recently, special attention has been paid to the quality of life of women and its changes after myomectomy.

Aim. To assess the effect of myomectomy on menstrual function and quality of life in women with uterine fibroids.

Materials and methods. A prospective clinical observational study was carried out at the clinical sites of the Department of Obstetrics and Gynecology with a course of perinatology at the Medical Institute of the RUDN University named after Patrice Lumumba. Women of reproductive age with uterine fibroids ($n = 80$) and indications for organ-preserving treatment were selected, their complaints, general and obstetric-gynecological anamnesis, clinical, laboratory and instrumental studies of the patients were analyzed. The UFS-QOL questionnaire developed by the SIR Foundation was used to assess the severity of uterine fibroid symptoms and quality of life. Accumulation, adjustment, systematization of source information and statistical analysis were carried out using the IBM SPSS Statistics v. 23 program (IBM Corporation).

Results. The average age of women with uterine fibroids was 40.36 ± 4.5 (27–49) years. During surgery, one myomatous node was removed in 61 (76.3%) women; in the rest, from 2 to 7 myomas were removed. Localization of removed fibroids according to the classification of The International Federation of Gynecology and Obstetrics 2018 (FIGO): in 3 (3.75%) women it was classified as type 7 according to FIGO – in 1 patient the node was isthmus, in 2 it was intraligamentous. The size of the identified fibroids varied from 0.5 cm to 15 cm (3.78 ± 3.0). 50% of patients with uterine fibroids had heavy menstruation, and 27.5% were

diagnosed with iron deficiency anemia. When assessing the average severity of symptoms of uterine fibroids before and after myomectomy, it was found to decrease from 31.46 ± 20.0 (0–93.75) to 14.91 ± 17.1 (0–84.37) ($p < 0.001$). The HRQL total quality of life score also increased from 71.14 ± 20.7 (22.41–100) to 82.05 ± 17.6 (30.17–100) ($p < 0.001$). The number of women after myomectomy with a total HRQL level of more than 75 increased statistically significantly by 27.5% and decreased by 20% in the range of 50–75 ($p < 0.05$). However, when analyzing the results of the UFS-QOL questionnaires, it was found that in 7 (8.75%) patients the quality of life did not change before and after myomectomy, and in 12 (15%) women, despite a decrease in the severity of symptoms of uterine fibroids after myomectomy, quality of life (HRQL total) became slightly lower (Wilcoxon test 129.5, $p = 0.242$). 6 (7.5%) women experienced worsening symptoms of uterine fibroids after surgery: 25.52 ± 11.4 (9.38–43.75) before myomectomy and 33.33 ± 13.6 (12.5–50) after (Wilcoxon test 30, $p = 0.146$).

Conclusions. Myomectomy did not always lead to healthier women and an improvement in their quality of life. Further research in this area is required.

Keywords: uterine fibroids, myomectomy, quality of life, abnormal uterine bleeding, iron deficiency anemia

For citation: Solovyeva AV, Aleynikova EYu, Aryutin DG, Vinokurova EA, Spitsyna MA. Women's health before and after myomectomy. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(5):145–151. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-163>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Миома матки – одно из самых распространенных гинекологических заболеваний среди женщин репродуктивного возраста [1, 2]. По данным исследователей, миоматозные узлы являются частой причиной выполненных гистерэктомий (до 39%) [3, 4], несмотря на необходимость сохранения фертильности современных женщин, склонных к осознанному более позднему возрасту деторождения¹. Миоматозные узлы могут быть причиной аномальных маточных кровотечений, обильных и длительных менструаций, тазовой боли, нарушения функции смежных органов и дефектов имплантации плодного яйца, что значительно ухудшает качество жизни и вероятность успешной реализации детородной функции [5, 6]. С целью купирования или уменьшения симптомов миомы матки, а также сохранения репродуктивной функции активно развиваются и используются органосохраняющие способы лечения, в том числе миомэктомия [7, 8]. В последнее время особое внимание уделяется качеству жизни женщин и его изменениям в зависимости от медицинского вмешательства [9, 10], т. к. симптомы миомы матки могут быть причиной снижения работоспособности, психоэмоциональных нарушений, социальной дезадаптации и изоляции, а также сексуальной дисфункции [11–14].

Цель исследования – оценить влияние миомэктомии на менструальную функцию и качество жизни женщин с миомой матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнено клиническое проспективное наблюдательное исследование на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы: гинекологические отделения ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ и ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ; а также в гинекологическом отделении ГБУЗ ТО «Родильный дом №3». Были отобраны женщины репродуктивного возраста с миомой

матки ($n = 80$) и показаниями для органосохраняющего лечения, проведен анализ их жалоб, общего и акушерско-гинекологического анамнезов, клинико-лабораторных и инструментальных исследований пациенток.

Для оценки выраженности симптомов миомы матки и качества жизни был использован опросник UFS-QOL, разработанный SIR Foundation [1]. Выраженность симптомов миомы матки оценивается по 8-балльной шкале (Symptom severity), при этом чем выше суммарный балл, тем хуже состояние женщины. Шкала оценки качества жизни женщин (HRQL) состоит из 29 пунктов, включающих 6 подшкал: беспокойство (Concern), деятельность (Activities), настроение (Energy mood), контроль (Control), самосознание (Self-consciousness), сексуальная функция (Sexual function) и общий показатель качества жизни, связанного со здоровьем (HRQL total). Чем выше суммарный балл, тем лучше качество жизни.

Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и статистический анализ проводились с использованием программы IBM SPSS Statistics v. 23 (IBM Corporation).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст женщин с миомой матки составлял $40,36 \pm 4,5$ (27–49) года (рис. 1). Основная часть пациенток были русскими – 73 (91,25%). Остальные участницы исследования (7, 8,75%) были: казашки – 3 (3,75%), татарки – 2 (2,5%), 1 (1,25%), киргизка и армянка – по 1 (1,25%). 53 (66,25%) пациентки работали, 27 (33,75%) были домохозяйками. Большинство женщин были замужем – 61 (76,3%), а 19 (23,75%) в браке не состояли.

Антропометрические показатели женщин с миомой матки были следующие: вес – $67,53 \pm 14,1$ (47–120) кг, рост – $164,79 \pm 5,8$ (152–178) см, индекс масс тела (ИМТ) – $24,86 \pm 5,0$ (17,3–41,5) кг/м². Около половины женщин были с нормальным ИМТ – 42 (52,5%), у 3 (3,75%) был дефицит массы тела, у 24 (30%) – избыточная масса тела и у 11 (13,75%) – ожирение (рис. 2, 3).

Прием алкоголя и наркотических средств все женщины отрицали. Среди вредных привычек у 3 (3,8%) пациенток было курение.

¹ Childbearing for women born in different years, England and Wales: 2020. Office for National Statistics. Available at: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/conceptionandfertilityrates/bulletins/childbearingforwomenbornindifferentyearsenglandandwales/2020>.

В структуре экстрагенитальных заболеваний встречались: железодефицитная анемия – у 22 (27,5%) пациенток, миопия – у 22 (27,5%), ожирение – у 11 (13,75%), артериальная гипертензия – у 9 (11,25%), хронические заболевания верхних дыхательных путей (в частности, хронический тонзиллит, хронический ринит) – у 9 (11,25%), хронический гастрит – у 7 (8,75%), остеохондроз позвоночника – у 6 (7,55%), варикозная болезнь – у 5 (6,25%), гипотиреоз в результате аутоиммунного тиреоидита (медикаментозно компенсированный) – у 3 (3,75%), желчно-каменная болезнь – у 3 (3,75%), артериальная гипотензия – у 2 (2,5%), сахарный диабет 2-го типа – у 1 (1,25%), бронхиальная астма – у 1 (1,25%), хронический пиелонефрит – у 1 (1,25%) и синдром Жильбера – у 1 (1,25%).

Средний возраст менархе у исследуемых пациенток составил $12,54 \pm 1,3$ (11–16) года, средняя продолжительность менструации – $5,31 \pm 1,0$ (3–8) дня, средняя длительность менструального цикла – $28,19 \pm 2,7$ (21–45) дня. По результатам субъективной оценки, у половины женщин (50%) менструации были умеренными, у второй половины (50%) – обильными. Болезненные менструации отмечались у 34 (42,5%) женщин. Большинство (74 (92,5%)) имели регулярный менструальный цикл. Коитархе наступило в $18,85 \pm 3,5$ (14–44) года. Более половины (52,5%) женщин не использовали никакие методы контрацепции, 33 (42,25%) применяли барьерный метод, 4 (5%) – комбинированные оральные контрацептивы и 1 (1,25%) пациентка использовала спермициды. В анамнезе у 67 (83,75%) было $2,81 \pm 1,7$ (1–9) беременностей. Аборты в анамнезе отмечались у 32 (40%) пациенток – $1,88 \pm 1,2$ (1–6) аборта. Самопроизвольные прерывания беременности в 1-м триместре беременности были у 13 (16,3%) женщин в количестве $1,38 \pm 1,0$ (1–4). У 2 (2,5%) были однократные внематочные (трубные) беременности. Самопроизвольные роды были у 55 (68,75%) – $1,64 \pm 0,8$ (1–4). У 12 (15%) в анамнезе были оперативные родоразрешения путем кесарева сечения – $1,56 \pm 0,7$ (1–3).

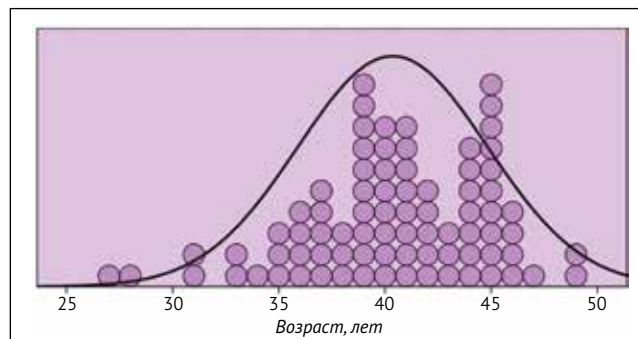
В структуре гинекологических заболеваний у исследуемых женщин встречались: в 14 случаях (17,5%) – полип эндометрия, в 13 (16,25%) – кисты яичников (6 – эндометриомы размерами до 4 см, 4 – функциональные, 3 – серозные цистаденомы), в 8 (10%) – аденомиоз, в 8 (10%) – доброкачественная дисплазия молочной железы, в 4 (5%) – гиперплазия эндометрия, в 4 (5%) – бесплодный брак, в 4 (5%) – дисплазия шейки матки, в 3 (3,75%) – полип цервикального канала, в 3 (3,75%) – хронический сальпингит, в 1 (1,25%) – синдром поликистозных яичников и в 1 случае (1,25%) – хламидийная инфекция.

Среди перенесенных оперативных вмешательств у 26 (32,5%) женщин была гистероскопия: с раздельным диагностическим выскабливанием матки у 4 (5%) женщин по поводу аномального маточного кровотечения, у 4 (5%) по поводу гиперплазии эндометрия, с полипэктомией эндометрия у 14 (17,5%) женщин и с резекцией субмукозного миоматозного узла у 4 (5%); у 13 (16,25%) были в анамнезе операции лапароскопическим доступом (цистэктомия яичника – у 3 (3,75%), аппендэктомия – у 5 (6,25%), холецистэктомия – у 3 (3,75%), тубэктомия по поводу внематочной

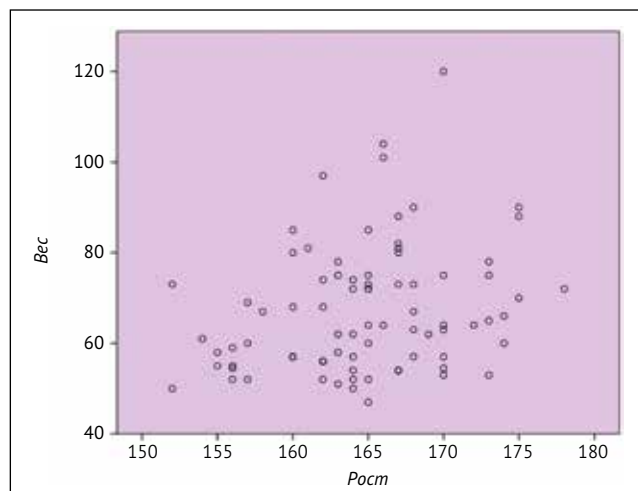
беременности у – 2 (2,5%); у 7 (8,75%) были оперативные вмешательства лапаротомным доступом (аппендэктомия – у 5 (6,25%), резекция яичника по поводу апоплексии – у 2 (2,5%); у 12 (15%) пациенток – оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения; 2 (2,5%) женщинам однократно выполнялась эмболизация маточных артерий за 4 и 5 лет до нашего исследования.

Результаты лабораторных методов обследования представлены в *табл. 1*. При поступлении в стационар анемия тяжелой степени наблюдалась у 3 (3,75%)

● **Рисунок 1.** Распределение исследуемых женщин по возрасту
● **Figure 1.** Distribution of studied women by age



● **Рисунок 2.** Рост (см) и вес (кг) исследуемых пациенток
● **Figure 2.** Height (cm) and weight (kg) of the studied patients



● **Рисунок 3.** Интерпретация расчета индекса массы тела исследуемых пациенток
● **Figure 3.** Interpretation of the calculation of the body mass index of the studied patients



пациенток (гемоглобин 39, 57 и 58 г/л), анемия легкой степени – у 25 (31,25%) женщин (гемоглобин от 95 до 119 г/л) (рис. 4). Ниже рефересных значений МСН (mean corpuscular hemoglobin) был у 11 (13,75%) женщин, МСНС (mean corpuscular hemoglobin concentration) – у 10 (12,5%) и MCV – у 9 (11,25%). У 4 (5%) женщин отмечалось сниженное количество тромбоцитов (от 144 до $172 \times 10^9/\text{л}$), у 2 (2,5%) – лейкоцитоз (11,54 и $12,5 \times 10^9/\text{л}$). У 6 (7,5%) женщин было отмечено незначительное повышение аланинаминотрансферазы (АЛТ) – от 39,0 до 69,99 и аспартатаминотрансферазы

● **Таблица 1.** Результаты лабораторных методов исследований
● **Table 1.** Results of laboratory research methods

Показатель	Результат, $M \pm SD$ (min–max)	Единицы измерения
Клинический анализ крови		
Эритроциты	$4,25 \pm 0,5$ (2,36–5,52)	$10^{12}/\text{л}$
Тромбоциты	$269,42 \pm 64,9$ (144–428)	$10^9/\text{л}$
Лейкоциты	$7,29 \pm 1,8$ (4,0–12,5)	$10^9/\text{л}$
Гематокрит	$36,26 \pm 6,0$ (14,4–50,3)	%
Гемоглобин	$119 \pm 19,9$ (39–161)	г/л
МСН	$28,57 \pm 3,9$ (16,0–33,8)	Пг
МСV	$86,53 \pm 8,7$ (59,1–104)	Фл
МСНС	$330,45 \pm 23,8$ (245–387)	г/л
Биохимический анализ крови		
АЛТ	$19,49 \pm 12,2$ (5,47–69,99)	Ед/л
АСТ	$20,81 \pm 7,6$ (8,0–45,33)	Ед/л
Общий белок	$69,64 \pm 5,3$ (58,46–85,0)	г/л
Общий билирубин	$13,31 \pm 16,8$ (3,3–126)	мкмоль/л
Креатинин	$69,38 \pm 11,2$ (43–99)	мкмоль/л
Мочевина	$4,09 \pm 1,2$ (2,12–6,2)	ммоль/л
Коагулограмма		
АЧТВ	$31,21 \pm 4,8$ (23,9–43,8)	сек
Тромбиновое время	$16,38 \pm 2,3$ (12,2–23,5)	сек
Фибриноген	$3,27 \pm 0,6$ (2,01–4,65)	г/л
МНО	$1,05 \pm 0,1$ (0,86–1,127)	
Клинический анализ мочи		
Удельный вес	$1,022 \pm 0,01$ (1,007–1,035)	г/л
Белок	$0,11 \pm 0,2$ (0–0,9)	г/л
Эритроциты	$8,97 \pm 12,6$ (0–43)	В поле зрения
Лейкоциты	$9,6 \pm 35,9$ (0–250)	В поле зрения

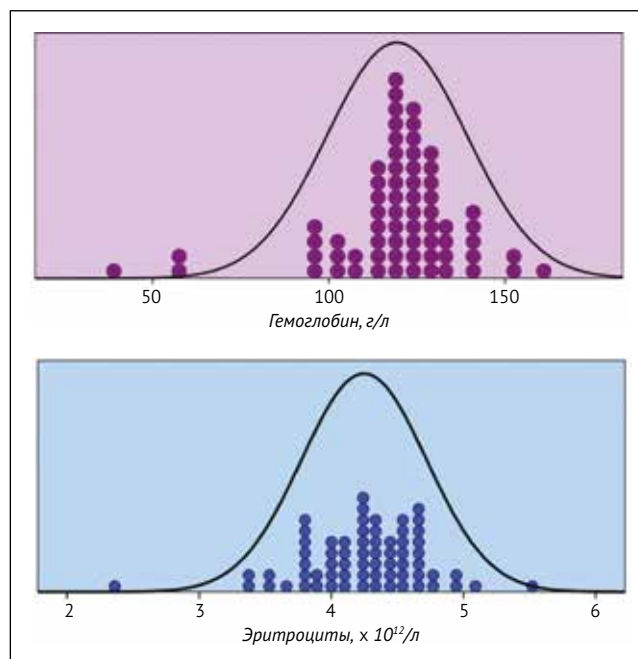
Примечание. МСН – mean corpuscular hemoglobin (среднее содержание гемоглобина в одном эритроците); MCV – mean corpuscular volume (средний объем эритроцитов); МСНС – mean corpuscular hemoglobin concentration (средняя концентрация гемоглобина в эритроците); АЛТ – аланинаминотрансфераза; АСТ – аспартатаминотрансфераза; АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время; МНО – международное нормализованное отношение.

(АСТ) – от 33,9 до 45,33. У 9 (11,25%) снижен был общий белок крови (от 58,46 до 64,9 г/л). У 5 (6,25%) повышен общий билирубин – от 22,47 до 28,3 мкмоль/л и у 1 (1,25%) пациентки – до 126 мкмоль/л. Критических изменений креатинина и мочевины, а также коагулограммы выявлено не было. В клиническом анализе мочи у пациенток отмечалось повышение количества лейкоцитов (от 6,0 до 250) у 15 (18,75%) пациенток, эритроцитов (от 5 до 43) – у 16 (20%), повышенный уровень белка (от 0,4 до 0,9 г/л) – у 7 (8,75%).

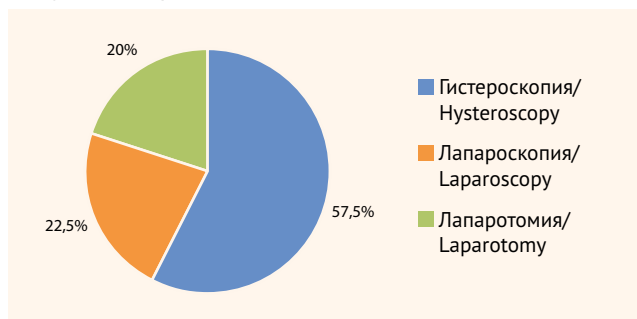
Миомэктомия у исследуемых женщин была выполнена различными оперативными доступами в зависимости от расположения миоматозных узлов, их размера и количества: у большинства пациенток был выполнен гистероскопический доступ (57,5%), у 18 (22,5%) – лапароскопический и у 16 (20%) – лапаротомный (рис. 5).

Во время оперативного вмешательства у 61 (76,3%) женщины был удален 1 миоматозный узел, у остальных удалено от 2 до 7 миом. Локализация удаленных миом в соответствии с классификацией Международной федерации гинекологии и акушерства (The International

● **Рисунок 4.** Распределение исследуемых пациенток по уровням гемоглобина и эритроцитов
● **Figure 4.** Distribution of the studied patients by hemoglobin and red blood cell levels



● **Рисунок 5.** Оперативные доступы миомэктомии
● **Figure 5.** Surgical approaches for myomectomy



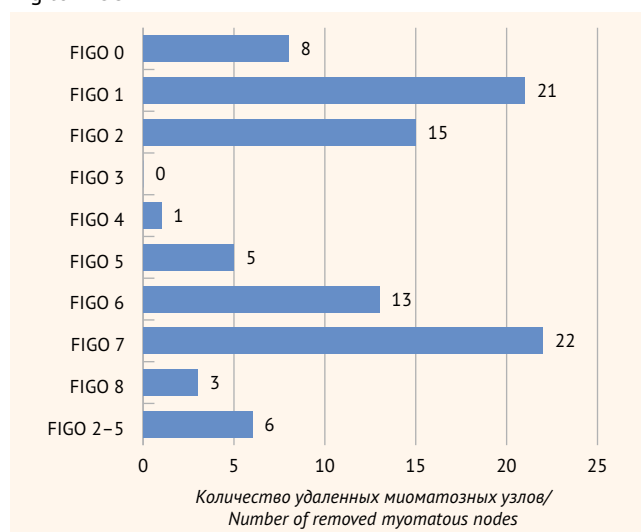
Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) 2018 г. представлена на *рис. 6*. У 3 (3,75%) женщин локализация миоматозных узлов отнесена к 7-му типу по FIGO. У 1 пациентки узел был перешеечный, у 2 – интралигаментарный. Размеры удаленных миом варьировали от 0,5 до 15 см ($3,78 \pm 3,0$).

Мы оценили выраженность симптомов миомы матки и качество жизни до миомэктомии и через 3–6 мес. после. Статистически значимо улучшились показатели: снизились симптомы миомы матки и повысилось качество жизни (*табл. 2*).

До миомэктомии у 1 (1,25%) женщины HRQL total был менее 25, что является показателем крайне низкого качества жизни; у 10 (12,5%) женщин показатель HRQL total не достигал отметки 50, что расценивается как низкое качество жизни; у 27 (33,75%) HRQL total находился в пределах от 50 до 75, что является показателем умеренно сниженного качества жизни. После миомэктомии у 5 (6,25%) пациенток HRQL total находился в пределах от 25 до 50, у 11 (13,75%) – от 50 до 75, у остальных 64 (80%)

● **Рисунок 6.** Локализация удаленных миоматозных узлов согласно FIGO

● **Figure 6.** Localization of removed myomatous nodes according to FIGO



женщин – удовлетворительное качество жизни с показателем более 75 (*рис. 7*).

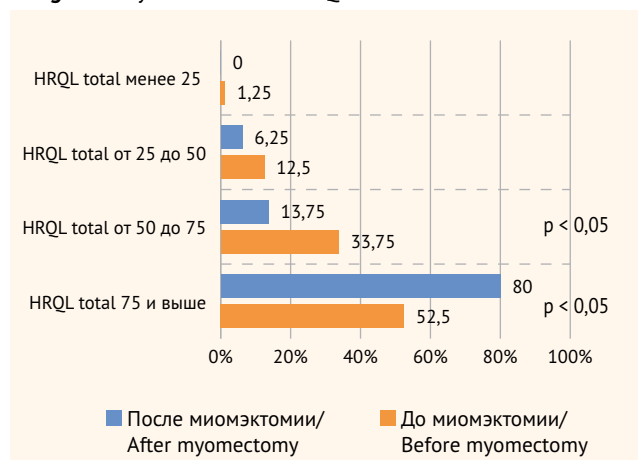
При анализе результатов опросников UFS-QOL обращает на себя внимание, что у 7 (8,75%) пациенток не изменилось качество жизни до и после миомэктомии, а у 12 (15%) женщин, несмотря на снижение выраженности симптомов миомы матки после миомэктомии, качество жизни (HRQL total) после стало незначительно ниже (W-критерий Вилкоксона 129,5, $p = 0,242$) (*рис. 8*). У 6 (7,5%) женщин отмечалось ухудшение симптомов миомы матки после оперативного вмешательства: $25,52 \pm 11,4$ (9,38–43,75) до миомэктомии и $33,33 \pm 13,6$ (12,5–50) – после (W-критерий Вилкоксона 30, $p = 0,146$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Во всем мире отмечается тенденция к увеличению выявления миомы матки у женщин репродуктивного возраста [15]. В 2019 г. в Российской Федерации пик заболеваемости приходился на возрастную группу 35–39 лет, составляя 2393,5 случая на 100 000 населения. Второе место по распространенности миомы матки занимала возрастная группа 40–44 лет (1855,5 случая на 100 000 населения) [16]. В нашем исследовании 25 (31,25%) женщин

● **Рисунок 7.** Динамика показателя HRQL total

● **Figure 7.** Dynamics of the HRQL total indicator



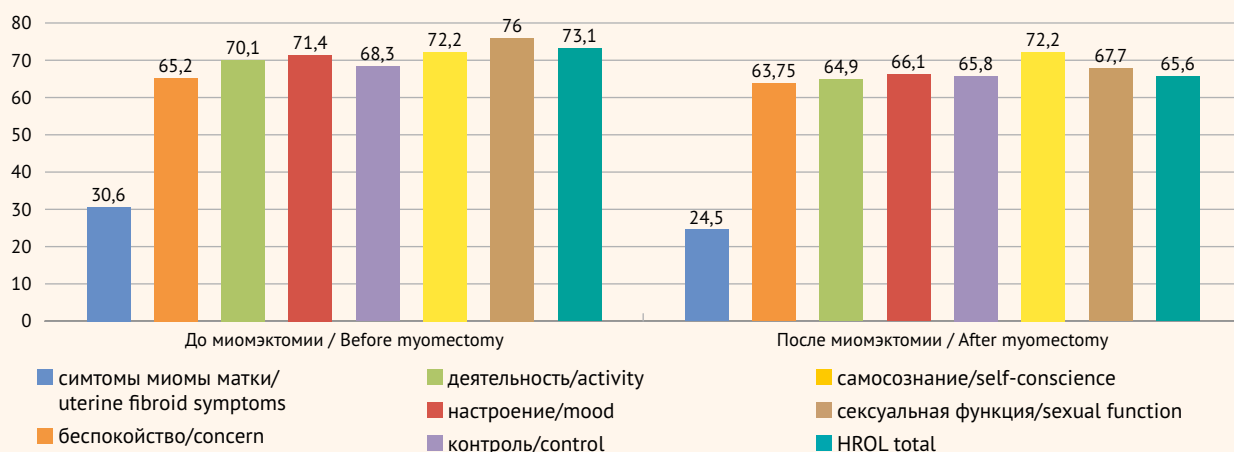
● **Таблица 2.** Параметры оценки качества жизни по опроснику UFS-QOL, $M \pm SD$ (min–max)

● **Table 2.** Quality of life assessment parameters according to the UFS-QOL questionnaire, $M \pm SD$ (min–max)

Параметр	Результат до миомэктомии	Результат после миомэктомии	W-критерий Вилкоксона	P
Симптомы миомы матки	$31,46 \pm 20,0$ (0–93,75)	$14,91 \pm 17,1$ (0–84,37)	2689,0	<0,001*
Беспокойство	$62,76 \pm 27,5$ (0–100)	$81,1 \pm 23,2$ (6,25–100)	4233,0	<0,001*
Деятельность	$74,86 \pm 22,97$ (17,86–100)	$82,11 \pm 19,4$ (32,14–100)	4728,0	0,096
Настроение	$73,36 \pm 22,58$ (11–100)	$83,33 \pm 16,9$ (35,71–100)	4521,0	0,009*
Контроль	$67,57 \pm 23,57$ (0–100)	$80,35 \pm 19,2$ (30–100)	4394,0	0,001*
Самосознание	$76,21 \pm 23,4$ (0–100)	$84,5 \pm 19,2$ (8,33–100)	4657,0	0,044*
Сексуальная функция	$82,89 \pm 33,62$ (0–100)	$81,14 \pm 21,1$ (0–100)	4659,5	0,042*
HRQL total	$71,14 \pm 20,7$ (22,41–100)	$82,05 \pm 17,6$ (30,17–100)	4198,5	0,001*

Примечание. * – $p < 0,05$ – статистически значимые различия.

Рисунок 8. Средние показатели UFS-QOL у 12 женщин со снижением качества жизни после оперативного лечения
 Figure 8. Mean UFS-QOL scores in 12 women with decreased quality of life after surgery



были в возрасте от 35 до 39 лет и 31 (38,75%) – от 40 до 44 лет. Стоит отметить, что на людей этих возрастов приходится большая социально-экономическая нагрузка [17], в связи с чем очень важным является поддержание хорошего качества жизни, необходимого для работоспособности и высокой производительности труда [18]. Особую роль в качестве жизни женщины играет состояние ее репродуктивного здоровья.

По литературным данным, примерно у 30% женщин с миомой матки наблюдаются обильные менструальные кровотечения [19, 20], которые являются ведущей причиной железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста [21]. В нашем исследовании 50% пациенток с миомой матки отмечали обильные менструации, а у 27,5% была диагностирована железодефицитная анемия. При оценке среднего показателя выраженности симптомов миомы матки до и после миомэктомии было выявлено его уменьшение с $31,46 \pm 20,0$ (0–93,75) до $14,91 \pm 17,1$ (0–84,37) ($p < 0,001$). Также увеличился показатель качества жизни HRQL total с $71,14 \pm 20,7$ (22,41–100) до $82,05 \pm 17,6$ (30,17–100) ($p < 0,001$). Статистически значимо увеличилось на 27,5% количество женщин после миомэктомии с уровнем HRQL total более 75 и уменьшилось на 20% в интервале 50–75 ($p < 0,05$). Улучшение качества жизни и уменьшение симптомов миомы после различных

методов лечения, включая миомэктомию, представлено и во многих других исследованиях [9, 22–24]. Однако при анализе результатов опросников UFS-QOL было установлено, что у 7 (8,75%) пациенток не изменилось качество жизни до и после миомэктомии, а у 12 (15%) женщин, несмотря на снижение выраженности симптомов миомы матки после миомэктомии, качество жизни (HRQL total) стало незначительно ниже (W-критерий Вилкоксона 129,5, $p = 0,242$). У 6 (7,5%) женщин отмечалось ухудшение симптомов миомы матки после оперативного вмешательства: $25,52 \pm 11,4$ (9,38–43,75) до миомэктомии и $33,33 \pm 13,6$ (12,5–50) после (W-критерий Вилкоксона 30, $p = 0,146$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Широко распространенная миомэктомия в большинстве случаев, но не всегда, приводит к оздоровлению женщин и улучшению их самочувствия, физического и психоэмоционального благополучия. Требуется дальнейшее изучение влияния миоматозных узлов и миомэктомии на менструальную функцию и качество жизни женщин.

Поступила / Received 09.01.2025
 Поступила после рецензирования / Revised 14.02.2025
 Принята в печать / Accepted 14.02.2025

Список литературы / References

- Spies JB, Coyne K, Guaou G, Boyle D, Skyrnarz-Murphy K, Gonzalves SM. The UFS-QOL, a new disease-specific symptom and health-related quality of life questionnaire for leiomyomata. *Obstet Gynecol*. 2002;99(2):290–300. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01702-1](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01702-1).
- Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BIOG*. 2017;124(10):1501–1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14640>.
- De La Cruz MSD, Buchanan EM. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2017;95(2):100–107. Available at: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0115/p100.html>.
- McKain L, Edsall K, Dufour R, Lickert C. Treatment Patterns in Patients with Uterine Fibroids With and Without a Diagnosis of Heavy Menstrual Bleeding: Results from a Large U.S. Claims Database. *J Womens Health*. 2023;32(3):332–340. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0056>.
- Sohn GS, Cho S, Kim YM, Cho CH, Kim MR, Lee SR. Current medical treatment of uterine fibroids. *Obstet Gynecol Sci*. 2018;61(2):192–201. <https://doi.org/10.5468/ogs.2018.61.2.192>.
- Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;149(1):3–9. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13102>.
- Rezk A, Kahn J, Singh M. Fertility Sparing Management in Uterine Fibroids. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574504>.
- Cappelli A, Mosconi C, Cocozza MA, Brandi N, Bartalena L, Modestino F et al. Uterine Artery Embolization for the Treatment of Symptomatic Uterine Fibroids of Different Sizes: A Single Center Experience. *J Pers Med*. 2023;13(6):906. <https://doi.org/10.3390/jpm13060906>.
- Sirkeci F, Moss J, Belli AM, McPherson K, Daniels J, Manyonda I et al. Effects on heavy menstrual bleeding and pregnancy of uterine artery embolization (UAE) or myomectomy for women with uterine fibroids wishing to avoid hysterectomy: The FEMME randomized controlled trial. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;160(2):492–501. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14626>.
- Aktürk H, Dura MC, Gürsoy B, İkizoğlu F, Göl E, Alsalam WOI, Ekin M. Comparison of Recurrence and Quality of Life Between Myoma Embolization and Myomectomy. *Cureus*. 2023;15(6):e40372. <https://doi.org/10.7759/cureus.40372>.
- Стуклов НИ, Леваков СА, Сушинская ТВ, Митченкова АА, Ковальчук МО. Профилактика и лечение анемии у женщин репродуктивного возраста при гинекологических заболеваниях. *Акушерство и гинекология*. 2020;(3):218–226. <https://doi.org/10.18565/aig.2020.3.218-226>.

- Stuklov NI, Levakov SA, Sushinskaya TV, Mitchenkova AA, Kovalchuk MO. Prevention and treatment of anemia in reproductive-aged women with gynecological diseases. *Akusherstvo i Ginekologiya (Russian Federation)*. 2020;(3):218–226. (In Russ.) <https://doi.org/10.18565/aig.2020.3.218-226>.
12. Радзинский ВЕ, Оразов МР, Костин ИН. Хроническая тазовая боль в гинекологической практике. *Доктор.Ру*. 2019;(7):30–35. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2019-162-7-30-35>.
 13. Пеннер ВА, Борисенко ВВ, Удовика НА, Харченко ОС. Болевые синдромы у больных миомой матки. *Российский журнал боли*. 2018;(2):184–186. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/xodufv>. Penner VA, Borisenko VV, Udovika NA, Kharchenko OS. Pain Syndromes in Patients with Uterine Myoma. *Russian Journal of Pain*. 2018;(2):184–186. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/xodufv>.
 14. Stewart EA, Lukes AS, Venturella R, Li Y, Hunsche E, Wagman RB, Al-Hendy A. Quality of life with relugolix combination therapy for uterine fibroids: LIBERTY randomized trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(3):320.e1–320.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1278>.
 15. Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, Ali M, Elkafas H, Boyer TG, Al-Hendy A. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. *Endocr Rev*. 2022;43(4):678–719. <https://doi.org/10.1210/edrev/bnab039>.
 16. Li B, Wang F, Chen L, Tong H. Global epidemiological characteristics of uterine fibroids. *Arch Med Sci*. 2023;19(6):1802–1810. <https://doi.org/10.5114/aoms/171786>.
 17. Карцева МА. Занятость и здоровье «сэндвич-поколения» в России: эмпирический анализ. *Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены*. 2021;(5):324–344. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2021.5.1844>. Kartseva MA. Employment and health of the “sandwich generation” in Russia: empirical analysis. *Monitoring Obshchestvennogo Mneniya: Ekonomicheskie i Sotsial'nye Peremeny*. 2021;(5):324–344. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2021.5.1844>.
 18. Di Spiezio Sardo A, Ciccarone F, Muzii L, Scambia G, Vignali M. Use of oral GnRH antagonists combined therapy in the management of symptomatic uterine fibroids. *Facts Views Vis ObGyn*. 2023;15(1):29–33. <https://doi.org/10.52054/FVVO.15.1.059>.
 19. Uimari O, Subramaniam KS, Vollenhoven B, Tapmeier TT. Uterine Fibroids (Leiomyomata) and Heavy Menstrual Bleeding. *Front Reprod Health*. 2022;4:818243. <https://doi.org/10.3389/frph.2022.818243>.
 20. Wang A, Wang S, Owens CD, Vora JB, Diamond MP. Health Care Costs and Treatment Patterns Associated with Uterine Fibroids and Heavy Menstrual Bleeding: A Claims Analysis. *J Womens Health*. 2002;31(6):856–863. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8983>.
 21. Petraglia F, Dolmans MM. Iron deficiency anemia: Impact on women's reproductive health. *Fertil Steril*. 2022;118(4):605–606. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.08.850>.
 22. Wallace K, Stewart EA, Wise LA, Nicholson WK, Parry JP, Zhang S et al. Anxiety, Depression, and Quality of Life After Procedural Intervention for Uterine Fibroids. *J Womens Health*. 2022;31(3):415–424. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8915>.
 23. Keizer AL, Jacobs BL, Thurkow AL, de Lange ME, Radder CM, van Kesteren PJM et al. The effect of transcervical resection of submucous fibroids on menstrual blood loss: A prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022;274:128–135. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.05.019>.
 24. Баратов АК, Рахимов ФР, Калмыков ЕЛ. Анализ результатов опросника UFS-QOL до и после эмболизации маточных артерий при лейомиоме матки. *Вестник Авиценны*. 2020;22(3):362–372. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-3-362-372>. Baratov AK, Rakhimov FR, Kalmykov EL. Assessment of the UFS-QOL questionnaire before and after uterine artery embolization for uterine leiomyoma. *Avicenna Bulletin*. 2020;22(3):362–372. (In Russ.) <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-3-362-372>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Информация об авторах:

Соловьева Алина Викторовна, д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; <https://orcid.org/0000-0001-6711-1563>; av_soloveva@mail.ru

Алейникова Екатерина Юрьевна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; <https://orcid.org/0000-0002-1434-0386>; ketall@mail.ru

Арютин Дмитрий Геннадьевич, заведующий гинекологическим отделением, Городская клиническая больница №29 имени Н.Э. Баумана; 111020, Россия, Москва, Госпитальная площадь, д. 2; доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; <https://orcid.org/0000-0003-0258-8445>; aryutin@mail.ru

Винокурова Елена Александровна, д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, Тюменский государственный медицинский университет; 625023, Россия, Тюмень, ул. Одесская, д. 54; <https://orcid.org/0000-0002-6779-7566>; vinokurovaelena@mail.ru

Спицына Мария Александровна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; <https://orcid.org/0009-0005-3745-0042>; lotyрева31@gmail.com

Information about the authors:

Alina V. Solovyeva, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology with a Course of Perinatology, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-6711-1563>; av_soloveva@mail.ru

Ekatereina Yu. Aleynikova, Postgraduate Student of the Department of Obstetrics and Gynecology with a Course of Perinatology, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-1434-0386>; ketall@mail.ru

Dmitry G. Aryutin, Head of the Gynecological Department, Bauman City Clinical Hospital No. 29; 2, Gospitalnaya Square, Moscow, 111020, Russia; Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology with a Course of Perinatology, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-0258-8445>; aryutin@mail.ru

Elena A. Vinokurova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tyumen State Medical University; 54, Odesskaya St., Tyumen, 625023, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6779-7566>; vinokurovaelena@mail.ru

Maria A. Spitsyna, Postgraduate Student of the Department of Obstetrics and Gynecology with a Course of Perinatology, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; <https://orcid.org/0009-0005-3745-0042>; lotyрева31@gmail.com