

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE STATE OF HEALTH OF WOMEN UNDER VARIOUS TYPES OF TREATMENT OF UTERINE MYOMA

**A. Trebunskikh
L. Tselkovich
R. Balter
A. Ibragimova
T. Ivanova**

Summary. The consequences of the treatment of uterine fibroids are widely discussed in the medical community. It is especially important to determine the impact of this or that intervention on the health status of women with infertility who plan to use assisted reproductive technologies in the future. Comparative analysis of the performed treatment makes it possible to determine the choice of further management of such patients and the rationale for choosing an in vitro fertilization protocol.

Keywords: uterine fibroids, infertility, conservative myomectomy, uterine artery embolization.

Требунских Анна Сергеевна

Соискатель, Самарский государственный
медицинский университет, врач–акушер-гинеколог,
ГБУЗ СО СГП № 3, г. Самара
samaraobsgyn2@yandex.ru

Целкович Людмила Савельевна

Д.м.н., профессор, Самарский государственный
медицинский университет, г. Самара

Балтер Регина Борисовна

К.м.н., профессор, Самарский государственный
медицинский университет, г. Самара

Ибрагимова Алина Ришатовна

К.м.н., доцент, Самарский государственный
медицинский университет, г. Самара
a.r.ibragimova@samsmu.ru

Иванова Татьяна Владимировна

К.м.н., доцент, Самарский государственный
медицинский университет, г. Самара
t.v.ivanova@samsmu.ru

Аннотация. Последствия проведенного лечения миомы матки широко обсуждается в медицинском сообществе. Особенно важно определить влияние того или иного вмешательства на состояние здоровья женщин с бесплодием, планирующих в дальнейшем воспользоваться вспомогательными репродуктивными технологиями. Сравнительный анализ проведенного лечения позволяет определиться с выбором дальнейшей тактики ведения таких пациенток, обосновать выбор протокола экстракорпорального оплодотворения.

Ключевые слова: миома матки, бесплодие, консервативная миомэктомия, эмболизация маточных артерий.

Миома матки продолжает оставаться одной из наиболее распространенных опухолей репродуктивной системы женщин репродуктивного возраста [1, 2]. В последние двадцать лет с появлением новых фармакологических препаратов и малоинвазивных эндоваскулярных методов терапии миомы матки появились возможности сохранения репродуктивной функции женщин [3, 4]. Вместе с тем,

успешность выбора того или иного вмешательства широко обсуждается в специальной литературе [5, 6]. Дискуссию вызывают вопросы эффективности проведения того или иного метода вмешательства в зависимости от патогенетических представлений о формировании миоматозных узлов, васкуляризации опухоли и изменения рецепции эндометрия, в зависимости от применения того или иного метода лечения [7–9].

Ряд клиницистов придерживается мнения, что наиболее эффективным методом сохранения репродуктивной функции является консервативная миомэктомия, несмотря на рубцовое изменение миометрия после такого вмешательства [10, 11]. Предлагаются варианты микрохирургических вмешательств с наложением гемостатических атравматических швов для минимизации побочных эффектов и более полноценного восстановления стенки матки [12–14]. Кроме того, сторонники проведения хирургического лечения миомы матки опираются на возможности использования противоспаечных мер, рассматривая их, как этап реабилитации репродуктивной функции после миомэктомии [15, 16]. Другой точки зрения придерживаются сторонники эмболизации маточных артерий, обосновывая свое мнение сохранением тканевой структуры миометрия и минимальным влиянием на матку, особенно у женщин с интрамуральным или субсерозным расположением узлов [17, 18].

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось проведение сравнительного анализа состояния здоровья женщин с миомой матки после проведенной консервативной миомэктомии по сравнению с эмболизацией маточных артерий.

В группы отбирались бесплодные женщины с миомой матки, которые в последующем вошли в протоколы ЭКО. Основную группу составили 85 женщин с проведенной ранее миомэктомией, группу сравнения — 92 пациентки, которым была проведена эмболизация маточных артерий.

Для объективного подбора женщин в группы были проанализированы выписки из лечебных учреждений, амбулаторные карты с данными, полученными перед проведением вмешательства по поводу миомы матки, учитывались особенности клинического течения миомы матки, показания к выбору ее лечения.

Критерии включения в группы сравнения:

- ◆ репродуктивный возраст 25–38 лет;
- ◆ бесплодие, ассоциированное с миомой матки;
- ◆ лечение миомы матки (консервативная миомэктомия или эмболизация маточных артерий) в течение одного года до использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ);
- ◆ отсутствие соматических противопоказаний к проведению ВРТ и вынашиванию беременности.

Критерии исключения из групп сравнения:

- ◆ возраст моложе 25 и старше 38 лет;
- ◆ отказ женщины от участия в исследовании;
- ◆ наличие соматических и гинекологических противопоказаний к проведению ВРТ;

- ◆ бесплодие, не ассоциированное с миомой матки (эндокринные формы, трубно-перитонеальное бесплодие, мужской фактор).

Обследование женщин сравниваемых групп проводилось в соответствии с действующими протоколами и приказами Министерства здравоохранения РФ для проведения ВРТ по стандартной схеме: жалобы на момент осмотра, анамнестические данные с уточнением данных о характере менструальной и репродуктивной функции, выяснение перенесенной гинекологической и соматической патологии. После чего проводился объективный осмотр, оценивалось текущее состояние.

Полученные данные обрабатывались в соответствии с современными требованиями медицинской статистики с использованием стандартного пакета Statistica12.6 (разработчик Dell) в системе Microsoft Windows.

Оценка значимости различий полученных результатов проводилась нами с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок, а также критерия согласия χ^2 Пирсона. Критическим уровнем значимости считалось значение $p < 0,05$.

Рассматривая данные репродуктивного анамнеза женщин, вошедших в группы, отметим, что первичное бесплодие в основной группе было у 45 (52,9(5,4)%) женщин, в группе сравнения — у 36 (39,1(5,1)%) пациенток ($p=0,06$). У остальных женщин в анамнезе были беременности. К моменту подготовки к ВРТ живых детей в основной группе было 12 (14,1(3,8)%), в группе сравнения — 8 (8,7(2,9)%), $p=0,26$. Остальные беременности прервались в различные сроки [19]. Наиболее часто беременности заканчивались самопроизвольными выкидышами в ранние сроки. Таких пациенток в основной группе было 25,9 (4,8)%, в группе сравнения — 32,6 (4,9)%, $p=0,33$. Отметим, что практически у всех указанных пациенток, как в основной группе, так и в группе сравнения, это была единственная беременность. Синдром привычной потери плода был зарегистрирован у 11,8 (3,5)% женщин основной группы и у 16,3 (3,9)% — в группе сравнения, $p=0,39$. Статистически значимых различий в исходах беременности до проведения лечения миомы матки в выделенных группах женщин не было.

Что касается анамнестических указаний на перенесенную гинекологическую патологию, то наиболее часто у женщин в обеих группах встречались обильные и частые менструации при регулярном цикле (меноррагии), которые приводили к анемизации, служили одним из клинических проявлений миомы матки. Женщины основной группы указывали на эти нарушения в 69,4 (5,0)% случаев, пациентки группы сравнения — в 69,5 (4,8)%, $p=0,98$. Практически такое же число женщин отмечали

Таблица 1. Характеристика менструального кровотечения в момент обращения для подготовки к ВРТ женщин с миомой матки

Длительность менструального кровотечения, дн.	Величина кровопотери	Основная группа (n=85)		Группа сравнения (n=92)		p ₁₋₂
		n	M (SD)	n	M (SD)	
До 3 дней	Скудные	3	3,5 (2,0)	4	4,3 (2,1)	0,78
-	Умеренные	9	10,5 (3,4)	11	12,0 (3,4)	0,75
-	Обильные	3	3,5 (2,0)	5	5,4 (2,4)	0,54
4–5 дней	Скудные	8	9,4 (3,2)	7	7,6 (2,8)	0,67
-	Умеренные	12	14,1 (3,8)	14	15,2 (3,8)	0,83
-	Обильные	4	4,7 (2,3)	6	6,5 (2,9)	0,62
Более 5 дней	Скудные	4	4,7 (2,3)	3	3,3 (1,9)	0,63
-	Умеренные	39	45,9 (5,4)	37	40,2 (5,1)	0,44
-	Обильные	3	3,5 (2,0)	5	5,4 (2,3)	0,53

Примечание. p₁₋₂ — показатель достоверности различия полученных данных женщин сравниваемых групп

болевыми состояниями, связанными с менструальным циклом и женскими половыми органами (альгодисменорея) — 61,1 (5,3) и 66,3 (4,9)% соответственно, p=0,47. Болевой синдром также является одним из наиболее распространенных клинических проявлений миомы матки. Что касается остальных патологических состояний в анамнезе женщин сравниваемых групп, то обращает на себя внимание высокий удельный вес перенесенных воспалительных заболеваний придатков матки. Так, на перенесенный сальпингит и оофорит, требующий госпитализации и лечения в условиях стационара, указали 30,6 (5,0)% пациенток основной группы и 31,5 (4,9)% группы сравнения, p=0,89. Достаточно часто женщины указывали на воспалительную патологию шейки матки, по поводу которой лечились в амбулаторных условиях — 38,8 (5,3)% в основной группе и 38,0 (5,1)% в группе сравнения, p=0,91. Укажем, что лечение по поводу половых инфекций получали только 19–22,4 (4,5)% пациенток основной группы и 16–17,4 (3,9)% группы сравнения, p=0,4. Отметим, что уточнить какой конкретно возбудитель был диагностирован в процессе обследования, большинство женщин не смогли. В основном указывали на «несколько половых инфекций», по поводу которых получали лечение совместно с партнером. На момент обследования при подготовке к ВРТ ни у одной из пациенток в обеих группах половых инфекций выявлено не было.

Всего в среднем на каждую женщину основной группы пришлось по 2,2 (0,1) гинекологических заболевания в анамнезе, в группе сравнения этот показатель составил 2,4 (0,2) на одну женщину, p=0,37. Таким образом, по данным гинекологического анамнеза группы женщин не имели статистически значимых различий.

Анализ перенесенной соматической патологии в сравниваемых группах свидетельствовал о том, что

наиболее часто женщины указывали на железодефицитную анемию. Таких пациенток в основной группе было 91,7 (3,0)%, в группе сравнения — 91,3 (2,9)%, p=0,92. Учитывая указанные выше клинические проявления миомы матки, такие, как мено- и метроррагии, анемия также укладывается в клиническую картину миомы матки. На 2-м месте по частоте встречаемости были метаболические нарушения, на ожирение 1–2 степени указали 45,9 (5,4)% пациенток основной группы и 47,8 (5,2)% группы сравнения, p=0,80. Примерно такое же число женщин указало на варикозную болезнь — 49,4 (5,4) и 53,2 (5,2)%, соответственно, p=0,61. Остальные патологии были указаны в единичных случаях. Обращает на себя внимание высокий удельный вес субклинических проявлений гипотиреоза. На него указывала почти каждая пятая женщина в сравниваемых группах — 21,1 (4,5)% в основной группе и 23,9 (4,5)% женщин группы сравнения, p=0,66. Всего на каждую женщину в основной группе в анамнезе пришлось по 3,3 (0,1) заболевания, в группе сравнения — по 3,4 (0,1), p=0,48.

Таким образом, анализ анамнестических данных (репродуктивный, гинекологический и соматический) до проведения лечения миомы матки не выявил статистически значимых различий в обследуемых группах женщин, что позволило считать (в совокупности с возрастом и примерно одинаковыми социальными статусами) выделенные группы пациенток репрезентативными.

При обращении все женщины обеих групп предъявляли жалобы на бесплодие. Учитывая тот факт, что все женщины были обследованы нами уже после проведения лечения миомы матки, укажем, что ни у одной из них не было жалоб на меноррагию или метроррагию. В это же время анализ менструальной функции после завершения стандартной реабилитации, которая вклю-

Таблица 2. Длительность менструального цикла в момент обращения для подготовки к ВРТ женщин с миомой матки

Длительность менструального цикла, дн.	Основная группа (n=85)		Группа сравнения (n=92)		p ₁₋₂
	n	M (SD)	n	M (SD)	
21–24	25	29,4 (4,9)	27	29,3 (4,8)	0,98
25–30	52	61,2 (5,3)	61	66,3 (4,9)	0,48
31–35	8	9,4 (3,2)	4	4,3 (2,1)	0,18

Примечание. p₁₋₂ — показатель достоверности различия полученных данных женщин сравниваемых групп

чала использование оральных контрацептивов, имел определенные различия внутри каждой группы, хотя статистически значимых различий между группами выявлено не было (табл. 1).

Оценивая характер менструального кровотечения у женщин с миомой матки отметим, что независимо от вида произведенного раннее лечения, после завершения реабилитационного процесса в обеих группах наибольшее число женщин указывало на умеренные менструальные кровотечения, продолжительностью 6–7 дней. В основной группе таких пациенток было 45,9 (5,4)%, в группе сравнения — 40,2 (5,1)%, p=0,44. Что касается распределения в днях менструального кровотечения, то независимо от количества (умеренные, скудные или обильные), женщины в группах распределились следующим образом: менструальные кровотечения до 3-х дней отметили 17,6 (4,2)% пациенток основной группы и 21,7 (4,3)% — группы сравнения, p=0,49; кровотечения продолжительностью 4–5 дней были у 28,2 (4,9)% женщин в основной группе и у 29,3 (4,8)% — в группе сравнения, p=0,87. У стальных женщин длительность менструального кровотечения была более 5 дней — 54,1 (5,4) и 48,9 (5,2)% соответственно, p=0,48.

Что касается длительности менструального цикла, то эти данные отражены в табл. 2.

Выяснилось, что у большинства женщин длительность менструального цикла находится в диапазоне 25–30 дней. Таких пациенток в основной группе было 61,2 (5,3)%, в группе сравнения — 66,3 (4,9)%, p=0,48. Почти треть женщин — 29,4 (4,9)% в основной группе и 29,3 (4,8)% в группе сравнения указывали на короткий цикл (21–24 дня), p=0,98. На пролонгированный менструальный цикл указывали только 9,4 (3,2)% пациенток основной группы и 4,3 (2,1)% пациенток группы сравнения, p=0,18.

Таким образом, полученные нами данные указывают на то, что вид произведенного вмешательства (консервативная миомэктомия или ЭМА) одинаково отражаются

на формировании менструального кровотечения после произведенного вмешательства.

Объективное обследование в момент обращения по поводу ВРТ позволило установить, что наиболее часто у женщин сравниваемых групп регистрировалась альгодисменорея — 31,8 (5,1)% в основной группе и 31,5 (4,9)% в группе сравнения, p=0,96. Достаточно часто определялись ановуляторные менструальные циклы — 14,1 (3,8) и 9,8 (3,1)% соответственно, p=0,38. Почти у каждой 10-й женщины в обеих группах регистрировались тазовые перитонеальные спайки, как результат перенесенных хирургических вмешательств и длительно текущих воспалительных процессов — 9,4 (3,2)% в основной группе и 11,9 (3,4)% в группе сравнения, p=0,59. При обследовании у 12,9 (3,7)% пациенток основной группы и у 15,2 (3,8)% женщин из группы сравнения были выявлены воспалительные процессы в шейке матки, которые подтверждались мазками на степень чистоты влагалищного содержимого и цитологическими исследованиями. Отметим, что все воспалительные состояния были неспецифическими и достаточно легко поддавались лечению в процессе подготовки к проведению протоколов ЭКО.

Терапевтическое обследование женщин сравниваемых групп позволило установить, что поле проведенного лечения миомы матки, независимо от способа проведения вмешательства, легкие формы железодефицитной анемии были отмечены у 3,5 (2,0)% пациенток основной группы и у 5,4 (2,4)% женщин группы сравнения, p=0,54. Более половины женщин имели избыточную массу тела — в основной группе таких женщин было 48,2 (5,4)%, в группе сравнения — 56,5 (5,1)%, p=0,26. Также более, чем у половины пациенток в обеих группах диагностировалась варикозная болезнь вен нижних конечностей — 51,8 (5,4) и 55,4 (5,2)% соответственно, p=0,63.

Что касается остальных экстрагенитальных патологий, то у 14,1 (3,8)% женщин основной группы и у 15,2 (3,8)% пациенток в группе сравнения регистрировалась относительная гипотензия, p=0,83. Субклинический ги-

потиреоз регистрировался только у 3,5 (2,0)% женщин основной группы и у 5,4 (2,4)% женщин группы сравнения, $p=0,54$. Отметим, что все случаи гипотиреоза были компенсированы, женщины после консультации эндокринолога получали соответствующую гормонотерапию.

Учитывая тот факт, что все женщины с миомой матки в дальнейшем планировали реализацию репродуктивной функции (миома матки являлась основной причиной бесплодия, эндокринные формы бесплодия, связанные с ановуляцией были исключены, у 9,4% пациенток основной группы и 11,9% группы сравнения было выявлено сочетание миомы матки с трубно-перитонеальным фактором бесплодия), до проведения лечения всем пациенткам была проведена оценка овуляторного резерва. Сделано это было посредством оценки ультразвуковых параметров и определения уровня Anti-Müllerian hormone в крови. Отметим, что среднее содержание Anti-Müllerian hormone в основной группе составило 3,2 (0,4) нг/мл (индивидуальные колебания регистрирова-

лись в пределах 1,9–3,8 нг/мл), в группе сравнения — 3,4 (0,62) нг/мл (индивидуальные колебания регистрировались в пределах 2,0–4,1 нг/мл).

Подводя итог обследованию женщин после лечения миомы матки отметим, что статистически значимых различий в состоянии здоровья и соматической патологии между группами выявлено не было. В обеих группах проведенное лечение существенно улучшило состояния здоровья пациенток, не регистрировалось случаев тяжелой и среднетяжелой анемии, было низким число нарушений менструального цикла, несущественное число женщин указывало на болевой синдром. У всех женщин в обеих группах овуляторный резерв расценивался, как средний или высокий. Все женщины в обеих группах были готовы к проведению ВРТ. Однако для выбора ВРТ необходимо проведение дополнительных исследований, направленных на оценку эндометрия, состояние которого определяет прогноз успешности наступления гестации.

ЛИТЕРАТУРА

- Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. М.: Изд-во Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, 2015. 100 с.
- Радзинский В.Е., Архипова М.П. Миома матки: проблемы и перспективы начала века // Медицинский совет. 2014. № 9. С 30–33.
- Агеев М.Б. Дифференцированный подход к лечению больных с миомой матки в зависимости от клинико-морфологического варианта развития опухоли: дис. ... канд. мед. наук, М.: 2018. 148 с.
- Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных / Л.В Адамян, Е.Н. Андреева, Н.В. Артымук и др. М.: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, 2008. 100 с.
- Laparoscopic myomectomy versus uterine artery embolization: long-term impact on markers of ovarian reserve / R. Arthur, J. Kachura, G. Liu, et al // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2014. № 36 (3). P. 240–247.
- The impact of uterine artery embolization on ovarian reserve: A systematic review and meta-analysis / El Shamy, T. Amer S.A.K., A.A. Mohamed, et al // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2020. № 99 (1). P. 16–23.
- Адамян Л.В., Козаченко А.В., Ревазова З.В. Новые подходы к медикаментозному лечению симптомной миомы матки // Проблемы репродукции. 2013. № 19 (3). С. 22–24.
- Беженарь В.Ф., Комличенко Э.В., Шевелева Т.С., Кондратьев А.А. Терапия миомы матки: от хирургии к медикаментозной стратегии. StatusPraesens // Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2016. № 4. С. 147–156.
- Uterine fibroid torsion during pregnancy: a case of laparotomic myomectomy at 18 weeks' gestation with systematic review of the literature / A. Basso, M.R. Catalano, G. Loverro, et al // Case Rep. Obstet. Gynecol. 2017:4970802.
- Взгляд на проблему миомэктомии при беременности и во время кесарева сечения / С.Н. Буянова, Е.Л. Бабунашвили, Л.С. Логутова и др. // Акушерство и гинекология. 2020. № 8. С. 22–28.
- Буянова С.Н., Юдина Н.В., Гукасян С.А., Ермолаева Е.Е. Показания к миомэктомии во время беременности и ее исходы // Акушерство и гинекология. 2019. № 6. С. 70–77.
- Fujimoto A.C., Morimoto Y., Hosokawa A. Hasegawa Suturing method as a factor for uterine vascularity after laparoscopic myomectomy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2017. № 211. P. 146–149.
- Melkonianants T.G., Bashirov E.V., Ordokova A.A., Titova A.N. Conservative Surgery for Uterine Leiomyoma // Doctor. Ru. 2017. № 13 (142)–14 (143). P. 68–74.
- Тихомиров А.Л. Миома, патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М.: Медицина, 2013. 319 с.
- Профилактика спаечного процесса и его осложнений в оперативной гинекологии / А.Л. Тихомиров, И.Б. Манухин, В.В. Казенашев и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2016. № 16 (5). С. 100–105.
- Абишев Б.Х., Алиакпаров М.Т., Тажибаев Д.М., Питель Е.С. Отдаленные результаты эмболизации маточных артерий при миоме матки по данным ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии // РМЖ. Мать и дитя. 2014. № 22 (14). С. 1020–1022.
- Фертильность пациенток с миомой матки, перенесших эмболизацию маточных артерий / В.Г. Бреусенко, Р.И. Шалина, И.А. Краснова и др. // Таврический медико-биологический вестник. 2012. № 15 (2)–2 (58). С. 32–35.

18. Гришин И.И., Хачатрян А.С., Ибрагимова Д.М., Доброхотова Ю.Э. Лечение субмукозных миоматозных узлов методом эмболизации маточных артерий // *Акушерство и гинекология*. 2014. № 10. С. 48–51.
19. Влияние уровней содержания конечных продуктов гликирования на исходы беременности, особенности течения послеродового периода, состояние новорожденных у женщин с ГДС / Л.С. Целкович, Р.Б. Балтер, Т.В. Иванова и др. // *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики*. Серия: *Естественные и технические науки*. 2022. № 1–2. С. 121–126.

© Требунских Анна Сергеевна (samaraobsgyn2@yandex.ru), Целкович Людмила Савельевна,
Балтер Регина Борисовна, Ибрагимова Алина Ришатовна (a.i.ibragimova@samsmu.ru),
Иванова Татьяна Владимировна (t.v.ivanova@samsmu.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



г. Самара