

# ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ГОРМОНАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

**С.Г. Нужнов, Е.В. Брюхина, Е.Н. Усольцева**  
УГМАДО, г. Челябинск

**Сравнительный анализ качества жизни при двух методах лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста с использованием общих опросников SF–36 и EQ–5D указывает на то, что эмболизация маточных артерий приводит к повышению уровня физического и психологического комфорта женщин, сопровождается улучшением состояния пациенток.**

*Ключевые слова:* качество жизни, миома матки, эмболизация маточных артерий, гормональное лечение.

Миома матки относится к широко распространенным заболеваниям и занимает одно из ведущих мест среди патологии репродуктивной системы [5, 8]. В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после воспалительных процессов матки и ее придатков [3]. Миома матки диагностируется во всех возрастных группах у каждой 4–5-й женщины. После 30 лет риск возникновения миомы матки возрастает до 76–80 % [7]. В настоящее время, возрастающей потребностью женщин в решении репродуктивных проблем наметилась стойкая тенденция планировать беременность в позднем репродуктивном возрасте и все чаще миома матки стала диагностироваться у молодых, нерожавших женщин [10]. Частота миомы матки у женщин репродуктивного возраста составляет 25–35 % [6].

Наиболее распространенным методом лечения миомы матки считается хирургический – гистерэктомия. Среди оперируемых 24–26,8 % составляют женщины репродуктивного возраста. От 60 до 95 % всех оперативных вмешательств у женщин репродуктивного периода с миомой матки составляют радикальные операции, приводящие не только к потере репродуктивной и менструальной функции, но и к выраженным вегетососудистым и психоэмоциональным нарушениям [1, 5, 11].

Большие трудности в определении метода лечения миомы матки представляют пациентки с выраженной соматической патологией и высокой степенью операционного и анестезиологического риска. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является эффективным малоинвазивным методом лечения миомы матки. Она может быть проведена у пациенток репродуктивного возраста, а также у больных с выраженной соматической патологией как альтернатива гистерэктомии [4]. ЭМА позволяет пациенткам избежать хирургического вмешательства, сохранить репродуктивную и менструальную функцию [10].

В настоящее время активно изучается качест-

во жизни (КЖ) женщин при различных гинекологических заболеваниях, в том числе и при миоме матки [5]. КЖ включает информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психической и социальной, при этом КЖ больного отражает компоненты, не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного [2]. Безусловно, любые инвазивные вмешательства оказывают более или менее выраженное отрицательное влияние на КЖ больных. Использование современных малоинвазивных методов лечения позволяет снизить это влияние, ускорить процесс восстановления. Однако КЖ при органосохраняющих методах лечения остается недостаточно изученным аспектом.

**Цель исследования** – сравнить динамику показателей качества жизни у женщин с миомой матки репродуктивного возраста до и после эмболизации маточных артерий и гормональном лечении для улучшения подбора терапии при миоме матки.

**Материалы и методы исследования.** Нами было обследовано 68 женщин в возрасте от 18 до 45 лет на базе женской консультации и гинекологического отделения МУЗ ГКБ № 3 города Челябинска. Критериями включения в исследование были пациентки с наличием миомы матки в репродуктивном возрасте и показаний к ЭМА или гормональному лечению.

Критерии исключения – возраст женщин старше 45 лет и наличие противопоказаний к ЭМА или гормональному лечению.

Были выделены две группы:

– I группа включала 53 пациентки, которым была проведена ЭМА;

– II группа – 15 женщин, которые получали гормональное лечение (агонисты гонадотропин ризинг-гормонов в непрерывном режиме в течение 3–6 месяцев), 11 (73,3 %) бусерелин – спрей (solutio buserelini acetatis 0,2 % – 17,5 ml) интраназально

Таблица 1

## Показатели шкал опросника SF-36 в I и II группе

Шкалы (M ± σ) баллы	Группы	До лечения	Первые 1–3 суток	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
ФФ	I	78,0 ± 21,5*	24,1 ± 23,4***	83,1 ± 20,3*	88,3 ± 14,8***	92,1 ± 9,8***	92,4 ± 10,3*
	II	84,7 ± 18,0			85,6 ± 10,7	88,3 ± 7,5*	77,5 ± 17,7*
РФФ	I	66,7 ± 28,5*	58,3 ± 30,6***	83,5 ± 23,5**	86,6 ± 23,4***	90,7 ± 19,3***	92,6 ± 14,7***
	II	84,6 ± 29,8*			81,3 ± 25,9	95,8 ± 10,2*	62,5 ± 53,0*
Б	I	43,8 ± 21,1*	70,8 ± 18,9***	34,1 ± 17,4***	24,8 ± 16,6***	25,7 ± 14,5***	35,7 ± 16,2**
	II	34,3 ± 17,2*			34,0 ± 15,2	23,3 ± 5,8*	40,0 ± 14,1
ОЗ	I	58,1 ± 13,2*	59,4 ± 12,6	53,6 ± 10,8*	51,3 ± 11,5**	48,7 ± 11,0**	52,4 ± 7,7
	II	56,3 ± 11,1			56,7 ± 9,7	51,7 ± 5,2*	60,0 ± 7,1
Ж	I	53,7 ± 9,2*	60,6 ± 10,5***	56,0 ± 8,6	55,2 ± 9,0	53,4 ± 7,7	51,8 ± 8,8
	II	61,7 ± 7,2**			56,1 ± 9,9*	60,0 ± 8,4	55,0 ± 7,1
СФ	I	43,9 ± 12,6*	49,5 ± 15,6	45,7 ± 10,2*	45,1 ± 7,8	44,5 ± 7,0	44,9 ± 8,9
	II	46,7 ± 7,4			45,8 ± 6,3	43,8 ± 10,5	37,5 ± 17,7
РЭФ	I	69,2 ± 30,0*	54,9 ± 28,7***	87,9 ± 22,4***	89,4 ± 21,3***	93,9 ± 15,5***	84,4 ± 24,8*
	II	76,9 ± 28,5*			95,2 ± 12,6	86,7 ± 18,3	33,3 ± 18,3*
ПЗ	I	58,7 ± 10,1*	61,2 ± 11,7	63,6 ± 7,5**	62,7 ± 7,7*	62,9 ± 7,2*	58,8 ± 10,7
	II	64,3 ± 10,4*			66,7 ± 12,3*	64,7 ± 9,9	64,0 ± 5,7

Примечания: шкалы SF-36: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психологическое здоровье; \*p < 0,05, \*\*p < 0,01, \*\*\*p ≤ 0,001, где p – уровень значимости при сравнении данных внутри групп.

300 мкг х 3–4 раза в сутки и 4 (26,7 %) бусерелин-депо 3,75 мг 1 раз в 28 дней внутримышечно.

В процессе исследования заполнялась специальная карта наблюдения, в которой фиксировались медико-социальные данные.

Для оценки КЖ мы применяли стандартизованный общий опросник: SF-36 (Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey, автор J.E. Ware, США, 1993), который состоит из 36 вопросов и содержит 8 шкал (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психологическое здоровье), ответы выражаются в баллах от 0 до 100, большее количество баллов соответствует более высокому КЖ. Опросник EQ-5D (EuroQol instrument, Европа, 1996) состоит из двух частей: первая часть представлена индексом здоровья, который оценивается от 0 до 1, вторая часть имеет визуально-аналоговую шкалу – «термометр здоровья», на которой 0 означает самое плохое, а 100 – самое хорошее состояние здоровья. Обследуемый делает отметку на шкале в том месте, которое соответствует его состоянию здоровья на данный момент времени. Данные опросники заполнялись пациентками самостоятельно в присутствии исследователя, в I группе применялись при первом обращении до ЭМА, сразу после манипуляции (1–3 сутки), через 1, 3, 6 и 12 месяцев после начала обследования; во

II группе – применялись при первом обращении, через 3, 6 и 12 месяцев после начала лечения.

Статистический анализ включал вычисление результатов описательной статистики для сравниваемых групп, а также процентных долей. Для сравнения количественных показателей использовались внутри группы непараметрический критерий Уилкоксона и между группами Манна–Уитни и Краскела–Уоллеса. Отличия параметров были признаны статистически значимыми при уровне p < 0,05. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием программ Microsoft Excel и SPSS 12.0.

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст пациенток составил в I группе 40,6 ± 4,3 лет, во II – 39,5 ± 4,9 лет. Большинство женщин в I и II группе имели высшее образование у 39 (73,6 %) и 8 (53,3 %) человек, средне-специальное у 11 (20,8 %) и 7 (46,7 %), а среднее у 3 (5,7 %) и 0 (0 %) соответственно.

Среди гинекологических заболеваний в анамнезе преобладали воспалительные заболевания в I группе – у 33 (62,3 %) и во II группе – у 8 (53,3 %) человек, гиперпластические процессы у 11 (20,8 %) в I группе и у 5 (33,3 %) во II группе и заболевания молочных желез в I группе – у 21 (39,6 %) и во II группе – у 5 (33,3 %) женщин.

В структуре соматической патологии зарегистрировано варикозное расширение вен нижних конечностей в I группе – у 24 (45,3 %) и во II – у 4

(26,7 %) женщин, сердечно-сосудистые заболевания в I группе – у 21 (39,6 %), во II – у 5 (33,3 %). Патология мочевыводящих путей в I группе была у 20 (37,7 %) и во II – у 5 (33,3 %), заболевания желудочно-кишечного тракта в I группе – 17 (32,1 %) и II – 10 (66,7 %) и заболевания печени в I группе – 13 (24,5 %) и II – 7 (46,7 %).

Основными жалобами по поводу миомы тела матки в I группе были болевой синдром у 32 (60,4 %) женщин, нарушение менструального цикла у 53 (100 %), анемия у 37 (69,8 %) и нарушение функции соседних органов у 24 (45,2 %). Во II группе симптомы основного заболевания составили: болевой синдром – 3 (20 %), анемия – 6 (40 %), нарушение менструального цикла – 8 (53,3 %) и нарушение функции соседних органов – 2 (13,3 %).

На наш взгляд, было довольно важно сравнить КЖ пациенток при ЭМА и гормональном лечении в течение 12 месяцев. КЖ I и II группы по данным опросника SF-36 представлено в табл. 1. Изучение динамики параметров КЖ I группы в первые 3 суток после ЭМА продемонстрировали статистически значимое снижение уровня физического функционирования, ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования и ухудшение показателей боли по сравнению с данными до ЭМА, что можно объяснить проявлениями постэмболизационного синдрома. После 1–3 суток показало улучшение уровня жизнеспособности, что возможно связано с малоинвазивностью метода ЭМА. По данным общего здоровья, социального функционирования и психологического здоровья отмечена тенденция повышения показателей через 1–3 суток после ЭМА. Однако, уже начиная с 1 месяца после манипуляции и сохраняясь к 3, 6 и 12 месяцам терапии было отмечено значимое повышение физического функционирования, ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования и улучшения показателя боли.

Интересным фактом стало статистически значимое снижение показателя шкалы общего здоровья через 1, 3 и 6 месяцев после ЭМА. Однако к 12 месяцам наблюдения показатель по этой шкале практически достиг первоначального значения (до ЭМА). Жизнеспособность и социальное функционирование не имели существенных изменений после проведения ЭМА. В то же время психологическое здоровье улучшилось через 1, 3 и 6 месяцев после данного метода лечения, но к 12 месяцам наблюдения этот показатель не отличался от КЖ до лечения.

При исследовании показателей КЖ женщин II группы по данным опросника SF-36 было получено улучшение физического функционирования через 3, 6 месяцев по сравнению с первоначальным показателем, однако через 12 месяцев выявлено ухудшение. Уровень ролевого физического функционирования и жизнеспособности к 3 месяцам снизились, но после 6 месяцев наблюдения выявили некоторое повышение. Через 12 месяцев данные ролевого физического функционирования и

жизнеспособности показали ухудшение. Показатель шкалы боли после 3 месяцев был без изменений, улучшился через 6 месяцев, а к 12 месяцам имел тенденцию к ухудшению. Уровень общего здоровья оставался на одном уровне до 3 месяцев, несколько ухудшился к 6 месяцам и отметилась тенденция к улучшению после 12 месяцев. По данным социального функционирования была выявлена тенденция ухудшения к 12 месяцам по сравнению с показателями до наблюдения. Шкала ролевого эмоционального функционирования имела тенденцию к повышению через 3 месяца, но после 6 и 12 месяцев ухудшилась. Показатель психологического здоровья спустя 3 месяца был несколько выше в сравнении с исходными данными, которые практически не изменились через 6 и 12 месяцев наблюдения.

Рассматривая изменения показателей КЖ женщин по данным опросника SF-36, необходимо уделить особое внимание результатам сравнения двух групп. При первом обращении было зарегистрировано значительное повышение физического функционирования, ролевого физического функционирования, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья во II группе по сравнению с I группой, но через 12 месяцев наблюдения уровень физического функционирования, ролевого физического функционирования и ролевого эмоционального функционирования в I группе оказался выше, чем во II группе ( $p < 0,05$ ). Показатели шкал жизнеспособности ( $p < 0,05$ ) и общего здоровья двух групп не отличались до наблюдения, приобрели различия лишь через 12 месяцев: снижение жизнеспособности и улучшение общего здоровья ( $p < 0,05$ ) во II группе, и так же улучшение социального функционирования в I группе.

По общему опроснику EQ-5D, состоящему из индекса здоровья и визуально-аналоговой шкалы, были получены следующие данные (табл. 2).

При анализе результатов индекса здоровья и визуально-аналоговой шкалы опросника EQ-5D при первом обращении и к 12 месяцам после ЭМА отмечалось статистически значимое улучшение КЖ женщин, уже через 1 месяц в I группе. Сразу после манипуляции (1–3 сутки) показало снижение показателей, что характерно для постэмболизационного синдрома.

По данным индекса здоровья общего опросника EQ-5D, при первичном обращении и к 12 месяцам наблюдения отметилась тенденция к ухудшению КЖ женщин во II группе. Показатель визуально-аналоговой шкалы во II группе изменялся с течением времени: до и после 6 месяцев наблюдения была выявлена тенденция к повышению КЖ, но через 12 месяцев – к ухудшению КЖ.

При проведении сравнительного анализа данных EQ-5D двух групп были выявлены определенные закономерности динамики показателей КЖ. При первом обращении показатели общего опросника EQ-5D во II группе были выше, чем в I группе

Таблица 2

Параметры КЖ в I и II группе по данным общего опросника EQ-5D

	Индекс здоровья (M ± σ)		Визуально-аналоговая шкала (M ± σ) баллы	
	I группа	II группа	I группа	II группа
До лечения	0,59 ± 0,28*	0,82 ± 0,13	57,1 ± 20,77*	77,2 ± 14,98*
Первые 1–3 суток	0,11 ± 0,47***		45,5 ± 25,92***	
Через 1 месяц	0,86 ± 0,19***		76,1 ± 15,88***	
Через 3 месяца	0,88 ± 0,15***	0,80 ± 0,16	79,6 ± 13,52***	74,7 ± 19,71
Через 6 месяцев	0,9 ± 0,17***	0,91 ± 0,11	80,9 ± 11,75***	84,3 ± 10,44
Через 12 месяцев	0,88 ± 0,1	0,71 ± 0,07	83,5 ± 12,79***	67,5 ± 10,61*

( $p < 0,05$ ). Существенные различия параметров КЖ были отмечены через 12 месяцев наблюдения, где данные индекса здоровья и визуально-аналоговой шкалы в I группе оказались больше, чем во II группе.

### Заключение

Исследование качества жизни – простой, надежный и эффективный инструмент оценки состояния больной до лечения, в ходе лечения и после лечения.

Сравнительный анализ качества жизни при двух методах лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста с использованием общего опросника SF-36 указывает на то, что эмболизация маточных артерий приводит к повышению уровня физического и психологического комфорта женщин, сопровождается улучшением состояния пациенток. Анализ данных общего опросника EQ-5D убедительно доказал наличие ранней положительной динамики качества жизни через 1 месяц в группе после эмболизации маточных артерий, которая прогрессировала до заключительной точки исследования. Причем качество жизни I группы было значительно выше по сравнению со II группой, что было отмечено также через 3 месяца, сохраняясь до 12 месяцев.

Снижение показателей качества жизни при гормональном лечении связано с большим количеством побочных эффектов. Таким образом, эмболизация маточных артерий оказывает положительное влияние на качество жизни пациенток.

Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки способствует снижению частоты потери репродуктивного органа, возможности реализации материнства и благоприятно влияет на качество жизни пациенток.

Показатели качества жизни обладают независимой прогностической ценностью и могут быть использованы при выборе стратегии лечения женщин с миомой матки. Разработка концепции исследования качества жизни в клинической медицине позволила вернуться на новом витке эволюции к важнейшему принципу клинической практики «лечить не болезнь, но больного».

### Литература

1. Возможности эндохирургических операций у больных с миомой матки / А.А. Попов, Н.А. Щукина, Т.Н. Мананникова и др. // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2004. – № 1. – С. 46–48.

2. Исследование качества жизни в кардиологии / Ю.Л. Шевченко, А.А. Новик, В.П. Тюрин и др. // *Вестник Межнационального центра исследования качества жизни*. – 2007. – № 9–10. – С. 4–14.

3. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.А. Лебедев и др. // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2008. – № 4. – С. 7–18.

4. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при миоме матки / В.Г. Бреусенко, И.А. Краснова, С.А. Капранов и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2006. – № 3. – С. 26–30.

5. Оценка качества жизни у больных с миомой матки после различных видов хирургического лечения / Д.В. Долецкая, М.А. Ботвин, Н.М. Побединский и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2006. – № 1. – С. 10–13.

6. Самойлова, Т.Е. Перспективы применения аналогов рилизинг-гормона гонадотропинов и антигестагенов в комбинированном лечении больных с лейомиомой матки / Т.Е. Самойлова // *Акушерство и гинекология*. – 2006. – Приложение. – С. 34–40.

7. Сидорова, И.С. Патология эндометрия при наличии миомы матки / И.С. Сидорова, Н.А. Шешукова, С.В. Закаблукова // *Гинекология*. – 2006. – № 4. – С. 57–60.

8. Современный взгляд на патогенез миомы матки / И.С. Сидорова, С.А. Леваков, О.В. Зайратьянц и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2006. – Приложение. – С. 30–33.

9. Современное органосохраняющее лечение миомы матки / А.Л. Тихомиров, Г.П. Гришин, Д.М. Лубнин и др. // *Consilium medicum*. – 2008. – № 6. – С. 19–23.

10. Эмболизация маточных артерий в лечении больных с подслизистой миомой матки / И.А. Краснова, В.Г. Бреусенко, С.А. Капранов и др. // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2005. – № 1. – С. 46–50.

11. Эмболизация маточных артерий у больных с миомой матки / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, С.А. Капранов и др. // *Акушерство и гинекология*. – 2004. – № 5. – С. 21–24.

Поступила в редакцию 29 ноября 2009 г.