

Эффективность адъювантной антигестагенной терапии после консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста

Я.А. Лебедева^{✉1}, И.И. Коваленко¹, О.Л. Молчанов¹, Д.В. Байбуз¹, Н.В. Куликова^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

²ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта», Калининград, Россия

✉yanina_simakova@mail.ru

Аннотация

Актуальность. В связи с высокой распространенностью миомы матки у женщин молодого возраста и возможным влиянием на репродуктивный потенциал приоритетными задачами специалистов здравоохранения являются разработка, внедрение и применение максимально щадящих методик лечения данной патологии. **Цель.** Оценка эффективности адъювантной антигестагенной терапии после консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения пациенток репродуктивного возраста с миомой матки. В 1-ю группу (n=38) вошли пациентки, прошедшие лечение в объеме лапароскопической (ЛС) консервативной миомэктомии без последующей противорецидивной медикаментозной терапии, средний возраст – 31,5 года (4,6). Во 2-ю группу (n=43) вошли пациентки после ЛС-консервативной миомэктомии, получавшие мифепристон в качестве противорецидивной терапии после хирургического вмешательства. Средний возраст составил 31,9 года (4,5).

Результаты. Терапия мифепристоном в качестве адъювантного лечения после ЛС-консервативной миомэктомии способна значимо снизить риск рецидива лейомиомы, выраженность клинических проявлений в виде болевого синдрома и обильных менструаций, ассоциированных с рецидивом, стабилизировать размеры матки, тем самым улучшить репродуктивное здоровье женщины.

Выводы. Применение адъювантной антигестагенной терапии после ЛС-консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста является весьма эффективным методом лечения миомы матки и может быть рассмотрено в качестве терапии выбора у таких пациенток.

Ключевые слова: консервативная миомэктомия, миома матки, мифепристон, репродуктивное здоровье, антигестагенная терапия.

Для цитирования: Лебедева Я.А., Коваленко И.И., Молчанов О.Л. и др. Эффективность адъювантной антигестагенной терапии после консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста. Гинекология. 2019; 21 (4): 19–23. DOI: 10.26442/20795696.2019.4.190564

Original Article

Evaluation of the effectiveness of adjuvant anti-progestogen therapy after conservative myomectomy in women of reproductive age

Yanina A. Lebedeva^{✉1}, Inna I. Kovalenko¹, Oleg L. Molchanov¹, Dmitrii V. Baibuz¹, Natalia V. Kulikova^{1,2}

¹Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;

²Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia

✉yanina_simakova@mail.ru

Abstract

Relevance. Due to the high prevalence of uterine fibroids in young women and the possible effect on reproductive potential, the development, implementation and application of the most benign treatment methods are a priority.

Aim. To evaluate the effectiveness of adjuvant anti-progestogen therapy after conservative myomectomy in women of reproductive age.

Materials and methods. A comparative analysis of the results of treatment of patients of reproductive age with uterine myoma has been carried out. Group 1 (n=38) included patients who underwent conservative myomectomy and/or hysteroresectomy without subsequent anti-relapse drug therapy. The average age is 31.5 years (4.6). Group 2 (n=43) included patients after conservative myomectomy who received mifepristone as anti-relapse therapy after surgery. The average age is 31.9 years (4.5).

Results. Mifepristone therapy, as an adjuvant treatment after conservative myomectomy, can significantly reduce the risk of recurrence, stabilize the size of the uterus, reduce the severity of clinical manifestations in the form of pain syndrome and heavy menstruation associated with relapse, thereby improving the reproductive health of women.

Conclusions. The use of adjuvant anti-progestogen therapy after conservative myomectomy in women of reproductive age is a very effective method for treating uterine fibroids and can be considered as a therapy of choice in such patients.

Key words: conservative myomectomy, uterine myoma, mifepreston, reproductive health, anti-progestogen therapy.

For citation: Lebedeva Ya.A., Kovalenko I.I., Molchanov O.L. et al. Evaluation of the effectiveness of adjuvant anti-progestogen therapy after conservative myomectomy in women of reproductive age. Gynecology. 2019; 21 (4): 19–23. DOI: 10.26442/20795696.2019.4.190564

Актуальность

Миома матки относится к наиболее распространенным доброкачественным опухолям половых органов женщины и является одной из основных причин нарушения репродуктивной функции. Около 30% пациенток с миомой, подвергающихся оперативному вмешательству, находятся в возрасте до 40 лет [1].

На долю хирургических методов лечения приходится до 70% всех случаев, однако, несмотря на непрерывное совершенствование хирургических техник, органосохраняющие операции составляют лишь 8–18% [2]. Следовательно, разработка, внедрение и применение максимально щадящих методик лечения миомы на сегодняшний день являются приоритетной задачей [3].

На современном этапе появляются работы, свидетельствующие о том, что сочетание органосохраняющих операций и гормональной терапии способствует эффективному лечению миомы и бесплодия у женщин репродуктивного возраста [4]. Научные изыскания в данном направлении представляются весьма актуальными.

Цель работы – оценка эффективности адъювантной антигестагенной терапии после консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста

Материалы и методы

Работа выполнена в амбулаторно-диагностическом отделении эндокринной гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО «Санкт-

Таблица 1. Показатели репродуктивного анамнеза пациенток с миомой матки Table 1. Indicators of reproductive history of patients with uterine myoma			
Параметр	1-я группа	2-я группа	p
	n=38	n=43	
	Среднее (СО)/количество (%)		
Возраст менархе	12,6 (1,0)	12,1 (1,1)	0,02
Возраст начала половой жизни	18,8 (2,8)	19,2 (1,9)	>0,05
Длительность менструации	5,1 (1,1)	5,2 (1,1)	>0,05
Длительность менструального цикла	26,9 (2,7)	27,4 (3,5)	>0,05
Беременность	10 (26,3)	23 (53,5)	>0,05
Роды	7 (18,4)	12 (27,9)	>0,05
Преждевременные роды	3 (7,9)	0 (0,0)	>0,05
Роды крупным плодом	2 (5,3)	3 (7,0)	>0,05
Искусственные аборты	2 (5,3)	8 (18,6)	>0,05
Выкидыши	5 (13,2)	7 (16,3)	>0,05
Неразвивающиеся беременности	1 (2,6)	3 (7,0)	>0,05
Внематочные беременности	1 (2,6)	1 (2,3)	>0,05
Гинекологические операции	10 (26,3)	12 (27,9)	>0,05
Кесарево сечение	3 (7,9)	1 (2,3)	>0,05

Петербургский государственный университет» с августа 2016 г. по июль 2018 г.

В исследовании приняла участие 81 пациентка репродуктивного возраста с миомой матки.

Критерии включения: возраст 20–39 лет; одиночные или множественные миоматозные узлы различной локализации размером до 6 см; планирование беременности; отсутствие противопоказаний к назначению мифепристона; согласие больных на включение в группу исследования.

Критерии исключения: острые воспалительные заболевания органов малого таза; ановуляторный менструальный цикл; эндометриоз; сочетанная патология матки; наличие заболеваний, являющихся противопоказанием для вынашивания беременности; наличие аллергической реакции на мифепристон; проводимое ранее лечение миомы матки за последние 6 мес.

Все пациентки были разделены на 2 группы:

- 1-я группа (n=38) – пациентки, прошедшие лапароскопическую (ЛС) консервативную миомэктомию без последующей противорецидивной медикаментозной терапии. Средний возраст – 31,5 года (4,6).
- 2-я группа (n=43) – пациентки после ЛС-консервативной миомэктомии, получавшие мифепристон в дозе 50 мг ежедневно со 2-го дня первого менструального цикла после оперативного вмешательства в течение 3 мес в качестве противорецидивной терапии. Средний возраст – 31,9 года (4,5).

Показание для проведения оперативного вмешательства: быстрый рост миоматозных узлов, длительные аномальные маточные кровотечения, не поддающиеся коррекции,

болевым синдром, размер узла более 4 см, нарушение функции соседних органов.

Критерии эффективности лечения: уменьшение интенсивности болевого синдрома, снижение выраженности менструальной кровопотери, уменьшение размеров и объема матки, сокращение частоты рецидива миомы матки.

Интенсивность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). Менструальное кровотечение определяли с помощью графической шкалы оценки менструальной кровопотери (Pictorial bloodloss assessment chart – PBAC).

Эхографическое исследование органов малого таза проводилось в определенные дни цикла: число антральных фолликулов определяли на 2–3-й день менструального цикла. Размеры матки, узлов – на 5–7-й день менструального цикла.

Оперативные вмешательства (ЛС) проводились на операционном оборудовании фирмы «Karl Storz» (Германия).

Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics v. 20.0. Для измеряемых показателей рассчитывалось среднее значение, стандартная ошибка среднего (СО), медиана, 95% доверительный интервал – ДИ и 25 и 75% квартили. За уровень статистической значимости принято $p < 0,05$.

Результаты

При оценке репродуктивного анамнеза отмечено, что в 1-й группе возраст наступления менархе был на 6 мес раньше ($p=0,02$), однако на развитие патологии и последующую картину после проведенного лечения данный фактор влияния не оказывал. По остальным факторам, таким как возраст начала половой жизни, длительность менструации и менструального цикла, история предыдущих беременностей и родов, 2 группы пациенток достоверно не различались (табл. 1).

Встречаемость экстрагенитальной патологии в 2 группах была сопоставимой. Анализ гинекологических заболеваний показал, что в 1-й группе более чем на 20% было выше число женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. Распространенность других видов генитальной патологии в 2 группах была сопоставимой (табл. 2).

У пациенток наблюдаемых групп проводилась сравнительная оценка характеристик менструального цикла, болевого синдрома и выраженности менструального кровотечения (табл. 3).

До проведения лечения частота встречаемости тех или иных жалоб в 2 группах была сопоставимой. После лечения в группе пациенток, получавших мифепристон, число женщин, не предъявлявших жалоб, было почти на 30% выше ($p=0,011$).

При сравнении динамики жалоб внутри групп (до и после лечения), в 1-й группе достоверные различия отмечены лишь по встречаемости дизурии – после проведенного лечения ее частота снизилась на 10,5% ($p=0,040$).

Во 2-й группе после проведения терапии почти в 9 раз снизилось число жалоб на обильные и болезненные мен-

Таблица 2. Генитальная патология у пациенток с миомой матки в анамнезе Table 2. Genital pathology in patients with a history of uterine myoma					
Вид патологии	1-я группа		2-я группа		p
	n=38		n=43		
	количество	доля, %	количество	доля, %	
Эктопия шейки матки	9	23,7	9	20,9	>0,05
Дисплазия шейки матки	1	2,6	2	4,7	>0,05
Воспалительные заболевания органов малого таза	3	7,9	6	14,0	>0,05
Воспалительные заболевания нижних отделов полового тракта	14	36,8	18	41,9	>0,05
Доброкачественные образования яичников	4	10,5	3	7,0	>0,05
Гиперпластические процессы эндометрия	9	23,7	0	0,0	0,001
Инфекции, передаваемые половым путем	10	26,3	8	18,6	>0,05

Таблица 3. Оценка жалоб у пациенток с миомой матки
Table 3. Assessment of complaints in patients with uterine myoma

Период	Жалобы	1-я группа		2-я группа		p-значение между группами P _{гр1-гр2}
		n=38		n=43		
		количество	%	количество	%	
До лечения	Обильные безболезненные менструации	5	13,2	1	2,3	>0,05
	Обильные и болезненные менструации	14	36,8	22	51,2	>0,05
	Нециклические тазовые боли	11	29,0	10	23,3	>0,05
	Диспареуния	2	5,3	2	4,7	>0,05
	Дисхезия	2	5,3	3	7,0	>0,05
	Дизурия	4	10,5	5	11,6	>0,05
Через 1 год	Обильные безболезненные менструации	2	5,3	1	2,3	>0,05
	Обильные и болезненные менструации	8	21,1	3	7,0	>0,05
	Нециклические тазовые боли	7	18,4	4	9,3	>0,05
	Диспареуния	0	0,0	0	0,0	–
	Дисхезия	0	0,0	0	0,0	–
	Дизурия	0	0,0	0	0,0	–
	Нет	21	55,3	35	81,4	0,01

Таблица 4. Динамика характеристик менструального цикла у пациенток сравниваемых групп
Table 4. Dynamics of a menstrual cycle characteristics in patients of the compared groups

Период	1-я группа	2-я группа	p-значение, P _{гр1-гр2}
	n=38	n=43	
<i>Длительность менструации</i>			
До лечения, дни	5,2 (1,1)	5,2 (1,1)	>0,05
Через 3 мес после, дни	4,3 (0,7)	4,7 (1,0)	>0,05
Через 1 год после, дни	5,6 (0,8)	4,5 (0,6)	<0,001
p-значение внутри группы, P _{до-3мес}	<0,001	<0,01	–
p-значение внутри группы, P _{до-1год}	<0,01	<0,01	–
p-значение внутри группы, P _{мес-1год}	<0,001	<0,01	–
<i>Продолжительность менструального цикла</i>			
До лечения, дни	26,9 (2,7)	27,4 (3,5)	>0,05
Через 3 мес после, дни	28,6 (3,7)	27,3 (2,7)	>0,05
Через 1 год после, дни	26,5 (2,4)	27,4 (2,7)	>0,05
p-значение внутри группы, P _{до-3мес}	<0,01	>0,05	–
p-значение внутри группы, P _{до-1год}	<0,01	>0,05	–
p-значение внутри группы, P _{мес-1год}	<0,01	>0,05	–

струации ($p<0,001$) и на 11,6% уменьшилась встречаемость дизурии ($p=0,021$).

Через 3 мес после проведенного лечения в 2 группах наблюдалось сокращение длительности менструального кровотечения: 1-я группа – 4,3 (0,7) дня, 2-я – 4,7 (1) дня ($p>0,05$). Через 1 год после проведения лечения в 1-й группе отмечалось незначительное увеличение данного показателя – 5,6 (0,8) дня, во 2-й группе длительность менструации оставалась ниже исходных данных – 4,5 (0,6) дня ($p<0,001$).

Оценка продолжительности менструального цикла показала, что через 3 мес после лечения в 1-й группе наблюдалось его удлинение с 26,9 до 28,6 дня. Через 1 год наблюдения значения приблизились к исходному показателю. Во 2-й группе изменений не отмечено ни через 3 мес, ни через 1 год наблюдения. Более подробно данные о динамике характеристик менструального цикла у пациенток до и после лечения представлены в табл. 4.

Анализ выраженности боли по ВАШ показал, что до старта терапии в 2 группах баллы были сопоставимы. После проведения лечения в 1 и 2-й группе наблюдалось достоверное снижение интенсивности боли ($p<0,001$) че-

Таблица 5. Динамика выраженности боли по ВАШ у пациенток сопоставляемых групп после лечения в ближайший и отдаленный периоды наблюдения
Table 5. Dynamics of a pain severity according to VAS in patients of the compared groups after treatment in the short-term and long-term follow-up periods

Показатель	1-я группа	2-я группа	p-значение между группами
	n=38	n=43	
До лечения, баллы	4,8 (2,1)	5,0 (3,2)	>0,05
Через 3 мес после лечения, баллы	2,6 (1,4)	3,2 (1,5)	>0,05
Через 1 год после лечения, баллы	2,9 (1,8)	3,2 (1,5)	>0,05
p-значение внутри группы, P _{до-3мес}	<0,001	<0,001	–
p-значение внутри группы, P _{до-1год}	<0,001	<0,001	–
p-значение внутри группы, P _{мес-1год}	<0,01	>0,05	–

рез 3 мес после лечения. Через 1 год после лечения в 1-й группе отмечено повышение показателя в баллах с 2,6 до 2,9 ($p<0,01$), во 2-й группе ухудшения не было, показатели остались одинаковыми – 3,2 ($p<0,001$). Динамика выраженности боли по ВАШ у пациенток сопоставляемых групп представлена в табл. 5.

При сравнении выраженности менструальной кровопотери достоверных различий между группами не выявлено ни до начала терапии, ни после (табл. 6). Оценка внутригрупповых показателей выявила, что РВАС через 3 мес после лечения в 2 группах уменьшился почти в 2 раза. Положительная динамика сохранялась и через 1 год после начала лечения.

До проведения лечения концентрации гемоглобина и ферритина в 2 группах статистически не различались. После терапии отмечено, что оба показателя в 2 группах стали выше исходных значений. Через 3 мес после лечения значимых различий в концентрации гемоглобина не наблюдалось, значение составило 114,8 г/л в 2 группах, уровень ферритина был выше во 2-й группе и продолжил повышаться к 1 году наблюдения. Через 1 год после лечения снижения концентрации гемоглобина не отмечено, при этом в группе пациентов, принимавших мифепристон, его содержание было достоверно выше почти на 5 г/л ($p<0,05$).

Содержание ферритина через 3 мес после терапии в 2 группах также было выше исходного уровня, при этом статистических различий между группами не выявлено. Через 12 мес от начала терапии в 1-й группе содержание ферритина осталось на том же уровне, что и на 3-м месяце наблюдения, а во 2-й – несколько увеличилось, однако выявленные различия не достигли уровня статистической значимости (табл. 7).

Таблица 6. Оценка динамики выраженности менструальной кровопотери у пациенток сопоставляемых групп после лечения в ближайший и отдаленный периоды
Table 6. Assessment of dynamics of menstrual bleeding severity in patients of the compared groups after treatment in the short-term and long-term periods

Показатель	1-я группа	2-я группа	p-значение между группами
	n=38	n=43	
До лечения, баллы	77,9 (23,3)	79,9 (24,5)	>0,05
Через 3 мес после лечения, баллы	42,1 (13,3)	40,5 (13,5)	>0,05
Через 1 год после лечения, баллы	48,3 (19,0)	41,5 (11,8)	>0,05
p-значение внутри группы $P_{до-3мес}$	<0,001	<0,001	–
p-значение внутри группы $P_{до-1год}$	<0,001	<0,001	–
p-значение внутри группы $P_{3мес-1год}$	<0,01	>0,05	–

Таблица 7. Показатели гемоглобина и ферритина у пациенток сопоставляемых групп до и после лечения
Table 7. Indicators of hemoglobin and ferritin in patients of the compared groups before and after treatment

Показатель	1-я группа	2-я группа	p-значение между группами
	n=38	n=43	
Гемоглобин			
До лечения, г/л	108,2 (10,6)	107,0 (9,6)	>0,05
Через 3 мес после лечения, г/л	114,8 (6,2)	114,8 (5,8)	>0,05
Через 1 год после лечения, г/л	115,4 (8,4)	119,7 (6,3)	<0,05
p-значение внутри группы $P_{до-3мес}$	<0,001	<0,001	–
p-значение внутри группы $P_{до-1год}$	<0,001	<0,001	–
p-значение внутри группы $P_{3мес-1год}$	>0,05	<0,001	–
Ферритин			
До лечения, мкг/л	25,1 (16,2)	22,7 (17,4)	>0,05
Через 3 мес после лечения, мкг/л	29,6 (13,6)	34,8 (14,7)	>0,05
Через 1 год после лечения, мкг/л	29,6 (14,2)	35,1 (14,7)	>0,05
p-значение внутри группы $P_{до-3мес}$	<0,001	<0,001	–
p-значение внутри группы $P_{до-1год}$	<0,001	<0,001	–
p-значение внутри группы $P_{3мес-1год}$	>0,05	<0,001	–

Данные по динамике размеров матки у женщин 2 групп представлены в табл. 8. Согласно им до начала лечения длина матки достоверно в 2 группах не различалась. Через 3 мес после терапии наблюдалось уменьшение размеров в 2 группах, однако во 2-й группе изменения оказались более значимыми – на 16,3%, в 1-й – 12,7% соответственно ($p < 0,01$).

Ширина матки до лечения в 2 группах статистически не различалась. Через 3 мес после проведения терапии она также не имела достоверных различий, уменьшение размера составило 10,3 и 15,5% в 1 и 2-й группе соответственно. Однако через 1 год между группами появились статистические различия ($p_{1-2} < 0,001$): во 2-й группе значение показателя было сопоставимым с показателем в 3 мес, в то время как в 1-й – за 12 мес произошло увеличение размера почти на 5 мм. По сравнению с исходными показателями уменьшение размера к 1 году наблюдения составило 6,2 и 15% соответственно ($p < 0,001$).

Переднезадний размер матки до лечения в 2 группах не имел статистических различий. Через 3 мес после проведения терапии в 1-й группе произошло уменьшение показателя

Таблица 8. Динамика линейных размеров и объема матки после лечения в ближайший и отдаленный периоды наблюдения
Table 8. Dynamics of linear dimensions and volume of the uterus after treatment in the short-term and long-term follow-up periods

Показатель	1-я группа	2-я группа	p-значение между группами
	n=38	n=43	
Длина матки			
До лечения, мм	64 (9,7)	61,9 (8,0)	>0,05
Через 3 мес после лечения, мм	55,5 (6,5)	51,4 (5,5)	<0,01
Через 1 год после лечения	60,4 (5,8)	52,3 (5,6)	<0,001
p-значение внутри группы	$P_{до-3мес} < 0,001$; $P_{до-1год} < 0,01$; $P_{3мес-1год} < 0,001$	$P_{до-3мес} < 0,001$; $P_{до-1год} < 0,001$; $P_{3мес-1год} < 0,01$	
Ширина матки			
До лечения, мм	47,8 (6,6)	47,9 (5,3)	>0,05
Через 3 мес после лечения, мм	42,7 (6,1)	40,3 (5,1)	>0,05
Через 1 год после лечения	44,7 (6,3)	40,5 (4,6)	<0,001
p-значение внутри группы	$P_{до-3мес} < 0,001$; $P_{до-1год} < 0,001$; $P_{3мес-1год} < 0,01$	$P_{до-3мес} < 0,001$; $P_{до-1год} < 0,001$; $P_{3мес-1год} > 0,5$	
Переднезадний размер			
До лечения, мм	66,1 (10,2)	65,3 (7,5)	>0,05
Через 3 мес после лечения, мм	57,9 (6,3)	54,5 (5,4)	<0,01
Через 1 год после лечения	61,9 (5,5)	54,4 (4,1)	<0,001
p-значение внутри группы	$P_{до-3мес} < 0,001$; $P_{до-1год} < 0,01$; $P_{3мес-1год} < 0,001$	$P_{до-3мес} < 0,001$; $P_{до-1год} < 0,001$; $P_{3мес-1год} > 0,5$	
Объем матки			
До лечения, см ³	97,2 (44,8)	90,4 (25,2)	>0,05
Через 3 мес после лечения, см ³	64,7 (22,2)	52,5 (14,1)	<0,05
Через 1 год после лечения, см ³	78,2 (23,8)	53,7 (13,7)	<0,001
p-значение внутри группы	$P_{до-3мес} < 0,001$; $P_{до-1год} < 0,001$; $P_{3мес-1год} < 0,001$	$P_{до-3мес} < 0,001$; $P_{до-1год} < 0,001$; $P_{3мес-1год} > 0,5$	

на 12,4%, а во 2-й – на 16,5%, в результате чего различия между группами стали достоверными ($P_{1-2, 3мес} < 0,01$). Через 1 год в 1-й группе переднезадний размер матки увеличился по сравнению с показателем в 3 мес, во 2-й – за прошедшее время показатель практически не изменился ($P_{1-2, 1год} < 0,001$).

Исходный объем матки в 2 группах достоверно не отличался. После проведения терапии в 2-й группе показатель стал достоверно ниже, уменьшившись на 39,8% через 3 мес и 38,1% через 1 год по сравнению с исходными значениями до лечения ($P_{1-2, 3-3мес} < 0,05$, $P_{1-2, 3-1год} < 0,001$). В 1-й группе объем матки через 1 год увеличился на 25,2% ($p < 0,001$) по сравнению с показателем в 3 мес, во 2-й группе различия в динамике были незначимыми – увеличение объема матки составило всего 3,2% ($p > 0,5$). Более подробно динамика размеров матки представлена в табл. 8.

Оценка частоты рецидива миомы после лечения в ближайший и отдаленный периоды наблюдения показала, что через 3 мес различий в частоте рецидива миоматозных узлов не наблюдалось ($p > 0,05$). Через 1 год во 2-й группе частота рецидива была достоверно ниже, чем в 1-й ($p < 0,001$); табл. 9.

Таблица 9. Оценка частоты рецидива миомы после лечения в ближайший и отдаленный периоды наблюдения
Table 9. Assessment of a rate of myoma recurrence after treatment in the short-term and long-term follow-up periods

Показатель	1-я группа	Рецидивы, %	2-я группа	Рецидивы, %	p между группами
	n=38		n=43		
Количество рецидивов через 3 мес	1	2,6	2	4,7	>0,05
Количество рецидивов через 1 год	29	78,4	11	26,8	<0,001

Обсуждение

Согласно данным, представленным в клинических рекомендациях «Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация», при тщательном обследовании данную патологию можно выявить у 77% женщин в популяции. При этом за последние 40 лет распространенность миомы у женщин в возрасте до 30 лет выросла с 2 до 12,5% [5]. Именно поэтому целью работы стал поиск эффективного подхода к терапии миомы матки. В исследовании рассмотрены особенности комбинированного подхода к лечению миомы матки с применением мифепристона после оперативного лечения.

По итогам исследования отмечена высокая клиническая эффективность адъювантной терапии, проявившаяся в достоверном увеличении числа пациенток с отсутствием жалоб. Кроме того, важнейшим преимуществом адъювантной антигестагенной терапии после ЛС-консервативной миомэктомии стало снижение числа рецидивов, что имеет первостепенное значение у женщин репродуктивного возраста, не реализовавших свою репродуктивную функцию.

Известно, что частота рецидива миомы матки в молодом возрасте высокая, что обусловлено высокой гормональной активностью данного контингента женщин [6]. Классическим остается хирургический подход в лечении миомы, но в молодом возрасте в связи с высоким риском рецидива данная тактика не является оптимальной, так как в итоге каждая 3-я пациентка подвергается повторным оперативным вмешательствам по поводу миомы матки, зачастую органосохраняющим, лишаясь возможности реализовать репродуктивный потенциал [7].

Согласно полученным данным терапия мифепристоном в качестве адъювантного лечения после ЛС-консервативной миомэктомии, способна значимо снизить риск рецидива, стабилизировать размеры матки, снизить выраженность клинических проявлений в виде болевого синдрома и обильных менструаций, ассоциированных с рецидивом, тем самым улучшить репродуктивное здоровье женщины. Более того, адъювантную терапию мифепристоном можно рассматривать как возможность отсрочить или избежать повторного оперативного вмешательства и связанных с ним осложнений.

Заключение

Таким образом, применение адъювантной антигестагенной терапии после ЛС-консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста является весьма эффек-

тивным методом терапии миомы матки и может быть рассмотрено в качестве терапии выбора у таких пациенток.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Плеханов А.Н., Татарова Н.А., Рябинин Г.Б., Шишкина Ю.А. Восстановление репродуктивной функции у женщин после консервативной миомэктомии. Эффективная фармакотерапия. 2013; 18: 42–6. [Plekhanov A.N., Tatarova N.A., Riabinin G.B., Shishkina Yu.A. Vosstanovlenie reproduktivnoi funktsii u zhenshchin posle konservativnoi miomektomii. *Effektivnaia farmakoterapiia*. 2013; 18: 42–6 (in Russian).]
2. Maruo T et al. Lessons learned from the preclinical drug discovery of asoprisnil and ulipristal for non-surgical treatment of uterine leiomyomas. *Expert Opin. Drug Discov* 2011; 6 (9): 897–911.
3. Андреева Е.Н., Рябинкина Т.С., Рыжова Т.Е. Минздрав настоятельно рекомендует. Обзор нового клинического протокола диагностики и лечения миомы матки. *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. 2016; 2 (31): 41–50. [Andreeva E.N., Riabinkina T.S., Ryzhova T.E. *Minzdrav nastoiatel'no rekomenduet. Obzor novogo klinicheskogo protokola diagnostiki i lecheniia miomy матки*. *StatusPraesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyi brak*. 2016; 2 (31): 41–50 (in Russian).]
4. Радь Я.Н., Дуглас Н.И. Современный подход к лечению миомы матки у женщин раннего репродуктивного возраста в РС(Я). Национальная ассоциация ученых. 2016; 1 (17): 115–7. [Rad' Ia.N., Douglas N.I. *Sovremennyy podkhod k lecheniiu miomy матки u zhenshchin rannego reproduktivnogo vozrasta v RS(Ia)*. *Natsional'naiia assotsiatsiia uchenykh*. 2016; 1 (17): 115–7 (in Russian).]
5. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения). М.: Минздрав России, 2015. [Uterine fibroids: diagnosis, treatment and rehabilitation. *Clinical recommendations (treatment Protocol)*. Moscow: Ministry of Health of Russia, 2015 (in Russian).]
6. Тоноян Н.М. и др. Рецидивы миомы матки. современный взгляд на проблемы диагностики, лечения и прогнозирования. *Акушерство и гинекология*. 2019; 3: 32–8. [Tonoian N.M. et al. *Retsidivy miomy матки. sovremennyy vzgliad na problemy diagnostiki, lecheniia i prognozirovaniia*. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2019; 3: 32–8 (in Russian).]
7. Radosa MP, Owsianowski Z, Mother A, Runnebaum IB. Long-term risk of fibroid recurrence after laparoscopic myomectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014, 180 (1): 1–2.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Лебедева Янина Александровна – зав. отд-нием, врач акушер-гинеколог амбулаторно-диагностического отд-ния эндокринной гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail yanina_simakova@mail.ru

Коваленко Инна Ильинична – канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог амбулаторно-диагностического отд-ния эндокринной гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail innakov2010@yandex.ru

Молчанов Олег Леонидович – д-р мед. наук, проф., рук. отд-ния планирования семьи и репродукции человека Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail moleg700@mail.ru

Байбуз Дмитрий Васильевич – зам. дир. по медицинской части (гинекология) Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail baybooz@mail.ru

Куликова Наталья Владимировна – аспирант лаб. иммунологии и клеточных биотехнологий ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта», врач акушер-гинеколог амбулаторно-диагностического отд-ния эндокринной гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail dockulikova@rambler.ru

Yanina A. Lebedeva – Head of the Division, Saint Petersburg State University. E-mail yanina_simakova@mail.ru

Inna I. Kovalenko – Cand. Sci. (Med.), Saint Petersburg State University. E-mail innakov2010@yandex.ru

Oleg L. Molchanov – D. Sci. (Med.), Prof., Saint Petersburg State University. E-mail moleg700@mail.ru

Dmitrii V. Baibuz – Deputy Director, Saint Petersburg State University. E-mail baybooz@mail.ru

Natalia V. Kulikova – Assistant, Immanuel Kant Baltic Federal University, Saint Petersburg State University. E-mail dockulikova@rambler.ru

Статья поступила в редакцию / The article received:

Статья принята к печати / The article approved for publication: