

30. Nelly Robillard, Hervé Avet-Loiseau, Richard Garand, Philippe Moreau, Danielle Pineau, Marie-Josée Rapp, Jean-Luc Harousseau and Régis Bataille. CD20 is associated with a small mature plasma cell morphology and t(11;14) in multiple myeloma. *Blood* 2003 102:1070-1071.
31. Heerema-McKenney A et al. Clinical, immunophenotypic, and genetic characterization of small lymphocyte-like plasma cell myeloma: a potential mimic of mature B-cell lymphoma. *Am J Clin Pathol* 2010; 133(2): 265–270.
32. Karthick R.M. Raja, Lucie Kovarova and Roman Hajek. Review of phenotypic markers used in flow cytometric analysis of MGUS and MM, and applicability of flow cytometry in other plasma cell disorders. *British Journal of Haematology*, 2010, 149, 334-351.
33. Megan E. Murray, Catherine M. Gavile, Jayakumar R. Nair, Chandana Koorella, Louise M. Carlson, Daniela Buac, Adam Utley, Marta Chesi, P. Leif Bergsagel, Lawrence H. Boise and Kelvin P. Lee. CD28-Mediated Pro-Survival Signaling in Multiple Myeloma, *Blood* 2014 123:3770-3779.
34. Lukas Janker, Rupert Laurenz Mayer, Andrea Bileck, Dominique Kreutz, Johanna C. Mader, Kirsten Utpatel, Daniel Heudobler, Hermine Agis, Christopher Gerner and Astrid Slany Metabolic, anti-apoptotic and immune evasion strategies of primary human myeloma cells indicate adaptations to hypoxia.
35. Paiva B, Paino T, Sayagues JM, Garayoa M, San-Segundo L, Martín M, Mota I, Sanchez ML, Bárcena P, Aires-Mejia I, Corchete L, Jimenez C, Garcia-Sanz R, Gutierrez NC, Ocio EM, Mateos MV, Vidriales MB, Orfao A, San Miguel JF. Detailed characterization of multiple myeloma circulating tumor cells shows unique phenotypic, cytogenetic, functional, and circadian distribution profile.

УДК 618.14-006.36
© Коллектив авторов, 2019

Я.А. Лебедева¹, О.Л. Молчанов^{1,2}, Д.В. Байбуз¹, Л.А. Галиуллина²
**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИГЕСТАГЕНОВ**

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, г. Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования – оценить качество жизни пациенток с миомой матки после различных вариантов проведенного лечения.

На сегодняшний день актуально консервативное лечение миомы матки с помощью препарата мифепристон. Проанализированы показатели качества жизни женщин трёх групп до и после лечения. 1-я группа (n=38) – оперативное лечение в объеме лапароскопической консервативной миомэктомии без последующей противорецидивной медикаментозной терапии; 2-я группа (n=43) – оперативное лечение в объеме лапароскопической консервативной миомэктомии с последующей противорецидивной медикаментозной терапией мифепристоном в дозе 50 мг ежедневно со 2-го дня менструального цикла в течение 3-х месяцев. 3-я группа (n=36) – медикаментозная монотерапия мифепристоном в дозе 50 мг ежедневно со 2-го дня менструального цикла в течение 3-х месяцев. В результате отмечено, что после проведения лечения показатели физического и ролевого функционирования, обусловленного как физическим, так и эмоциональным состоянием, были выше во 2- и 3-й группах. Таким образом, препарат мифепристон положительно влияет на качество жизни пациенток с миомой матки как в виде комбинированного лечения, так и в виде монотерапии.

Ключевые слова: гистерэктомия, лейомиома, миома матки, мифепристон, фиброма.

Ya.A. Lebedeva, O.L. Molchanov, D.V. Baibuz, L.A. Galiullina
**ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE
AFTER TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS WITH ANTIGESTAGENS**

The objective is to assess the quality of life of patients with uterine myoma after various treatment options.

Today, conservative treatment of uterine myoma with the help of mifepristone is gaining popularity. The indicators of the quality of life of women in the three groups before and after treatment are analyzed. Group 1 (n = 38) – laparoscopic conservative myomectomy without subsequent anti-relapse drug therapy; Group 2 (n = 43) – laparoscopic conservative myomectomy followed by anti-relapse drug therapy – mifepristone at a dose of 50 mg daily from the 2nd day of the menstrual cycle for 3 months; Group 3 (n = 36) – drug monotherapy – mifepristone in a dose of 50 mg daily from 2nd day of the menstrual cycle for 3 months. As a result, it was noted that after treatment, indicators of physical and role functioning, due to both physical and emotional state, were higher in groups 2 and 3. Thus, mifepristone positively affects the quality of life of patients with myoma, as in the case of combined treatment, and in the form of monotherapy.

Key words: hysterectomy, leiomyoma, myoma, mifepristone, fibroma.

На сегодняшний день миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Несмотря на то, что течение миомы часто бывает бессимптомным, она может оказывать существенное влияние на качество жизни пациенток [1].

Согласно литературным данным, распространённость миомы составляет от 5,4 до 77% в зависимости от исследуемой группы и применяемых методов диагностики [2]. Ис-

следования, проведенные с использованием ультразвука, подтвердили, что распространенность миомы в Европе ниже, чем в Соединенных Штатах, что, вероятно, связано с расовыми различиями [3].

Традиционно гистерэктомия была основным методом лечения миомы, что делает эту операцию третьим в мире по частоте хирургическим вмешательством [2,4]. Однако удаление матки неприемлемо для женщин с нереализованными репродуктивными планами.

Некоторые пациентки могут отказываться от операции по психологическим причинам [5]. Кроме того, любое хирургическое вмешательство сопряжено с риском развития осложнений, таких как: кровотечение, возможная потребность в переливании крови, ассоциированная ВИЧ-инфекция и / или HCV-инфекция, повреждения мочевого пузыря, кишечника или мочеточников, последующее образование спаек, осложнения анестезии, а также хирургия требует значительной инфраструктуры, включая анестезию, и остается дорогостоящей [6].

В связи с этим на протяжении многих лет происходит поиск консервативных методов терапии, позволяющих избежать хирургического вмешательства, что способствует появлению доступных вариантов лечения [7].

На современном этапе большое количество исследований посвящено изучению эффективности антигестагенов в лечении миомы матки, в частности мифепристона, который является селективным модулятором рецепторов прогестерона, его конкурентным ингибитором [8-11]. Действие антипрогестинов основано на конкуренции с природным прогестероном за связывание с прогестероновыми рецепторами (PR) и реализуется за счет альтернативных механизмов передачи сигналов после рецептора [12].

С.А. Леваков и Н.А. Шешукова (2017) провели исследование, посвященное оценке качества жизни у пациенток с миомой матки, принимавших мифепристон с лечебной целью. Однако в их работе рассмотрены только женщины, получавшие консервативное лечение. Учитывая распространённость хирургических методик, большой интерес представляет сравнительный анализ качества жизни женщин, принимавших различные варианты лечения миомы [13].

Цель нашего исследования – оценка качества жизни пациенток с миомой матки после различных вариантов проведенного лечения.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе амбулаторно-диагностического отделения эндокринной гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета с 2015 по 2018 гг.

В исследовании приняли участие 117 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки.

Критерии включения: возраст 20-39 лет, наличие одиночных или множественных миоматозных узлов различной локализации размерами не более 6 см, общие размеры матки

не более 12 недель беременности, нереализованные репродуктивные планы, неотягощенный соматический анамнез, отсутствие противопоказаний к назначению мифепристона, огласие больных на участие в исследовании.

Критерии исключения: субмукозная и субсерозная локализации миоматозных узлов (тип 0, тип 1, тип 7, тип 8 по классификации FIGO), мужской фактор бесплодия, нейроэндокринные, иммунологические, тромбофилические причины бесплодия, аномалии гениталий, острые воспалительные заболевания органов малого таза, ановуляторный менструальный цикл, эндометриоз, сочетанная патология матки, наличие заболеваний, являющихся противопоказанием для вынашивания беременности, аллергическая реакция на мифепристон (2- и 3-я группы); проводимое ранее за последние 6 месяцев лечение миомы матки.

Пациентки были разделены на 3 группы.

1-я группа (n=38) – оперативное лечение в объеме лапароскопической консервативной миомэктомии без последующей противорецидивной медикаментозной терапии.

2-я группа (n=43) – оперативное лечение в объеме лапароскопической консервативной миомэктомии с последующей противорецидивной медикаментозной терапией мифепристоном в дозе 50 мг ежедневно со 2-го дня менструального цикла в течение 3-х месяцев.

3-я группа (n=36) – медикаментозная монотерапия мифепристоном в дозе 50 мг ежедневно со 2-го дня менструального цикла в течение 3-х месяцев.

Для оценки качества жизни пациенток применялся опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey (русскоязычная версия) созданный и рекомендованный МЦИКЖ, компания Эвиденс – Клинико-фармакологические исследования, г. Санкт-Петербург) [1,2]. В опроснике SF-36 сформировано 36 пунктов, которые сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой из восьми шкал варьируют от 0 до 100, где показатель 100 характеризует состояние полного здоровья. Все шкалы представляют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты опросника представлены в виде оценок в баллах по всем восьми шкалам, самая высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Количественно оцениваются следующие показатели: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим

состоянием (Role-Physical Functioning – RP), интенсивность боли (Bodily pain – BP), общее состояние здоровья (General Health – GH), жизненная активность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE), психическое здоровье (Mental Health – MH) [14,15].

В опроснике всего 8 шкал, объединенных в два основных показателя – физическое и психическое здоровье. Физическое функционирование представлено следующими компонентами: физическим и ролевым компонентами, шкалой боли и шкалой общего здоровья. Психическое функционирование представлено социальным и эмоциональным компонентами, шкалой жизнедеятельности и психического здоровья. Сумма вычисленных показателей от 0 до 100 баллов. Низкие показатели шкал каждого из компонентов отражают

низкое качество жизни, высокие показатели свидетельствуют о высоком качестве жизни.

Различия показателей качества жизни между группами определялись при помощи критерия Стьюдента или рангового критерия Манна–Уитни. Для сравнения показателей качества до и после лечения использовали парный параметрический критерий Стьюдента и парный ранговый критерий Вилкоксона. Параметрическая статистика применялась в тех случаях, когда изучаемые выборки были нормально распределены. Проверка согласованности проводилась с помощью критерия Шапиро–Уилка. Достоверными считались результаты при $p < 0,05$. Для обработки данных использовалась программа IBM SPSS Statistics 20.0.

Результаты и обсуждение

Нами отмечено, что до начала терапии по большинству показателей качества жизни пациентки трёх групп были сопоставимы (табл. 1).

Таблица 1

Показатели качества жизни пациенток с миомой матки до лечения, баллы

Показатель	1-я группа, n=38 среднее (стандартное отклонение)	2-я группа, n=43 среднее (стандартное отклонение)	3-я группа, n=36 среднее (стандартное отклонение)
Физическое функционирование (PF)	82 (12)	80 (12)	82 (14)
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, (RP)	84 (27)	80 (29)	79 (28)
Интенсивность боли (BP)	49 (14)	52 (15)	50 (16)
Общее состояние здоровья (GH)	35 (9)	33 (8)	33 (9)
Жизненная активность (VT)	50 (6)	50 (6)	50 (6)
Социальное функционирование (SF)	50 (13)	51 (12)	51 (15)
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, (RE)	78 (21)	70 (26)	62 (28) **
Психическое здоровье (MH)	48 (5)	48 (5)	47 (5)

** $p < 0,05$ – наличие достоверных различий между 1- и 3-й группами.

Лишь по показателю «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, (RE)» пациентки из 2- и 3-й групп, получавших мифепристон, по баллам почти на 20% превосходили пациенток из 1-й группы, подвергшихся оперативному лечению.

Анализ данных показал, что через год после проведенного лечения пациентки 2-й группы, которым было проведено комбинированное лечение – хирургическое вмешатель-

ство в объеме лапароскопической консервативной миомэктомии с последующей адъювантной терапией мифепристоном – и пациентки 3-й группы, которые получали только медикаментозное лечение мифепристоном, имели более высокие показатели, чем пациентки 1-й группы (после оперативного лечения). Более того, в 1-й группе отмечено снижение показателей в некоторых оценочных шкалах (табл. 2).

Таблица 2

Показатели качества жизни пациенток с миомой матки после лечения, баллы

Показатель	1-я группа, n=38 среднее (стандартное отклонение)	2-я группа, n=43 среднее (стандартное отклонение)	3-я группа, n=36 среднее (стандартное отклонение)
Физическое функционирование (PF)	79 (8)	88 (8)*	88 (9)**
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	76 (22)	92(13)*	91 (12)**
Интенсивность боли (BP)	73 (13)	70 (15)	74 (14)
Общее состояние здоровья (GH)	37 (8)	37 (8)	37 (8)
Жизненная активность (VT)	54 (6)	55 (5)	54 (7)
Социальное функционирование (SF)	52 (16)	57 (11)	59 (12)
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	67 (23)	85 (24)*	90 (15)**
Психическое здоровье (MH)	49 (7)	50 (7)	50 (5)

* $p < 0,05$ – наличие достоверных различий между 1- и 2-й группами.

** $p < 0,05$ – наличие достоверных различий между 1- и 3-й группами.

В 1-й группе наблюдалось снижение показателей физического и ролевого функционирования, обусловленное как физическим, так и эмоциональным состоянием. Однако отмечалось улучшение показателя интенсив-

ности болевого синдрома (рис. 1). В целом, несмотря на имеющиеся положительные эффекты от хирургического лечения, нельзя не отметить его травматичность, влияющая на изменение показателей качества жизни.

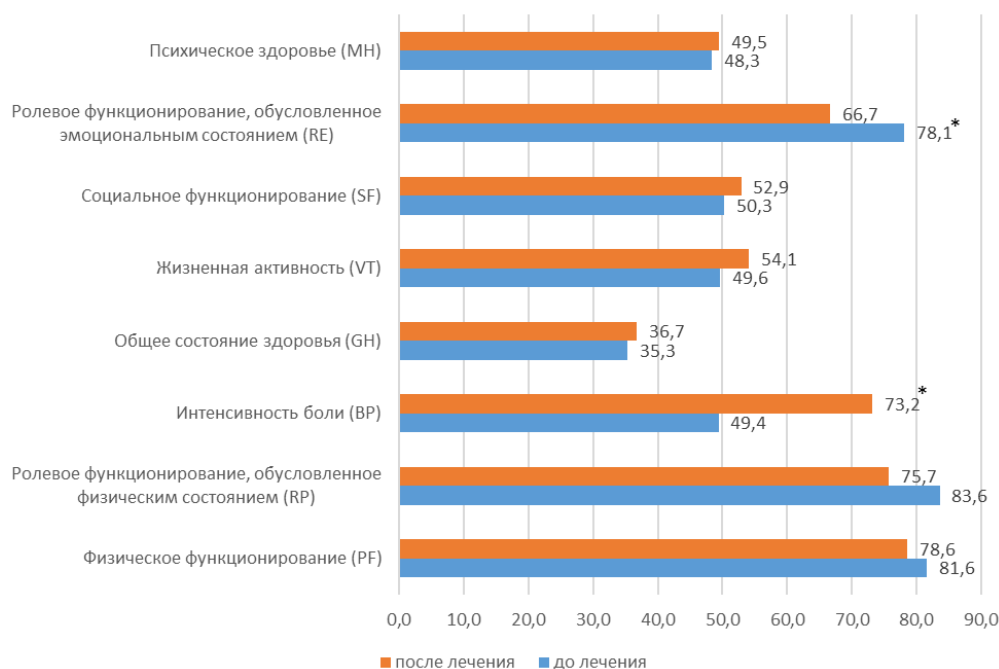


Рис. 1. Средние показатели качества жизни пациенток 1-й группы с миомой матки до и после лечения, баллы: * $p < 0,05$ – наличие достоверных различий между группами

Во 2-й группе отмечалось повышение показателей по всем компонентам оценочной шкалы. Более значимое улучшение отмечено в показателе «ролевое функционирование»,

обусловленное как физическим, так и эмоциональным состоянием, а также в показателе интенсивности боли (рис. 2).

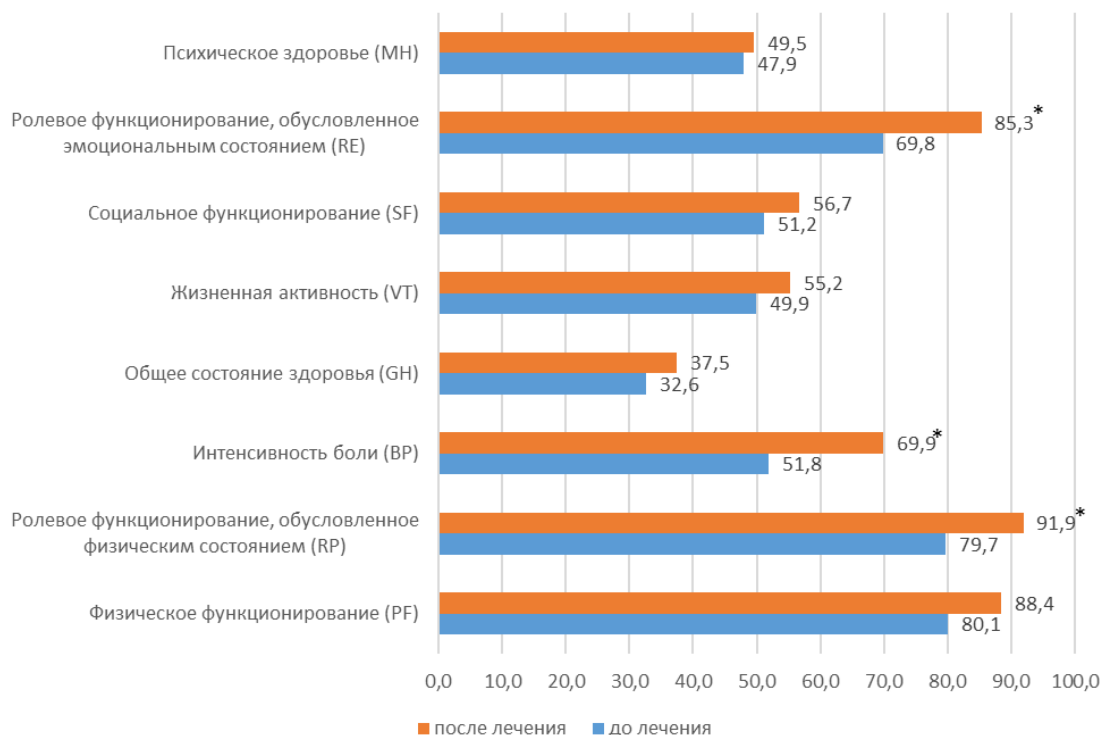


Рис. 2. Средние показатели качества жизни пациенток 2-й группы с миомой матки до и после лечения, баллы: * $p < 0,05$ – наличие достоверных различий между группами

В группе медикаментозного лечения мифепристоном (3 группа) наблюдалось улучшение всех показателей, однако более значимое улучшение отмечено в показателях

ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, а также в показателях интенсивности боли. Эти показатели увеличились почти на 30% (рис. 3).



Рис. 3. Средние показатели качества жизни пациенток 3-й группы с миомой матки до и после лечения, баллы: * $p < 0,05$ – наличие достоверных различий между группами

Стоит отметить, что частота рецидивов миомы матки через год после проведенного лечения у пациенток 1- и 2-й групп составила 78,4%, и 26,8% в группе комбинированного лечения с применением мифепристона в качестве адъювантной терапии.

Таким образом, показатели физического и ролевого функционирования, обусловленного как физическим, так и эмоциональным состоянием, были выше во 2- и 3-й группах, что может быть связано с более низким количеством случаев рецидива миомы матки в течение года после проведенного лечения у данных пациенток

и, соответственно, с отсутствием клинических проявлений миомы матки, ассоциированных со значительным ухудшением как физического, так эмоционального функционирования.

Заключение

Таким образом, нами отмечено, что препарат мифепристон может положительно влиять на качество жизни пациенток с миомой матки как в случае комбинированного лечения, так и в виде монотерапии. Соответственно, данный препарат может быть рекомендован для лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Сведения об авторах статьи:

Лебедева Янина Александровна – зав. отделением эндокринной гинекологии, врач акушер-гинеколог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургский государственный университет. Адрес: 199004, г. Санкт-Петербург, Кадетская линия ВО, 13/15. Тел. 8(812)676-25-25. E-mail: yanina_simakova@mail.ru.

Молчанов Олег Леонидович – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России; врач акушер-гинеколог, главный репродуктолог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургский государственный университет. Адрес: 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8, корп.4. Тел. 8(812)338-66-32. E-mail: moleg700@mail.ru.

Байбуз Дмитрий Васильевич – заместитель директора по гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургский государственный университет. Адрес: 199004, г. Санкт-Петербург, Кадетская линия ВО, 13/15. Тел. 8(812)676-25-25. E-mail: baybooz@yandex.ru.

Галиуллина Лиана Айдаровна – врач акушер-гинеколог клиники акушерства и гинекологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург; аспирант кафедры акушерства и гинекологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. Адрес: 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8, корп.4. Тел. 8(812)338-66-32. E-mail: galiulinamil@rambler.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sparic R. Uterine myomas in pregnancy, childbirth and puerperium/ Sparic R. // Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo. – 2014. – V.142. – № 1-2. – P:118-124.
2. Sparic R. Epidemiology of uterine myomas: a review/ R. Sparic [et al.] // International Journal of Fertility & Sterility. – 2016 – V.9. – № 4. – P:424-435.
3. Wise LA Uterine leiomyomata. In: Goldman MB, Troisi R, Rexrode KM, editors/ LA Wise, SK. Laughlin-Tommaso // Women and Health. San Diego: Academic Press. – 2013. – pp. 285-306.

4. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. F1000Res; 2019. pp. 283.
5. El-Balat A. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature/ A. El-Balat [et all.] // Biomed Res Int. – 2018. – V. 45. – P: 93875.
6. Ciebiera M Complications in modern hysteroscopic myomectomy/ M.Ciebiera [et all.] // Ginekol Pol. – 2018. – V.89. – № 7. – P:398-404.
7. Тихомиров, А.Л. Современное медикаментозное лечение миомы матки – возможность избежать гистерэктомии и ее негативных последствий / А.Л. Тихомиров // Медицинский алфавит. – 2017. – № 10 (307). – С. 17-22.
8. Селихова, М.С. Современные подходы к ведению пациенток с миомой матки / М.С. Селихова, С.В. Вдовин // РМЖ. Мать и дитя. – 2017. – № 25 (26). – С. 1938-1940.
9. Радзинский, В.Е. Лечение миомы: вариативность как проблема. Сравнительная эффективность и безопасность двух схем мифепристона для медикаментозной терапии миомы матки / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц, В.А. Хорольский // Statuspraesens. Гинекология. Акушерство. Бесплодный брак. – 2015. – № 3(26). – С. 38-45.
10. Lewis T.D. A Comprehensive Review of the Pharmacologic Management of Uterine Leiomyoma/ TD Lewis [et all.] // Biomed Res Int. – 2018 – Jan (28). – P:2414609.
11. Sohn GS, Cho S, Kim YM, Cho CH, Kim MR, Lee SR; Working Group of Society of Uterine Leiomyoma. Current medical treatment of uterine fibroids. Obstet Gynecol Sci. 2018 Mar;61(2):192-201.
12. Довлетханова, Э.Р. Неоперативное лечение миомы матки. Эффективность использования селективного модулятора прогестероновых рецепторов / Э.Р. Довлетханова, Е.А. Межевитинова, В.Н. Прилепская // Медицинский совет. Научно-практический журнал для врачей. – 2019. – № 7. – С. 13-20.
13. Леваков, С.А. Влияние медикаментозной терапии мифепристон на качество жизни пациенток с миомой матки / С.А. Леваков, Н.А. Шешукова // Научно-практический журнал для врачей. – 2017. – № 2. – С. 136 -141.
14. Недошивин, А.О. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2000. – № 1(4). – С. 50-55.
15. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.

REFERENCES

1. Sparic R. Uterine myomas in pregnancy, childbirth and puerperium. Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo. 2014;142(1-2):118-124.
2. Sparic R., Mirkovic L., Malvasi A., Tinelli A. Epidemiology of uterine myomas: a review. International Journal of Fertility & Sterility. – 2016; 9(4):424-435.
3. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Uterine leiomyomata. In: Goldman MB, Troisi R, Rexrode KM, editors. Women and Health. San Diego: Academic Press; 2013. – pp. 285-306.
4. Vannuccini S, Petraglia F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. F1000Res; 2019. – pp. 283.
5. El-Balat A, DeWilde RL, Schmeil I, Tahmasbi-Rad M, Bogdanyova S, Fathi A, [et all.]. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. Biomed Res Int. – 2018; 45: 93875.
6. Ciebiera M, Łoziński T, Wojtyła C, Rawski W, Jakiel G. Complications in modern hysteroscopic myomectomy. Ginekol Pol. – 2018; 89(7):398-404.
7. Tikhomirov A.L. Sovremennoe medikamentoznoe lechenie miomy матки – vozmozhnost' izbezhat' gisterektomii i ee negativnykh posledstviy / A.L. Tikhomirov // Meditsinskii alfavit. – 2017. – № 10 (307). – S. 17-22. (In Russ)
8. Selikhova M.S. Sovremennye podkhody k vedeniyu patsientok s miomoi матки / M.S. Selikhova, S.V. Vdovin // RMZh. Mat' i ditya. – 2017. – № 25 (26). – S. 1938-1940. (In Russ)
9. Radzinskii V.E. Lechenie miomy: variativnost' kak problema. Sravnitel'naya effektivnost' i bezopasnost' dvukh skhem mifepristona dlya medikamentoznoi terapii miomy матки / V.E. Radzinskii, I.M. Ordianskiy, V.A. Khorol'skii // Statuspraesens. Ginekologiya, Akusherstvo, Besplodnyi brak. – 2015. – № 3(26). – S. 38-45. (In Russ)
10. Lewis TD, Malik M, Britten J, San Pablo AM, Catherino WH. A Comprehensive Review of the Pharmacologic Management of Uterine Leiomyoma. Biomed Res Int. – 2018 Jan 28;2018:2414609.
11. Sohn GS, Cho S, Kim YM, Cho CH, Kim MR, Lee SR; Working Group of Society of Uterine Leiomyoma. Current medical treatment of uterine fibroids. Obstet Gynecol Sci. – 2018 Mar;61(2):192-201.
12. Dovletkhanova E.R. Neoperativnoe lechenie miomy матки. Effektivnost' ispol'zovaniya selektivnogo modulyatora progesteronovykh retseptorov / E.R. Dovletkhanova, E.A. Mezhevitinova, V.N. Prilepskaya // Meditsinskii sovet. Nauchno-Prakticheskii zhurnal dlya vrachei. – 2019. – № 7. – S. 13-20. (In Russ)
13. Levakov S.A. Vliyanie medikamentoznoi terapii mifepristonom na kachestvo zhizni patsientok s miomoi матки / S.A. Levakov, N.A. Sheshukova // Nauchno-Prakticheskii zhurnal dlya vrachei. – 2017. – № 2. – S. 136 -141. (In Russ)
14. Nedoshivin A.O. Issledovanie kachestva zhizni i psikhologicheskogo statusa bol'nykh s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'yu / A.O. Nedoshivin [i dr.] // Zhurnal Serdechnaya nedostatochnost'. – 2000. – № 1(4). – S. 50-55. (In Russ)
15. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.

УДК 618.14-006.36

© Коллектив авторов, 2019

Я.А. Лебедева¹, О.Л. Молчанов^{1,2}, Д.В. Байбуз¹, Л.А. Галиуллина² ВЛИЯНИЕ АНТИГЕСТАГЕННОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ НА СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, г. Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель – оценка влияния антигестагенной терапии миомы матки на состояние овариального резерва у пациенток репродуктивного возраста

В связи с увеличением заболеваемости миомой матки среди женщин молодого репродуктивного возраста актуальны консервативные методы лечения данной патологии. Однако по-прежнему доля оперативных вмешательств по поводу мио-