

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Научная статья

УДК 618.14-006.36

DOI: 10.17816/pmj42229-37

ЛЕЙОМИОМА МАТКИ: ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Т.А. Обоскалова¹, М.В. Коваль^{1}, А.М. Богданова^{1,2}, О.Ю. Севостьянова¹, М.Г. Аскерова¹*

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург,

²Центральная городская больница № 7, г. Екатеринбург, Российская Федерация

UTERINE LEIOMYOMA: INFLUENCE OF THE METHOD OF SURGERY ON A WOMAN'S QUALITY OF LIFE

T.A. Oboskalova¹, M.V. Koval^{1}, A.M. Bogdanova^{1,2}, O.Yu. Sevostyanova¹, M.G. Askerova¹*

¹Ural State Medical University Yekaterinburg,

²Central City Hospital 7, Yekaterinburg. Russian Federation

Цель. Определить изменение качества жизни у пациенток с лейомиомой матки после различных вариантов оперативного лечения.

Материалы и методы. Проведено обследование пациентов, прооперированных в плановом порядке по поводу лейомиомы матки в гинекологическом отделении ГБУЗ СО «ЦГБ № 7» г. Екатеринбурга. Использовали валидизированный опросник SF-36 «Оценка качества жизни», пациентки его заполняли до оперативного вмешательства и через два месяца после него. Респондентки были рандомизированы на

© Обоскалова Т.А., Коваль М.В., Богданова А.М., Севостьянова О.Ю., Аскерова М.Г., 2025

e-mail: marinakoval1203@gmail.com

[Обоскалова Т.А. – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики, ORCID: 0000-0003-0711-7896; Коваль М.В. (*контактное лицо) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики, ORCID: 0000-0003-1321-6583; Богданова А.М. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии, ORCID: 0009-0006-2819-2659; Севостьянова О.Ю. – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики, ORCID: 0000-0002-0828-0479; Аскерова М.Г. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики, ORCID: 0000-0002-0705-9748].

© Oboskalova T.A., Koval M.V., Bogdanova A.M., Sevostyanova O.Yu., Askerova M.G., 2025

e-mail: marinakoval1203@gmail.com

[Oboskalova T.A. – DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology with a Course in Medical Genetics, ORCID: 0000-0003-0711-7896; Koval M.V. (*contact person) – PhD (Medicine), Associate Professor the Department of Obstetrics and Gynecology with a Course in Medical Genetics, ORCID: 0000-0003-1321-6583; Bogdanova A.M. – PhD (Medicine), Assistant of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery, ORCID: 0009-0006-2819-2659; Sevostyanova O.Yu. – DSc (Medicine), Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology with a Course in Medical Genetics, ORCID: 0000-0002-0828-0479; Askerova M.G. – PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology with a Course in Medical Genetics, ORCID: 0000-0002-0705-9748].

группы: перенесшие тотальную гистерэктомию ($n = 20$), субтотальную гистерэктомию ($n = 20$) и миомэктомию ($n = 20$). Результаты представлены в виде средних значений и стандартных отклонений.

Результаты. Качество жизни женщин после оперативного лечения миомы матки повысилось. После субтотальной гистерэктомии средний показатель качества жизни увеличился на 13,2 (9,2) %, после миомэктомии – на 16,6 (8,1) %, после тотальной – на 21,6 (5,1) %.

Выводы. Любой способ оперативного лечения лейомиомы матки повышает качество жизни женщин. После тотальной гистерэктомии показатели качества жизни выше, чем после субтотального варианта и органосохраняющего оперативного вмешательства.

Ключевые слова. Лейомиома матки, миомэктомия, гистерэктомия, ампутация матки, хирургическое лечение миомы матки

Objective. To determine the changes in the quality of life in patients with uterine leiomyoma after various methods of surgical treatment.

Materials and methods. The patients who underwent a planned surgery for uterine leiomyoma at Central City Hospital No. 7 in Yekaterinburg participated in the study. The validated questionnaire SF-36 “Assessment of the Quality of Life” was used; the patients filled it in before and 2 months after the surgery. The respondents were randomized into groups: those who underwent total hysterectomy ($n = 20$), subtotal hysterectomy ($n = 20$) or myomectomy ($n = 20$). The results are presented as median values and standard deviations.

Results. The quality of life of women has improved after the surgical treatment for uterine leiomyoma. The average quality of life indicator increased after subtotal hysterectomy by 13,2 (9,2) %, after myomectomy – by 16,6 (8,1) %, after total – by 21,6 (5,1) %.

Conclusions. Any method of surgery for uterine leiomyomas improves the quality of life of women. After total hysterectomy, the quality of life indicators are higher than after subtotal variant and organ-preserving operations.

Keywords. Uterine leiomyoma, myomectomy, hysterectomy, uterine amputation, surgical treatment of uterine fibroids.

ВВЕДЕНИЕ

Лейомиома матки (миома матки) – является наиболее частым видом доброкачественной опухоли женской репродуктивной системы. В настоящее время миома матки диагностируется у 70 % пациентов гинекологического профиля. Частота выявления миомы матки неуклонно растет, что связано с внедрением более совершенных и доступных методов диагностики [1–3]. Ведущая симптоматика заболевания включает длительные и / или обильные маточные кровотечения, анемию, абдоминальный болевой синдром, симптоматику со стороны органов малого таза, нарушение репродуктивной функции в виде бесплодия и невынашивания [4; 5]. Эти проявления негативно влияют на физическую активность, психологическое благополучие, воздействуют на социальные, интимные отношения и снижают качество жизни в целом [6–8].

Для диагностики и лечения лейомиомы матки используются хирургические вмешательства: выскабливание полости матки, гистерорезектоскопию, миомэктомию, ампутацию или экстирпацию матки, эмболизацию маточной артерии, фокусированную ультразвуковую абляцию миомы [9–11]. Наиболее распространены гистерэктомия и миомэктомия. Органосохраняющая методика является безусловным выбором пациентов и не предупреждает рецидивы опухоли [12]. Радикальная операция приводит к потере фертильности и влияет на кровоснабжение яичников, что может ускорить наступление климактерия [13; 14]. Довольно часто результатом гистерэктомии становится не только устранение причины болезни, но и развитие осложнений, снижающих качество жизни пациенток. У 30 % пациенток появляется хроническая тазовая боль, у других – проблемы с кишечником, недержание мочи,

опущение и выпадение влагалища, эмоциональные и физиологические проблемы в отношениях с супругом [15–17]. Вариант оперативного лечения и сохранения шейки матки является дискуссионным. Данный вариант вмешательства в последующем повышает риск развития предраковых и раковых заболеваний шейки матки [18].

Качество жизни зависит и от хирургического доступа в брюшную полость. С развитием малоинвазивных методов лапароскопическая хирургия стала наиболее распространенной при лечении миомы матки благодаря оптимальному косметическому эффекту, быстрому послеоперационному восстановлению и меньшим числом послеоперационных осложнений [19].

Цель исследования – определить изменения качества жизни больных лейомиомой матки до и после различных вариантов оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проспективное наблюдательное исследование проведено с сентября 2023 г. по апрель 2024 г. на базе гинекологического отделения центральной городской больницы № 7 г. Екатеринбурга. Пациентки с лейомиомой матки, госпитализированные на плановое оперативное лечение, были проанкетированы до операции и через два месяца после оперативного вмешательства. Респонденты были рандомизированы на группы: 1-я группа – женщины, перенесшие тотальную гистерэктомию ($n = 20$); 2-я – перенесшие субтотальную гистерэктомию (надвлагалищную ампутацию матки) ($n = 20$); 3-я – перенесшие миомэктомию ($n = 20$). Все операции были выполнены лапароскопическим доступом с сохранением придатков матки. В исследовании использован валидизированный опросник SF-36 «Оценка качества жизни».

Анализ качества жизни осуществляли по восьми разделам опросника.

1) физическое функционирование (PF) использовали для оценки физической активности. Показатель шкалы отражал объем повседневной физической активности, не ограниченный состоянием здоровья;

2) ролевое физическое функционирование (RP) характеризовало влияние физических проблем на обычную деятельность, отражало степень ограничения здоровья выполнением работы или повседневных обязанностей;

3) шкала боли (BP) позволяла изучить ее интенсивность и влияние на обычную активность в течение последнего месяца;

4) общее состояние здоровья (GH) показывало текущее состояние здоровья, ожидаемые результаты лечения и сопротивляемость болезни;

5) шкала жизнеспособности (VT) предназначена для измерения ощущений полной силы и энергии;

6) шкала социального функционирования (SF) оценивала уровень социальной активности и удовлетворенность общением в течение последних четырех недель;

7) ролевое эмоциональное функционирование (RE) иллюстрировало влияние эмоционального состояния на выполнение работы и повседневных обязанностей;

8) психологическое здоровье (MH) характеризовало настроение, наличие депрессии и/или тревоги, а также общий показатель положительных эмоций.

Результаты опроса группировали в два показателя: «физический» (PHs) и «психологический» компоненты здоровья (MHs):

«Физический» компонент здоровья (Physical Health – PHs) учитывает результаты первых четырех разделов шкалы. «Психологический» компонент здоровья (Mental Health – MHs) включает итоги анкетирования последующих четырех разделов. Для ка-

ждого раздела шкалы максимальное значение составляет 100 баллов. Эти баллы могут варьироваться от 0–100, где 100 означает наилучшее возможное качество жизни, а ноль – наихудшее [20].

Анализ средних значений и стандартных отклонений M (SD) проводили для каждого раздела шкалы до оперативного лечения и через два месяца после операции. Рассчитана статистическая значимость для выборки при $n = 20$, критическое значение t -критерия равно 2,093 по критерию Стьюдента с уровнем допустимой значимости $p = 0,05$. Рассчитывалось среднее арифметическое и стандартное отклонение – M (SD). Обработка статистических данных, проводилась в программе MS Excel 2016.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно клиническим рекомендациям «Миома матки», средний возраст диагностики миомы матки составляет 32–34 года. Пик заболеваемости приходился к началу менопаузы. В нашем исследовании средний возраст респондентов составил – 43,38 (3,94) года. Вагинальные или оперативные роды в анамнезе отметили все пациентки, среднее количество составило 1,6 (0,8) родов. Желание о планировании беременности высказали 50 % (10) пациенток, перенёвших впоследствии миомэктомию, и 15 % (3) женщин из других групп. Показаниями для операции в первой группе чаще являлись аномальные маточные кровотечения, во второй – сочетание миомы матки с другой гинекологической патологией, в третьей – быстрый рост узла и большие размеры опухоли. Впервые диагноз установлен в среднем 5,06 (1,12) года назад. Однако, только 15 % (9) из 60 респонденток получали консервативное лечение до операции. В то же время некоторые публикации указывают на стабилизацию размеров узлов и улучшение качества жизни

пациенток на фоне гормонального и/или симптоматического лечения опухоли [21].

До операции более низкое качество жизни отмечали женщины, перенесшие тотальную гистерэктомию, по следующим показателям: ролевое физическое функционирование (RP), шкала боли (BP), социальное (SF) и ролевое функционирование (RE), что, вероятно, обусловлено клиническими особенностями опухоли и показанием для её удаления.

Через два месяца после тотальной гистерэктомии увеличились значения физического и психологического компонентов по сравнению с дооперационным этапом (табл. 1). Данная закономерность сформировалась за счет показателей физического компонента здоровья: физического функционирования (PF), интенсивности боли и её влияния на обычную активность пациенток (BP), а также общего состояния здоровья (GH). Аналогичная динамика наблюдалась для трех составляющих психологического компонента: оценки жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF) и психологического здоровья (MH), которые характеризуют уровень социальной активности женщин. В то же время показатель ролевого эмоционального функционирования (RE), который характеризует эмоциональное состояние при выполнении работ и повседневных обязанностей, не претерпел значимых изменений (см. табл. 1).

Тотальная гистерэктомия технически более сложная операция, что сопряжено с увеличением ее продолжительности и более высоким риском интра- и послеоперационных осложнений и, вероятно, позволяет ожидать ухудшение качества здоровья и жизни [22]. На практике много зависит от навыков оперирующего хирурга-гинеколога. Так, в нашем исследовании тотальная гистерэктомия показала большее увеличение

Таблица 1

Результаты опроса по SF-36 «Оценка качества жизни» при тотальной гистерэктомии

Показатель	До операции, балл	Через 2 месяца после операции, балл	<i>t</i> -критерий	<i>P</i>
ИМТ	26,48 (4,55)	26,48 (4,55)	–	–
PF	84,75 (20,74)	91,5 (17,18)	2,22	0,032*
RP	52,5 (44,35)	70 (41,04)	2,05	0,203
BP	54,45 (30,57)	72,4 (30,1)	2,87	0,049*
GH	61,2 (15,96)	72,9 (14,03)	3,99	0,018*
VT	47,5 (24,09)	59,5 (22,71)	2,66	0,013*
SF	65 (27,98)	79,38 (25,42)	2,67	0,047*
RE	55 (40,86)	70 (38,84)	2,02	0,241
MH	52,8 (21,78)	63,8 (19,83)	2,82	0,024*
RHs	46,97 (8,78)	51,8 (7,69)	2,92	0,031*
MHs	38,82 (11,52)	44,68 (11,73)	2,84	0,028*

Примечание: *p** – различия статистически значимые.

Таблица 2

Результаты опроса по SF-36 «Оценка качества жизни» при субтотальной гистерэктомии

Показатель	До операции, балл	Через 2 месяца после операции, балл	<i>t</i> -критерий	<i>P</i>
ИМТ	25,89 (4,89)	25,89 (4,89)	–	–
PF	81,75 (24,08)	85,25 (21,06)	0,54	0,627
RP	62,5 (44,79)	81,25 (36,16)	0,61	0,153
BP	67,3 (28,1)	74,05 (25,24)	1,13	0,133
GH	60 (16,09)	68,25 (17,92)	2,36	0,042*
VT	45,25 (28,4)	55,5 (30,34)	1,82	0,270
SF	80 (20,84)	83,75 (24,37)	0,77	0,062
RE	68,33 (43,12)	85 (33,29)	2,16	0,036*
MH	52,6 (22,03)	56,4 (28,84)	3,96	0,045*
RHs	48,2 (8,51)	51,42 (5,57)	1,91	0,165
MHs	41,48 (10,49)	44,92 (12,79)	1,33	0,357

Примечание: *p** – различия статистически значимые.

качества жизни по среднему баллу опросника SF-36 «Оценка качества жизни» спустя два месяца после оперативного лечения, чем субтотальный вариант операции. Однако динамика по отдельным разделам опросника отличается в группе с тотальной и субтотальной гистерэктомией (надвлагалищной ампутиацией матки). После субтотальной гистерэктомии не наблюдалось увеличения значений физического и психологического

компонентов шкалы SF-36 (табл. 2). Положительные изменения установлены только для трех показателей: общего состояния здоровья, ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья.

Некоторые литературные источники говорят о преимуществах субтотальной гистерэктомии над тотальной в плане низкого риска последующего пролапса и улучшения сексуальной функции [23]. Следует отметить,

что субтотальная гистерэктомия выполняется не во всех клинических ситуациях, а лишь при отсутствии заболеваний шейки матки и глубокого инфильтративного эндометриоза. При этом пациентку необходимо консультировать о регулярном наблюдении у врача акушера-гинеколога с позиций онконастороженности. Отсутствие значимых изменений по шкале боли после субтотальной гистерэктомии требует дополнительного анализа для коррекции показаний для объема операции, ведения раннего и позднего послеоперационного периода, реабилитационных мероприятий. Установленные различия могут быть обусловлены тем, что у женщин после тотальной гистерэктомии выявлено следующее: имеющаяся опухоль настолько значительно влияла на состояние их здоровья, социальное и ролевое функционирование, что удаление органа воспринимается ими как фактор прекращения страданий и возвращения к здоровой и полноценной жизни.

До операции качество жизни пациенток, перенесших миомэктомию, отличалось наиболее низким показателем МНs («психологический компонент здоровья»). Через два

месяца после операции данный показатель, наряду с показателями физического, социального и ролевого функционирования, статистически значимо вырос. Вероятно, наряду с негативными симптомами миомы матки у пациенток этой группы исчезла тревога по поводу репродуктивных планов (табл. 3).

Лейомиома матки – одно из самых распространенных показаний к оперативному лечению. Объем и способ хирургического вмешательства должны быть обоснованы в каждом конкретном случае. Полученные результаты демонстрируют рост показателей качества жизни через два месяца после оперативного лечения по сравнению с показателями до него. После тотальной гистерэктомии показатели качества жизни в среднем выросли на 21,6 (5,1) %, после миомэктомии – на 16,6 (1,8) %, после субтотальной гистерэктомии – на 13,2 (9,2) %.

Выводы

1. Оперативное лечение лейомиомы матки повышает качество жизни женщин.
2. После тотальной гистерэктомии показатели качества жизни выше, чем после

Таблица 3

Результаты опроса по SF-36 «Оценка качества жизни» при миомэктомии

Показатель	До операции, балл	Через 2 месяца после операции, балл	<i>t</i> -критерий	<i>p</i>
ИМТ	24,28 (4,25)	24,28 (2,89)	-	-
PF	82,25 (22,34)	89,44 (14,81)	2,05	0,562
RP	60,5 (34,32)	84,5 (54,39)	0,75	0,062
BP	80,35 (40,54)	82,3 (26,2)	2,41	0,047*
GH	65,2 (25,36)	68 (46,19)	2,28	0,045*
VT	57,5 (21,09)	60,25 (38,4)	2,33	0,045*
SF	75 (27,98)	80 (20,84)	2,06	0,082
RE	59 (40,86)	68,33 (43,12)	0,66	0,066
MH	52,8 (21,38)	66,6 (42,03)	0,03	0,133
PHs	52,97 (8,78)	57,2 (8,51)	2,61	0,038*
MNs	35,32 (41,52)	44,38 (25,49)	0,83	0,165

Примечание: *p** – различия статистически значимые.

органосохраняющего способа (миомэктомии) и субтотального варианта гистерэктомии.

3. Миомэктомия является вариантом выбора пациенток, планирующих беременность в будущем.

4. Субтотальная гистерэктомия предполагает более тщательную оценку болевого синдрома после операции и индивидуальное ведение раннего и позднего послеоперационного периода, обязательное проведение реабилитационных мероприятий.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Миома матки. Клинические рекомендации. М. 2020; 35. / Uterine fibroids. Clinical recommendations. Moscow 2022; 35 (in Russian).

2. Севостьянова О.Ю., Коваль М.В., Чумарная Т.В. и др. Анализ заболеваемости лейомиомой матки в г. Екатеринбург. Опухоли женской репродуктивной системы 2024; 20 (2): 99–104. DOI: 10.17650/1994-4098-2024-20-2-00-00 / Sevostyanova O.Yu., Koval M.V., Chumarnaya T.V. et al. Analysis of the incidence of uterine fibroid in Yekaterinburg. Opukholi zhenskoy reproduktivnoy systemy = Tumors of Female Reproductive System 2024; 20 (2): 99–104. DOI: 10.17650/1994-4098-2024-20-2-00-00 (in Russian).

3. Wilson L.F., Moss K.M., Doust J., Farquhar C.M., Mishra G.D. First Australian estimates of incidence and prevalence of uterine fibroids: a data linkage cohort study 2000–2022. *Human Reproduction* 2024; 00 (0): 1–10. DOI: 10.1093/humrep/deae162

4. Алейникова Е.Ю., Соловьева А.В. Миома матки: современные методики, преимущества и осложнения. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина 2023; 27 (1); 57–64. / Alejnikova E.Yu., Solov'eva A.V. Mioma matki: sovremennye metodiki, preimushchestva i oslozhneniya. *RUDN Journal of Medicine. Seriya: Medicina* 2023; 27 (1); 57–64. DOI: 10.22363/2313-0245-2023-27-1-57-64 (in Russian).

5. Navarro A., Bariani M.V., Yang Q., Al-Hendy A. Understanding the Impact of Uterine Fibroids on Human Endometrium Function. *Front Cell Dev Biol.* 2021; 25 (9): 633180. DOI: 10.3389/fcell.2021.633180

6. Jing Zeng, Jing Wang, Min Wang, Xiaoli Wang. A comparative study on myomectomy and total hysterectomy in the treatment of perimenopausal uterine fibroids. *European Journal of Gynaecological Oncology* 2024; 45 (2): 141–146. DOI: 10.22514/ejgo.2024.036

7. Han X., Wu T.Q., Bian Y., Chen L., Feng X. Psychological distress and uterine fibroids: a bidirectional two-sample mendelian randomization study. *BMC Womens Health* 2024; 24 (1): 351. DOI: 10.1186/s12905-024-03196-8

8. Firmeza M.A., Vasconcelos C.T.M., Vasconcelos Neto J.A., Brito LGO, Alves F.M., Oliveira N.M.V. The effects of hysterectomy on urinary and sexual functions of women with cervical cancer: A systematic review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022; 44 (8): 790–796. DOI: 10.1055/s-0042-1748972

9. Mina S. Makary, Kylie Zane, Gloria L. Hwang, Charles Y. Kim, Osmanuddin Ahmed et al. ACR Appropriateness Criteria® management of uterine fibroids: 2023 update. *Journal of the American College of Radiology* 2024; 21 (6): 203–218. DOI: 10.1016/j.jacr.2024.02.022

10. Садыхова Э.Э., Беженарь В.Ф., Аракелян Б.В. Анализ результатов хирургического органосохраняющего лечения миомы матки в ургентной гинекологии у пациенток с тяжелой анемией. Здоровье и образование в XXI веке 2019; 21 (3): 37–42. / Sadyhova E.E., Bezhenar' V.F., Arakelyan B.V. Analysis of the results of surgical organ preservation treatment of uterine myoma in

urgent gynecology in patients with heavy anemia. *Health and Education Millennium* 2019; 21 (3): 37–42 (in Russian). <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2019-21-3>

11. Садыхова Э.Э., Беженарь В.Ф., Аракелян Б.В. и др. Возможности применения рентгеноэндохирургического гемостаза в комплексной терапии миомы матки у пациенток с тяжелой анемией. *Уральский медицинский журнал* 2019; 3 (171): 59–63. DOI: 10.25694/URMJ.2019.03.23 / *Sadykhova E.E., Bezbenar V.F., Arakelyan B.V. et al.* Opportunities for the use of X-ray endosurgical hemostasis in complex treatment of uterine myoma in patients with severe anemia. *Ural Medical Journal* 2019; 3 (171): 59–63. DOI: 10.25694/URMJ.2019.03.23 (in Russian).

12. Подзолкова Н.М., Коренная В.В., Колода Ю.А., Кузнецов Р.Э., Игнатченко О.Ю. Функциональные исходы миомэктомии. Проблемы репродукции 2020; 26 (3): 31–38. DOI: 10.17116/repro20202603131 / *Podzolkova N.M., Korennaya V.V., Koloda Yu.A., Kuznetsov R.E., Ignatchenko O.Yu.* Functional outcomes of myomectomy. *Russian Journal of Human Reproduction* 2020; 26 (3): 31–38. DOI: 10.17116/repro20202603131 (in Russian).

13. Yang Q., Ciebiera M., Varianti M.V., Ali M., Elkafas H., Boyer T.G., Al-Hendy A. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. *Endocr Rev.* 2022; 43 (4): 678–719. DOI: 10.1210/endrev/bnab039

14. Sobel M., Hobson S., Chan C. Uterine fibroids in pregnancy. *СМАЖ.* 2022; 194 (22): E775. DOI: 10.1503/cmaj.211530

15. Солопова А.Г., Блинов Д.В., Бегович Ё., Санджиева Л.Н., Демьянов С.В., Демьянов Г.В. Неврологические расстройства после гистерэктомии: от патогенеза к клинике. Эпилепсия и пароксизмальные состояния 2022; 14 (1): 54–64. DOI: 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2022.115 / *Solopova A.G., Blinov D.V., Begovich E., Sandzbieva L.N., Demyanov S.V., Demyanov G.V.* Neurological disorders after hysterectomy: from pathogenesis to clinical manifestations. *Epilepsy and paroxysmal conditions* 2022; 14 (1): 54–64. DOI: 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2022.115 (in Russian).

16. Тетелютина Ф.К., Короткова М.Н., Сушенцова Т.В., Ахмедьянова Р.Д., Виноходова Е.М. Качество жизни женщин после хирургического лечения миомы матки. Вятский медицинский вестник 2020; 3 (67): 39–45. DOI: 10.24411/2220-7880-2020-10104 / *Tetelyutina F.K., Korotkova M.N., Sushencova T.V., Ahmedyanova R.D., Vinobodova E.M.* Women's life quality after surgical treatment of uterine fibroids. *Medical Newsletter of Vyatka* 2020; 3 (67): 39–45. DOI: 10.24411/2220-7880-2020-10104 (in Russian).

17. Xu W., Chen W., Chen J., Hu L., Su X., Nie Y., Shi Q. Adaptability and clinical applicability of UFS-QoL in Chinese women with uterine fibroid. *BMC Womens Health* 2022; 22 (1): 372. DOI: 10.1186/s12905-022-01963-z

18. Каранашева А.Х., Доброхотова Ю.Э. Заболевания шейки матки после субтотальной гистерэктомии (современные аспекты диагностики и тактика ведения). Гинекология 2021; 23 (6): 504–508. DOI: 10.26442/20795696.2021.6.201131 / *Karanasheva A.K., Dobrokhotova Y.E.* Cervical diseases after subtotal hysterectomy (modern aspects of diagnosis and tactics of management). *Gynecology* 2021; 23 (6): 504–508. DOI: 10.26442/20795696.2021.6.201131 (in Russian).

19. Sinha Rooda, Swarnasree G., Rupa B., Madhumathi S. Laparoscopic hysterectomy for large uteri: Outcomes and techniques. *Journal of Minimal Access Surgery* 2019. 15 (1): 8–13. DOI: 10.4103/jmas.JMAS_205_17

20. Jenkinson C., Coulter A., Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ.* 1993; 306 (6890): 1437–40. DOI: 10.1136/bmj.306.6890.1437

21. *Vannuccini S., Petraglia F., Carmona F., Calaf J., Chapron C.* The modern management of uterine fibroids-related abnormal uterine bleeding. *Fertil Steril.* 2024; 122 (1): 20–30. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.04.041

22. *Mavrova R., Radosa J.C., Wagenpfeil G., Hamza A., Solomayer E.F., Jubasz-Böss I.* Learning curves for laparoscopic hysterectomy after implementation of minimally invasive surgery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016; 134 (2): 225–30. DOI: 10.1016/j.ijgo.2016.01.017

23. *Высоцкий М.М., Беженарь В.Ф., Овакимян М.А.* Тотальная или субтотальная гистерэктомия: время развеивать мифы? Эндоскопическая хирургия 2016; 22 (6): 52-56. DOI: 10.17116/endoskop201622652-56 / *Vysotskiy M.M., Bejenar' V.F., Ovakiymyan M.A.* Total or sub-total hysterectomy: time to unveil myths? *Endoscopic Surgery* 2016; 22 (6): 52-56. DOI: 10.17116/endoskop201622652-56 (in Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Обоскалова Т.А. – концепция статьи, утверждение окончательного текста статьи.

Коваль М.В. – набор материала, статистическая обработка, обзор литературы, утверждение окончательного текста статьи.

Богданова А.М., Севостьянова О.Ю. – набор материала, утверждение окончательного текста статьи.

Аскерова М.Г. – анализ материала, перевод на английский язык, утверждение окончательного текста статьи.

Ограничение исследования. Проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации. Пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих обезличенных данных.

Поступила: 29.08.2024

Одобрена: 24.01.2025

Принята к публикации: 15.03.2025

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом: Лейомиома матки: влияние способа хирургического лечения на качество жизни женщины / Т.А. Обоскалова, М.В. Коваль, А.М. Богданова, О.Ю. Севостьянова, М.Г. Аскерова // Пермский медицинский журнал. – 2025. – Т. 42, № 2. – С. 29–37. DOI: 10.17816/pmj42229-37

Please cite this article in English as: Oboskalova T.A., Koval M.V., Bogdanova A.M., Sevostyanova O.Yu., Askerova M.G. Uterine leiomyoma: influence of the method of surgery on a woman's quality of life. *Perm Medical Journal*, 2025, vol. 42, no. 2, pp. 29-37. DOI: 10.17816/pmj42229-37