УДК 618.18-08

ИСХОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА 3 СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

[1]Новокузнецкая городская клиническая больница № 29, г. Новокузнецк
[2]Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово
[3]Новокузнецкая городская клиническая больница № 1, г. Новокузнецк
[4]Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово

Короткевич О.С.[1], Мозес В.Г.[2], Эйзенах И.А.[3], Соловьев А.В.[4], Власова В.В.[4], Мозес К.Б.[2]

Цель исследования. Оценить исходы оперативного лечения недостаточности мышц тазового дна 3 степени у женщин пожилого возраста.
Материалы и методы. Сплошным методом были отобраны 86 женщин пожилого возраста (от 60 до 75 лет), страдающих недостаточностью мышц тазового дна (НМТД) 3 степени, которые были разделены на две группы. В группе J (n=56) пациентки получали оперативное лечение: коррекция пролапса сетчатым имплантом трансвагинальным доступом с трансобтураторной фиксацией, леваторопластика. В группе H (n=30) пациентки отказались от оперативного лечения. Оценка эффективности проводилась через 12 месяцев: выявлялось явное и скрытое недержание мочи при напряжении при помощи кашлевого теста и пробы Вальсальвы; интенсивность жалоб измерялась при помощи шкалы NRS; проводилась оценка качества жизни при помощи опросника PFDI-20.
В качестве первичного исхода оперативного лечения оценивалась частота клинических симптомов НМТД через 12 месяцев, в качестве вторичных исходов изучались частота скрытого и явного недержания мочи и качество жизни при помощи опросника PFDI-20 через 12 месяцев после лечения.
Результаты. Через 12 месяцев после лечения у пациенток группы J отмечалось статистически значимое снижение частоты и интенсивности жалоб и симптомов НМТД. Показатели шкалы пролапса тазовых органов POPDI в группе J через 12 месяцев после лечения были лучше и составили 8,3 (4,2;12,5) балла в группе J и 79,2 (79,2;100) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=2145, p=0,001; показатели шкалы колоректально-анальных симптомов CRAD-8 составили 6,2 (3,1;6,2) балла в группе J и 68,8 (62,5;71,9) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=1967, p=0,742; показатели шкалы симптомов недержания мочи UDI-6 составили 8,3 (4,2;8,3) балла в группе J и 83,3 (79,2;87,5) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=2145, p=0,001. Общее значение PFDI-20 составило 22,8 (11,5;27) балла в группе J и 227,2 (226,1;251) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=2155, p=0,001.
Заключение. Хирургическая коррекция пролапса с применением сетчатых имплантов является эффективным методом лечения НМТД 3 степени у женщин пожилого возраста.
Ключевые слова: *недостаточность мышц тазового дна, пожилой возраст.*

Research objective. To evaluate the outcomes of surgical treatment of degree 3 pelvic floor muscle failure in elderly women.
Materials and methods. 86 elderly women (60 to 75 years old) suffering from degree 3 pelvic floor muscle failure (PFMF) were sampled and divided into two groups. In group J (n=56), patients received surgical treatment: correction of prolapse by the reticulate implant through transvaginal access with transobturator fixation, levatoroplasty. In group H (n=30), patients refused surgical treatment. Efficiency evaluation was carried out 12 months later: explicit and latent urinary incontinence at tension was detected with a cough test and a Valsalva test; the intensity of complaints was measured by the NRS scale; a quality of life was assessed through the PFDI-20 questionnaire.
The frequency of clinical symptoms of PFMF after 12 months was assessed as the primary outcome of surgical treatment; the frequency of latent and explicit urinary incontinence and the quality of life through the PFDI-20 questionnaire 12 months after treatment were studied as secondary outcomes.
Results. 12 months after treatment, group J patients experienced a statistically significant decrease in the frequency and intensity of complaints and PFMF symptoms. POPDI indicators in group J were better 12 months after treatment and amounted to 8.3 (4.2;12.5) points in group J and 79.2 (79.2;100) in group H, $U_{[56;30]}$=2145, p=0.001; CRAD-8 indicators were 6.2 (3.1;6.2) in group J and 68.8 (62.5;71.9) in group H, $U_{[56;30]}$=1967, p=0.742; UDI-6 indicators were 8.3 (4.2;8.3) in group J and 83.3 (79.2;87.5) in group H, $U_{[56;30]}$=2145, p=0.001. The total PFDI-20 was 22.8 (11.5;27) points in group J and 227.2 (226.1;251) points in group H, $U_{[56;30]}$=2155, p=0.001.
Conclusion. Surgical correction of prolapse with the use of reticulate implants is an effective treatment of degree 3 PFMF in elderly women.
Key words: *pelvic floor muscle failure, elderly age.*

Недостаточность мышц тазового дна (НМТД) у женщин является актуальной проблемой современной гинекологии и урологии. Заболевание характеризуется прогрессирующим течением и ассоциировано с такими неприятными для пациента симптомами, как мочевая и каловая инконтиненция, диспареуния, хроническая тазовая боль [1]. Особенно выражены эти симптомы при крайней степени НМТД, что значительно снижает качество жизни больных [2].

Общепринятым лечением НМТД 3 степени являются хирургические методы коррекции пролапса и недержания мочи, однако их эффективность оценивалась на общепопуляционных исследованиях, в которых больные чаще всего не ранжировались по возрасту [3]. Между тем, лечение больных пожилого возраста требует особых подходов, ведь с возрастом у людей растет число заболеваний, формируя у них феномен коморбидности и полиморбидности, часто наблюдается быстрое истощение компенсаторных механизмов, обусловленное старостью и выраженностью инволютивных процессов в репродуктивной системе, что может негативно повлиять на исходы лечения и реабилитации [4]. Все это определило цель исследования.

Цель исследования состояла в оценке исходов оперативного лечения недостаточности мышц тазового дна 3 степени у женщин пожилого возраста.

Материалы и методы

Исследование было проведено с соблюдением этических норм в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Сплошным методом были отобраны 86 женщин пожилого возраста (от 60 до 75 лет), страдающие НМТД 3 степени. Диагноз НМТД 3 степени устанавливался на основе клинических, инструментальных и лабораторных исследований в соответствии с позицией N81.2 – N81.4 МКБ-10.

Исследование включало два визита.

Визит **1** проводился на этапе самостоятельного обращения пациенток в лечебное учреждение для консультирования по поводу лечения НМТД. Критериями включения на этом этапе исследования являлись: возраст от 60 до 75 лет; НМТД 3 степени; информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний МКБ-10; наличие показаний и отсутствие противопоказаний для консервативного лечения НМТД. Критериями исключения на этом этапе исследования являлись: отсутствие НМТД или наличие НМТД 1-2 степени; возраст менее 60 лет; отказ от обследования и лечения; наличие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний МКБ-10.

Всем пациенткам с НМТД 3 степени было предложено оперативное лечение – коррекция пролапса сетчатым имплантом трансвагинальным доступом с трансобтураторной фиксацией, левatoропластика.

После этого все женщины были разделены на две группы.

Критерием включения в группу **J** (n=56) являлось согласие пациента на оперативное лечение, критерием исключения из группы **J** являлся отказ пациента от оперативного лечения.

Критерием включения в группу **H** (n=30) являлся отказ пациента от лечения.

У всех женщин проводилось социологическое исследование, включающее анкетирование и интервьюирование при помощи стандартизованной анкеты. Объем инструментально-лабораторного исследования всех женщин соответствовал рубрике «Опущение и выпадение внутренних половых органов в сочетании с недержанием мочи или без» Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Визит 2 проводился через 12 месяцев после оперативного лечения. На данном визите проводилось социологическое исследование при помощи стандартизированной анкеты.

У всех пациенток на первом и втором визите оценивалась степень НМТД при помощи объективной оценки по Baden-Walker и POP-Q; выявлялось явное и скрытое недержание мочи при напряжении при помощи кашлевого теста и пробы Вальсальвы; интенсивность жалоб измерялась при помощи шкалы NRS; проводилась оценка качества жизни при помощи опросника PFDI-20.

В качестве первичного исхода оперативного лечения оценивалась частота клинических симптомов НМТД на втором визите. В качестве вторичных исходов оперативного лечения оценивалась частота скрытого и явного недержания мочи и качество жизни при помощи опросника PFDI-20 на втором визите.

Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statsoft Statistica 6.0. Выборочные параметры, приводимые в таблицах, имеют следующие обозначения: n – объем анализируемой подгруппы, p – достигнутый уровень значимости. Абсолютные значения, представленные дискретными показателями, описывались медианой (Me) и межквартиль-

ным интервалом, относительные величины – процентными долями. При сравнении количественных признаков более двух независимых групп использовали однофакторный дисперсионный анализ. Оценка статистической значимости частотных различий в независимых группах осуществлялась при помощи критерия Пирсона χ^2 и точного критерия Фишера. При проверке нулевых гипотез критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Пациентки в исследуемых группах были сопоставимы по большинству критериев. Средний возраст женщин статистически значимо не различался и составил 67,6±4,6 лет в группе J, 68,4±4,4 лет в группе H ($U_{[56;30]}$=762, p=0,482).

Результаты анализа соматического анамнеза не выявили статистически значимого различия в частоте соматической патологии у пациенток обеих групп: патология сердечно-сосудистой системы встречалась у 71,4% в группе J и 83,3% в группе H, p=0,220; патология органов мочевыделительной системы выявлена у 3,5% в группе J и 13,3% в группе H, p=0,09; патология дыхательной системы встречалась у 17,8% в группе J и 33,3% в группе H, p=0,105; патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 14,2% в группе J и 16,6% в группе H, p=0,768.

Результаты анализа акушерско-гинекологического анамнеза показали, что по большинству критериев пациентки исследуемых групп статистически значимо не различались. Большинство женщин в исследуемых группах были замужем – 67,8% в группе J и 70% в группе H, p=0,838. Роды в анамнезе имели 100% женщин в группе J и в группе H; оперативным путем были родоразрешены 5,3% в группе J и 8,1% в группе H, p=0,197.

Медиана количества родов через естественные родовые пути в исследуемых группах статистически значимо не различалась и составила 1 (0;1) в группе J и 1 (0;1) в группе H, $U_{[56;30]}$=3424, p=0,527. Медиана количества родов оперативным путем в исследуемых группах статистически значимо не различалась и составила 0 (0;0) в группе J и 0 (0;0) в группе H, $U_{[56;30]}$=3034, p=0,478. Роды крупным плодом выявлены у 5,3% в группе J и 3,3% в группе H, p=0,871. Акушерский травматизм (разрывы промежности 2-3 степени, наложение акушерских щипцов) выявлен у 10,7% в группе J и 3,3% в группе H, p=0,232.

Менопауза выявлена у 100% в обеих группах, медиана длительности менопаузы составила 23 (22;24) года в группе J и 23 (22;25) года в группе H, $U_{[56;30]}$=863, p=0,597. МГТ терапию получали 5,3% в группе J и 0% в группе H, p=0,196.

Медицинские аборты в анамнезе имели 35,7% в группе J и 33,8% в группе H, p=0,825; медиана медицинских абортов составила 0 (0;1) в группе J и 0 (0;1) в группе H, $U_{[56;30]}$=3043, p=0,324.

Регулярной половой жизнью на момент обследования жили 14,2% в группе J и 13,3% в группе H, p=0,903.

При объективном исследовании избыточную массу тела (ИМТ=25–29,9) имели 32,1% женщин группы J и 33,3% женщин группы H, p=0,910; ожирение (ИМТ более 30) имели 19,6% женщин группы J и 26,6% женщин группы H, p=0,454.

Женщины обеих групп на визите 1 испытывали жалобы, связанные с НМТД (таблица 1).

Таблица 1

Структура жалоб у пациенток в исследуемых группах

Жалобы	Группа J (n=56)		Группа H (n=30)		P
	абс.	%	абс.	%	
Ощущение инородного тела	50	89,2	29	96,6	0,232
Неудержание мочи	46	82,1	21	70	0,195
Тазовая боль	44	78,5	25	83,3	0,597
Учащенное мочеиспускание	31	55,3	23	76,6	0,051
Затрудненное мочеиспускание	8	14,2	4	13,3	0,903
Сухость во влагалище	39	69,6	20	66,6	0,776
Диспареуния	44	78,5	18	60	0,067

Структура жалоб у женщин обеих групп статистически значимо не различалась. Ведущими жалобами у пациенток обеих групп были ощущение инородного тела во влагалище (89,2% в группе J и 96,6% в группе H, p=0,232), неудержание мочи (82,1% в группе J и 70% в группе H, p=0,195), тазовая боль (78,5% в группе J и 83,3% в группе H, p=0,597) и диспареуния (78,5% в группе J и 60% в группе H, p=0,067).

Показатели интенсивности жалоб на визите 1 у исследуемых женщин по шкале NRS представлены на рисунке 1.

Интенсивность жалоб у пациенток обеих групп статистически значимо не различалась и составила: 5 (3;6) баллов в группе J и 5 (3;5) баллов в группе H, $U_{[56;30]}$=823,5, p=0,992.

Половую жизнь вследствие НМТД ограничивали 78,5% женщин группы J и 60% женщин группы H, p=0,067.

Показатели качества жизни у женщин обеих групп на визите 1 с использованием короткой формы реестра расстройств со стороны тазового дна PFDI-20 представлены на рисунке 2.

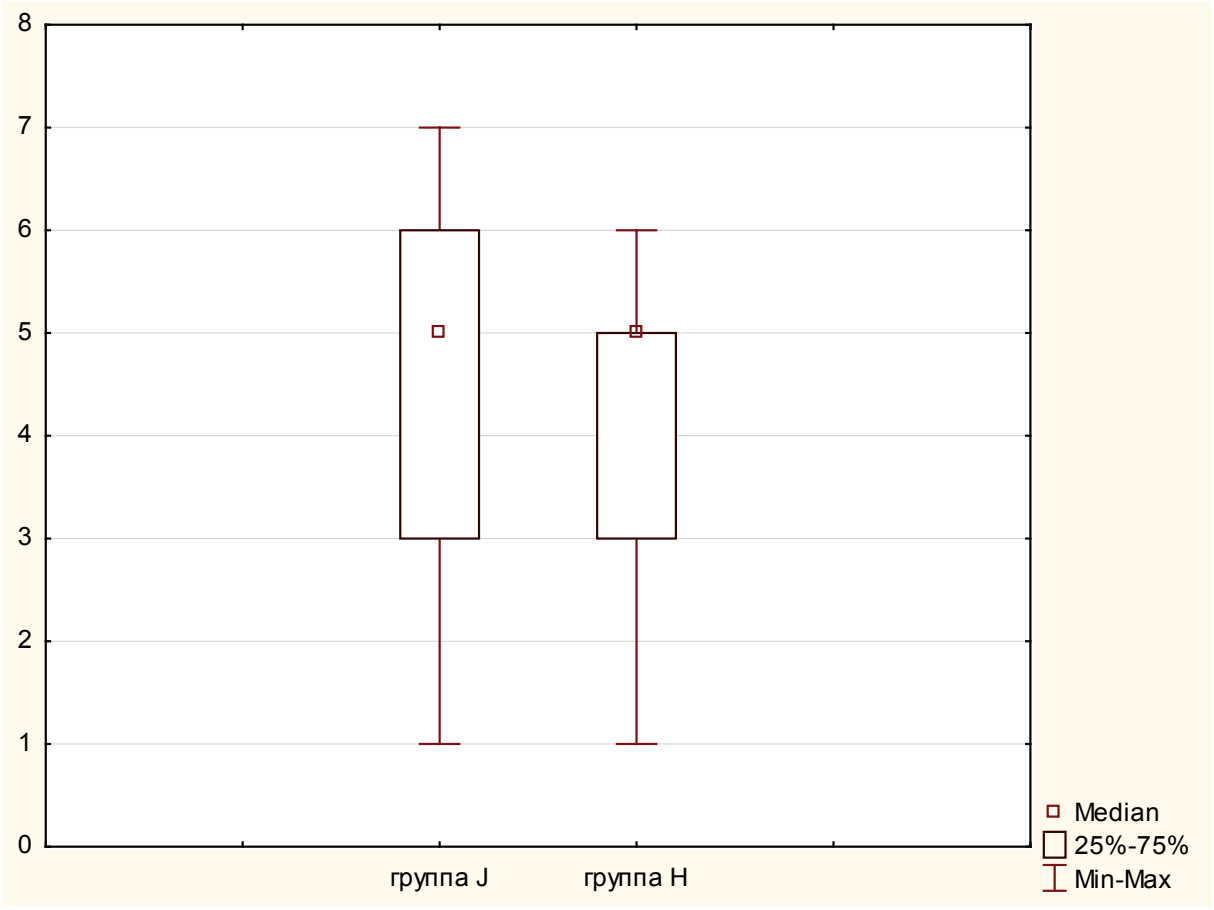

Рисунок 1 – Показатели интенсивности жалоб у исследуемых женщин по шкале NRS (визит 1).

По результатам анкетирования показатели качества жизни у женщин обеих групп на визите 1 статистически значимо не различались.

Показатели шкалы пролапса тазовых органов POPDI составили 91 (75;95) балл в группе J и 77 (75;91) баллов в группе H, $U_{[56;30]}$=656,5, p=0,097; показатели шкалы колоректально-анальных симптомов CRAD-8 составили 68 (68;71) баллов в группе J и 62 (59;71) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=518, p=0,068; показатели шкалы симптомов недержания мочи UDI-6 составили 83 (79;83) балла в группе J и 79 (70;83) баллов в группе H, $U_{[56;30]}$=697, p=0,198.

Общее значение PFDI-20 составило 245 (226;246) баллов в группе J и 226 (205;241) баллов в группе H, $U_{[56;30]}$=474,5, p=0,051

Результаты гинекологического исследования на визите 1 представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты гинекологического исследования пациенток обеих групп (визит 1)

Показатель	Группа J (n=56)		Группа H (n=30)		P
	абс.	%	абс.	%	
Атрофический кольпит	30	53,5	20	66,6	0,240
Декубитальная язва	3	5,3	3	10	0,420
Кашлевая проба	56	100	30	100	–
Проба Вальсальвы	52	92,8	28	93,3	0,930

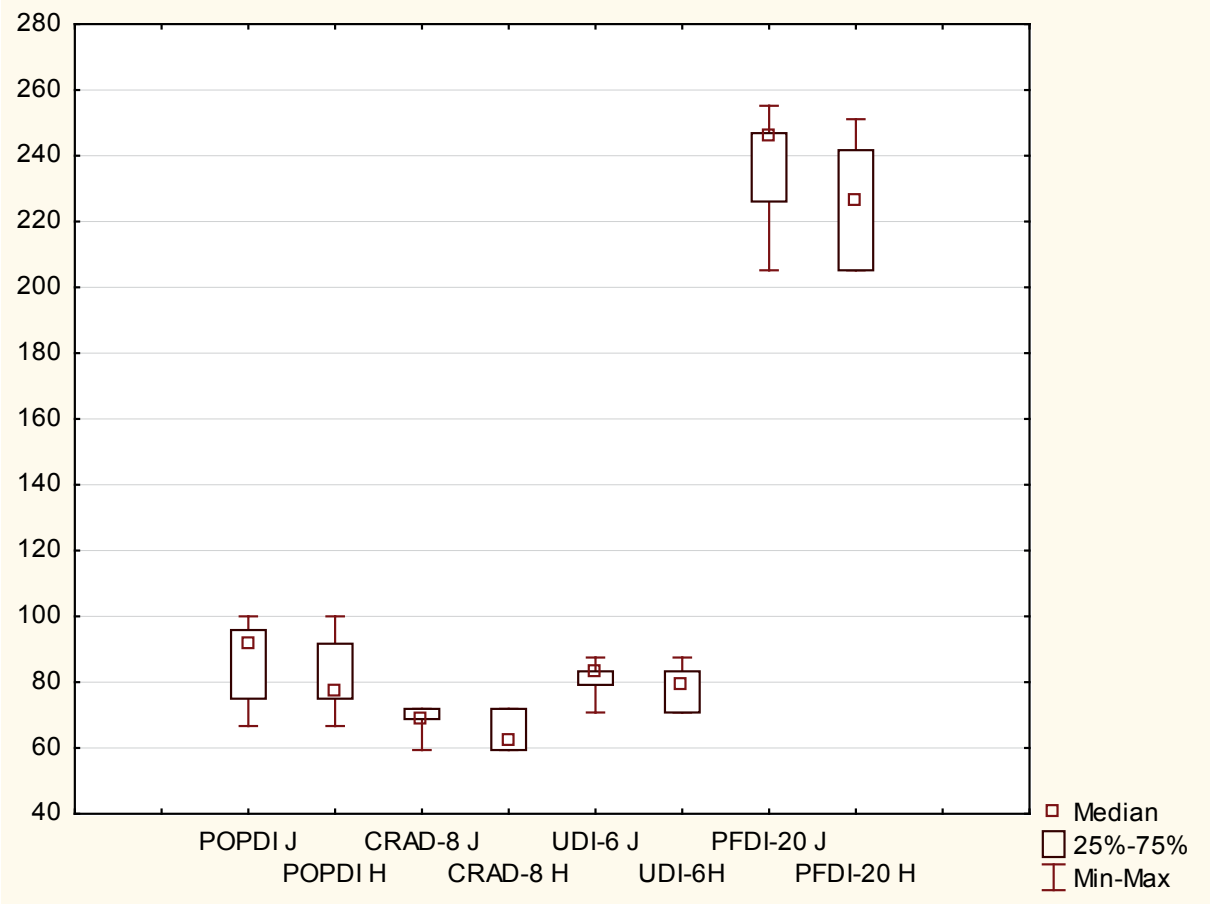

Рисунок 2 – Показатели шкал симптомов качества жизни с использованием короткой формы PFDI-20 (визит 1).

Жалобы женщин обеих групп на визите 2 через 12 месяцев после оперативного лечения НМТД представлены в таблице 3.

Структура жалоб у женщин обеих групп на визите 2 статистически значимо различалась: у пациентов группы J реже встречались все симптомы НМТД.

Показатели интенсивности жалоб на визите 2 у исследуемых женщин по шкале NRS представлены на рисунке 3.

Статистически значимого различия в интенсивности симптомов у пациенток обеих групп не выявлено: 5 (3;6) баллов в группе J и 5 (3;5) баллов в группе H, $U_{[56;30]}$=823,5, p=0,992.

Половую жизнь вследствие НМТД ограничивали 78,5% женщин группы J и 60% женщин группы H, p=0,067.

Показатели качества жизни у женщин обеих групп на визите 2 с использованием короткой формы реестра расстройств со стороны тазового дна представлены на рисунке 4.

Таблица 3

Структура жалоб у пациенток в исследуемых группах (визит 2)

Жалобы	Группа J (n=56)		Группа H (n=30)		P
	абс.	%	абс.	%	
Ощущение инородного тела	3	5,3	30	100	0,001
Неудержание мочи	2	3,5	22	73,3	0,001
Тазовая боль	7	12,5	24	80	0,001
Учащенное мочеиспускание	9	16,1	26	86,6	0,001
Затрудненное мочеиспускание	1	1,7	4	13,3	0,029
Сухость во влагалище	4	7,1	12	40	0,001
Диспареуния	4	7,1	16	53,3	0,001

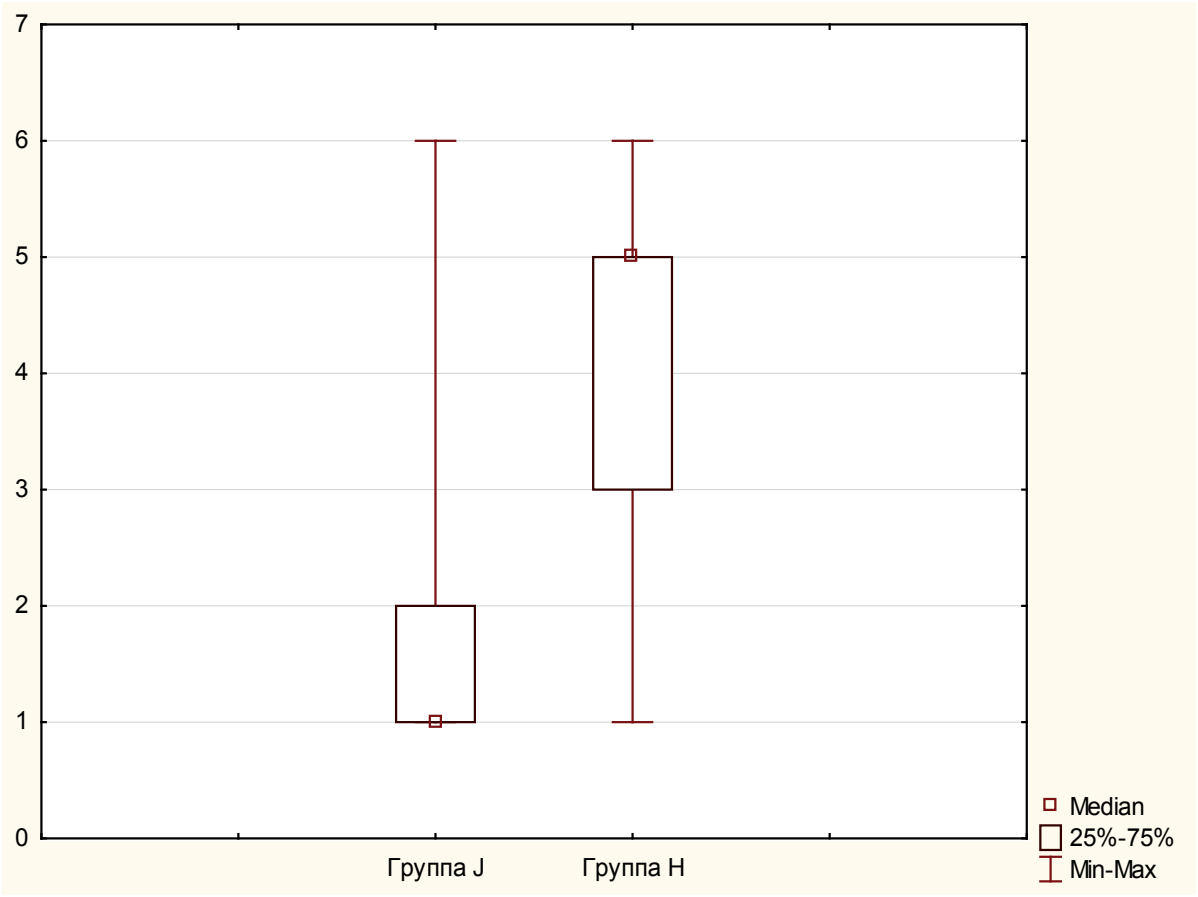

Рисунок 3 – Показатели интенсивности жалоб у исследуемых женщин по шкале NRS (визит 2).

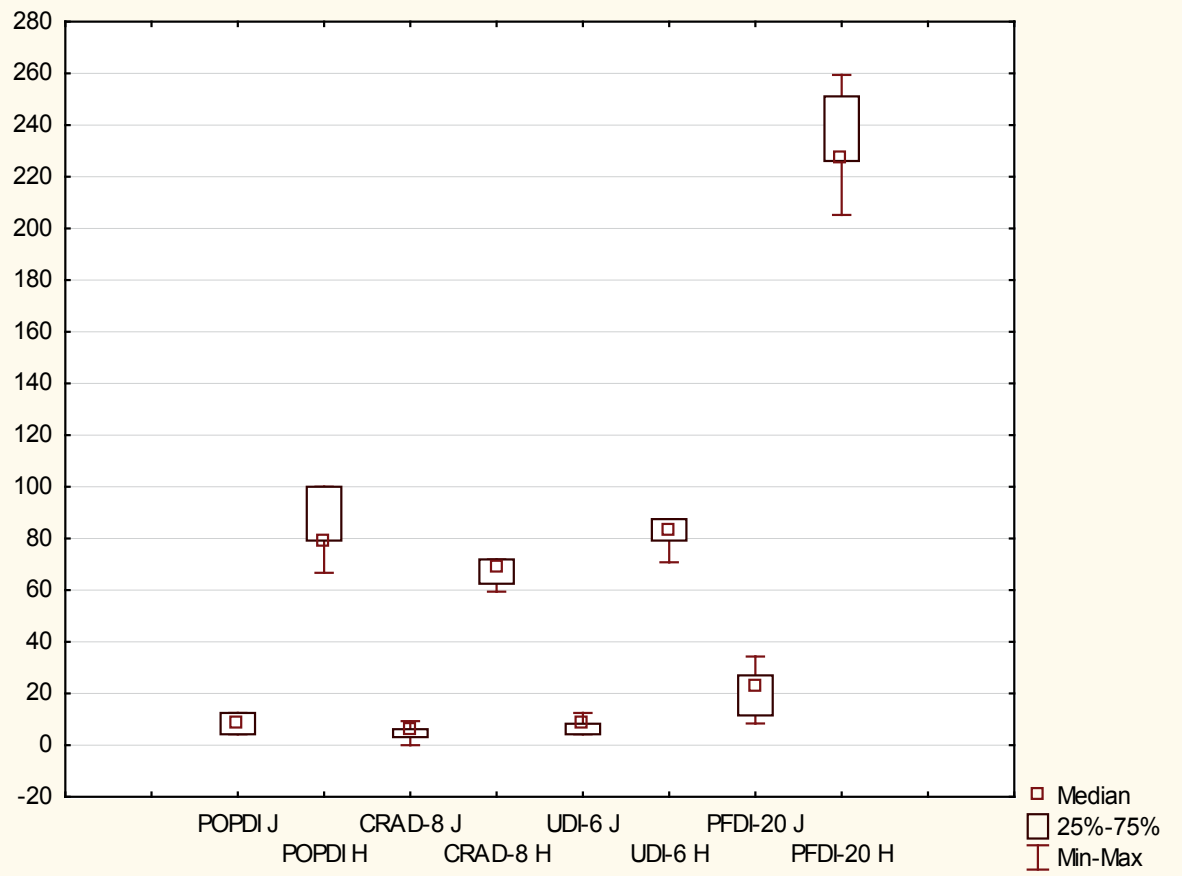

Рисунок 4 – Показатели шкал симптомов качества жизни с использованием короткой формы PFDI-20 (визит 2).

По результатам анкетирования, на визите 2 у женщин группы J произошло улучшение всех показателей качества жизни. Показатели шкалы пролапса тазовых органов POPDI составили 8,3 (4,2;12,5) балла в группе J и 79,2 (79,2;100) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=2145, p=0,001; показатели шкалы колоректально-анальных симптомов CRAD-8 составили 6,2 (3,1;6,2) балла в группе J и 68,8 (62,5;71,9) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=1967, p=0,742; показатели шкалы симптомов недержания мочи UDI-6 составили 8,3 (4,2;8,3) балла в группе J и 83,3 (79,2;87,5) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=2145, p=0,001.

Общее значение PFDI-20 составило 22,8 (11,5;27) балла в группе J и 227,2 (226,1;251) балла в группе H, $U_{[56;30]}$=2155, p=0,001.

Результаты гинекологического исследования на визите 2 представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты гинекологического исследования пациенток обеих групп (визит 2)

Показатель	Группа J (n=56)		Группа H (n=30)		P
	абс.	%	абс.	%	
Атрофический кольпит	8	14,2	21	70	0,001
Кашлевая проба	0	0	30	100	0,001
Проба Вальсальвы	0	0	30	100	0,001
Декубитальная язва	0	0	7	23,3	0,002

По мнению экспертов ВОЗ, у пациентов пожилого возраста часто наблюдается одновременное течение нескольких патологических процессов, быстрая декомпенсация и осложненное течение заболеваний, что требует особых подходов к их лечению и реабилитации [5]. Результаты проведенного исследования подтверждают это мнение – у женщин пожилого возраста НМТД 3 степени сочеталось с патологией сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, избыточной массой тела и ожирением, атрофическим кольпитом. Клиническое течение НМТД 3 степени у женщин пожилого возраста на первом визите характеризовалось высокой частотой синдрома мочевой инконтиненции, диспареунии и сексуальной дисфункции, с выраженной интенсивностью клинических симптомов по шкале NRS, с преобладанием симптомов пролапса тазовых органов и симптомов скрытого и явного недержания мочи по опроснику PFDI-20.

В настоящее время появление новых синтетических материалов и методик хирургической коррекции НМТД 3 степени произвело революцию в лечении этого заболевания [6]. Методы хирургической коррекции позволяют хорошо купировать симптомы пролапса, мочевой и каловой инконтиненции, однако вопрос об их эффективности у пациентов пожилого возраста, у которых за счет длительного дефицита половых гормонов имеются выраженные инволютивные изменения в репродуктивной системе, остается открытым [7]. Тем не менее, вторичные исходы исследования показали эффективность хирургической коррекции НМТД 3 степени у женщин пожилого возраста, улучшавшей качество жизни и снижавшей частоту и интенсивность симптомов заболевания.

Заключение

Хирургическая коррекция пролапса с применением сетчатых имплантов является эффективным методом лечения НМТД 3 степени у женщин пожилого возраста.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2019; 25(6): 397-408. doi: 10.1097/SPV.0000000000000794.

2. Iglesia C.B., Smithling K.R. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician*. 2017; 96(3):179-185.

3. Yang Z., Hu Q., Liu D., Zu J., Wu Y., Xia Z. Implementation of specially designed enhanced recovery after surgery protocols versus conventional protocol in total pelvic floor reconstructive surgery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019. doi: 10.1002/ijgo.13018.

4. Mozes V. Diagnosis and treatment of varicose veins of the pelvic vein in women with chronic pelvic pain syndrome. *The Pain*. 2006; 1(10): 14-17.

5. Bartsch F., Baumgart J., Tripke V., Hoppe-Lotichius M., Heinrich S., Lang H. Resection of intrahepatic cholangiocarcinoma in elderly patients - is it reasonable? *BMC Surg*. 2019; 19(1):157. doi: 10.1186/s12893-019-0620-7.

6. Eizenakh I., Vlasova V., Zaharov I., Mozes V. Early postoperative MESH-related complications after placing two- and four-sleeved synthetic implants in women with genitals prolapse. *Medicine in the Kuzbass*. 2017; 1:61-64.

7. Sifuentes R., Wolff B.J., Barnes H.C., Wozniak A., Mueller E.R., Pham T.T. You're How Old? Correlating Perioperative Complication Risk in Octogenarians Undergoing Colpocleisis for Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019. doi: 10.1097/SPV.0000000000000759.

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Мозес Вадим Гельевич, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а.
Тел.: (3842) 396433.
E-mail: vadimmoses@mail.ru

Информация об авторах

Короткевич Олеся Сергеевна, врач-акушер-гинеколог ГКУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29», г. Новокузнецк.
654038, г. Новокузнецк, пр. Советской Армии, 49.
Тел.: (3843) 536127.
E-mail: nkz-gkb29@kuzdrav.ru

Эйзенах Игорь Александрович, к.м.н., врач-уролог ГАУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1», г. Новокузнецк.
654057, г. Новокузнецк, пр. Бардина, 28.
Тел.: (3843) 324540.
E-mail: admin@1gkb-nk.ru

Соловьев Александр Владимирович, к.м.н., заведующий отделением урологии ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово.
650000, г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22.
Тел.: (3842) 396450.
E-mail: 05-guz-kokb@kuzdrav.ru

Власова Вероника Валерьевна, к.м.н., заведующая отделением гинекологии ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово.
650000, г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22.
Тел.: (3842) 396413.
E-mail: 05-guz-kokb@kuzdrav.ru

Мозес Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово.
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а.
Тел.: (3842) 734856.
E-mail: kemsma@kemsma.ru