

Опыт консервативного лечения пролапса гениталий с помощью урогинекологических пессариев

Г.Ю.Ярин^{1,2}, И.А.Вильгельми^{1,2}, Е.В.Люфт²

¹ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна» Минздрава России. 630091, Россия, Новосибирск, ул. Фрунзе, д. 17;

²АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии НИИТО». 630091, Россия, Новосибирск, ул. Фрунзе, д. 19а
✉ yaringennadiy@icloud.com

Актуальность. Проплапс тазовых органов является одним из наиболее распространенных заболеваний среди женщин во всем мире. Среди женщин в возрасте старше 50 лет заболеваемость в среднем составляет 41%. Методов лечения пролапса гениталий существует довольно много, они делятся на хирургические и нехирургические. Одним из методов консервативного лечения является использование пессариев. Эффективность терапии пессариями, по данным разных исследований, составляет приблизительно 60%.

Цель исследования – оценить безопасность и эффективность консервативного лечения пролапса гениталий с использованием кубического пессария на основании стандартизированных опросников.

Материалы и методы. В Центре урологии и гинекологии АНО «Клиника НИИТО» за период с августа 2015 г. по март 2016 г. было установлено 26 пессариев женщинам с разной степенью пролапса гениталий. Оценивались эффективность использования пессариев, удовлетворенность пациенток данным методом лечения, количество осложнений.

Выводы. Использование урогинекологического кубического пессария в лечении разных типов пролапса гениталий является достаточно эффективным методом ($p < 0,05$).

Заключение. Для определения безопасности и эффективности долговременной терапии необходимо проведение дальнейших исследований.

Ключевые слова: пролапс гениталий, пессарий, лечение пролапса гениталий.

Для цитирования: Ярин Г.Ю., Вильгельми И.А., Люфт Е.В. Опыт консервативного лечения пролапса гениталий с помощью урогинекологических пессариев. Гинекология. 2019; 21 (4): 24–26. DOI: 10.26442/20795696.2019.1.190228

Original Article

Experience of conservative treatment of genital prolapse with urogynecological pessaries

Gennady Y. Yarin^{1,2}, Inna A. Wilhelmi^{1,2}, Yevgeny V. Luft²

¹Ya.L.Tsivian Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopedics. 17, Frunze str., Novosibirsk, 630091, Russian Federation;

²Clinic of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery of NIITO. 19a, Frunze str., Novosibirsk, 630091, Russian Federation
✉ yaringennadiy@icloud.com

Abstract

Background. Pelvic organ prolapse is one of the most common women's diseases worldwide. Genital prolapse incidence among women over 50 is on average 41%. There are variety methods for genital prolapse treatment; they are divided into surgical and non-surgical ones. One of the conservative treatment methods is a use of pessaries. According to different studies an efficacy of pessary therapy is approximately 60%.

Aim to estimate a safety and efficacy of genital prolapse conservative treatment with a cube pessary on the basis on standardized questionnaires.

Outcomes and methods. In ANO "NRITO Clinic" Urology and Gynecology Center 26 women with various degree genital prolapse were treated with pessary within the period from August 2015 to March 2016. Efficacy of pessaries use, patient satisfaction with this treatment method and complications rate were estimated.

Results. Urogynecological cube pessary use in a treatment of various types of genital prolapse is quite an effective method ($p < 0.05$).

Conclusions. Further studies are required to determine a safety and efficacy of long-term pessary therapy.

Key words: genital prolapse, pessary, treatment of genital prolapse.

For citation: Yarin G.Yu., Vilgelmi I.A., Luft E.V. Experience of conservative treatment of genital prolapse with urogynecological pessaries. Gynecology. 2019; 21 (4): 24–26. DOI: 10.26442/20795696.2019.1.190228

Актуальность

Проплапс тазовых органов является одним из наиболее распространенных заболеваний среди женщин во всем мире, он проявляется потерей фиброзно-мышечной поддержки тазового дна. Проплапс гениталий определяется как опущение одного или нескольких тазовых органов: передняя стенка влагалища, мочевого пузыря, уретра, матка, культи влагалища, задняя стенка влагалища, прямая кишка, кишечник. Установлено, что риск подвергнуться оперативному лечению по поводу пролапса гениталий имеют 11,8% женщин во всем мире [1]. По данным зарубежных исследователей, среди женщин в возрасте старше 50 лет заболеваемость пролапсом гениталий в среднем составляет 41% [2, 3]. В одном из многоцентровых обзорных исследований было установлено, что риск развития пролапса гениталий увеличивается на 4% за каждый год жизни женщины [4]. Учитывая ожидаемый рост продолжительности жизни и увеличение доли пожилого населения во всем мире, заболе-

ваемость пролапсом гениталий будет продолжать расти и в ближайшие 20–30 лет увеличится вдвое [5, 6].

Считается, что основными факторами риска развития пролапса гениталий являются вагинальные роды, процесс старения, увеличение массы тела, а также дефицит эстрогенов [7]. Обнаружена четкая взаимосвязь между самопроизвольными родами и развитием пролапса, причем каждые последующие роды увеличивают риск прогрессии пролапса на 10% [2]. Однако некоторые исследователи большее значение придают не родовому акту как таковому, а именно факту вынашивания беременности [4], особенно при наличии генетически обусловленной дисплазии соединительной ткани [8].

В настоящее время предложено множество разных классификаций пролапса гениталий. Наибольшее распространение во всем мире получила стандартизованная классификация Pelvic organ prolapse quantification (POP-Q), рекомендованная Международным обществом по удержанию

Таблица 1. Характер жалоб у больных с пролапсом гениталий
Table 1. A nature of complaints in patients with genital prolapse

Характер жалоб	Абс.	%
Чувство инородного тела в области промежности	25	96,2
Тазовые боли	8	30,8
Сухость, зуд в области наружных половых органов	12	46,2
Обструктивное мочеиспускание	11	42,3
Ургентное мочеиспускание	5	19,2
Стрессовое недержание мочи	8	30,8
Затруднение опорожнения кишечника	6	23,1
Недержание газов	2	7,7

мочи (International Continence Society) в 1996 г. [9]. Она позволяет получать воспроизводимые результаты, количественно производить оценку степени пролапса гениталий вне зависимости от положения тела пациентки и тем самым дает возможность сравнивать данные различных исследований.

Существует большое количество методов лечения пролапса гениталий, принципиально они делятся на хирургические и нехирургические. Способов хирургического лечения пролапса гениталий существует достаточно много. Однако единого алгоритма выбора того или иного метода при определенных видах и степенях пролапса также не разработано.

Консервативное лечение пролапса тазовых органов включает в себя: модификацию образа жизни, в том числе снижение массы тела, тренировки мышц тазового дна, использование местной гормональной терапии препаратами эстриола, а также механическую поддержку с использованием пессариев [10, 11].

Вагинальные пессарии для лечения пролапса тазовых органов используются еще с древних времен. Первый положительный опыт применения данного метода лечения описан Гиппократом в IV в. до н.э. Пессарии разной формы из различных материалов использовались длительное время во всем мире. Однако с развитием хирургических и анестезиологических технологий частота применения пессариев значительно сократилась [12]. В настоящее время врачи-гинекологи имеют небольшой опыт консервативного лечения пролапса гениталий при помощи установки пессариев. Кохрановский обзор публикаций 2013 г. по поводу применения пессариев в лечении пролапса гениталий показал, что было проведено одно рандомизированное исследование по эффективности использования кольцевидного и грибовидного пессариев у 134 женщин, отказавшихся от оперативного лечения [10, 13]. Эффективность терапии пессариями, по данным разных исследований, составляет приблизительно 60% [10, 14]. При этом до настоящего времени не разработано четких рекомендаций в отношении показаний к использованию определенных типов пессариев, длительности применения, вариантов замены [10].

Целью установки пессария является обеспечение поддержки внутренних органов в правильном анатомическом положении, что позволяет значительно улучшить качество жизни женщины. Консервативное лечение может предшествовать оперативному либо применяться у пожилых женщин, имеющих противопоказания к оперативному лечению, а также при отказе пациенток от оперативного лечения [15].

Цель исследования – оценить безопасность и эффективность консервативного лечения пролапса гениталий с использованием кубического пессария на основании стандартизированных опросников.

Материалы и методы

В Центре урологии и гинекологии АНО «Клиника НИИТО» в 2015 г. организован кабинет консервативного

Таблица 2. Эффективность консервативного лечения пролапса гениталий с использованием кубического пессария
Table 2. An efficacy of genital prolapse conservative treatment with a cube pessary

Опросник	Исходно	Через 6 мес после установки пессария
PFDI-20*	174±3,02	94,7±1,76
QOL**	4,44±0,12	2,16±0,07

* $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

лечения пролапса гениталий. За период с августа 2015 г. по март 2016 г. было установлено 26 кубических пессариев женщинам с разной степенью пролапса гениталий. В течение 6 мес оценивались эффективность использования пессариев, удовлетворенность пациенток данным методом лечения, количество осложнений и нежелательных явлений.

Перед установкой пессария проводилось стандартное обследование: общий анализ мочи, бактериальный посев мочи, ультразвуковое исследование органов малого таза, почек, мочевого пузыря с определением остаточной мочи, цитологическое исследование шейки матки, брался мазок на микрофлору из влагалища, заполнялись опросники Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire (PFDI-20), оценки качества жизни (quality of life – QOL), позволяющие оценить выраженность симптомов пролапса и нарушения функции соседних органов, а также влияние заболевания на общее качество жизни.

Всем пациенткам был установлен кубический урогинекологический пессарий, назначались локальные эстрогены (эстриол) в форме крема 2 раза в неделю, проводилось обучение пациенток правилам использования пессария, а также давались рекомендации по модификации образа жизни.

Оценка эффективности лечения проводилась по результатам опросников PFDI-20, QOL через 6 мес.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов описательной и аналитической статистики с помощью компьютерной программы SPSS 16, с определением достоверности различий между частотами при помощи расчета критерия Манна–Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В исследуемой группе были женщины в возрасте от 63 до 86 лет, средний возраст составил 73,2 года. В данное исследование включены женщины с апикальным пролапсом без или в сочетании с другими видами пролапса. Число женщин с пролапсом гениталий 2-й степени по классификации POP-Q составило 3, 3-й степени – 14, 4-й степени – 9. При этом пациентки предъявляли следующие жалобы: чувство инородного тела в области промежности, сухость, зуд в области наружных половых органов, обструктивное мочеиспускание, недержание мочи, тазовые боли (табл. 1).

В ходе наблюдения от использования пессария не отказалась ни одна женщина. Из осложнений и нежелательных явлений были выявлены: увеличение количества вагинальных выделений, дискомфорт в области вульвы у трех женщин (купировались назначением местных противовоспалительных препаратов); декубитальная язва шейки матки у 1-й пациентки – образовалась вследствие неправильного использования пессария (срок непрерывного использования пессария составил более 17 дней), у 2 пациенток в процессе использования пессария усилились симптомы стрессового недержания мочи.

Через 6 мес все пациентки были приглашены на контрольный осмотр, где им было предложено заполнить опросники повторно. Динамика показателей опросников PFDI-20, QOL на фоне терапии представлена в табл. 2.

При анализе полученных данных по динамике баллов опросника PFDI-20 можно утверждать, что в данной группе сравнения с достоверностью 99% имеется положительный эффект консервативного лечения пролапса гениталий. Так,

в среднем на 54% пациентки отметили уменьшение симптомов, непосредственно связанных с выпадением тазовых органов, включая уменьшение тяжести и дискомфорта в области промежности, количества дневных мочеиспусканий. Пациентки с obstructивными симптомами отметили отсутствие необходимости вправления стенки мочевого пузыря во время мочеиспускания. Пациентки со стрессовым недержанием мочи фиксировали меньшее количество теряемой мочи при напряжении. Однако 2 пациентки предъявили жалобы на усиление симптомов недержания мочи при кашле, чиханье, ходьбе, ранее их практически не беспокоившие. Этим пациенткам было предложено поменять пессарий на чашечно-уретральный. В целом качество жизни пациенток улучшилось по опроснику QOL на 48% ($p < 0,05$).

Заключение и выводы

Таким образом, использование урогинекологического кубического пессария в лечении разных типов пролапса гениталий является достаточно эффективным методом. Особенно актуальной эта методика является у женщин в пожилом возрасте, при отказе или при наличии противопоказаний к оперативному лечению. Эффективность использования кубического пессария обусловлена его поддерживающим эффектом, а особенности конструкции обеспечивают простоту применения и низкую частоту осложнений и нежелательных явлений. Отмечается хорошая приверженность пациенток данной терапии. Для определения безопасности и эффективности долговременной терапии необходимо проведение дальнейших исследований.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Литература/References

1. Fialkow MF, Newton KM, Lentz GM, Weiss NS. Lifetime risk of surgical management for pelvic organ prolapse or urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19 (3): 437–40.

2. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186 (6): 1160–6.
3. Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ et al. The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20: 1037–45.
4. Swift S, Woodman P, O'Boyle A et al. Pelvic Organ Support Study (POSS): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192 (3): 795–806.
5. Drutz HP, Alarab M. Pelvic organ prolapse: demographics and future growth prospects. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17 (Suppl. 1): S6–9.
6. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184 (7): 1496–501.
7. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007; 369: 1027–38.
8. Lin SY, Tee YT, Ng SC et al. Changes in the extracellular matrix in the anterior vagina of women with or without prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18 (1): 43–8.
9. Bump RC, Mattiasson A, Bø K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175 (1): 10–7.
10. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2.
11. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 12.
12. Bash KL. Review of vaginal pessaries. *Obstet Gynecol Surv* 2000; 55 (7): 455–60.
13. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196 (4): 405.e1–8.
14. Ramsay S, Tu LM, Tannenbaum C. Natural history of pessary use in women aged 65–74 versus 75 years and older with pelvic organ prolapse: a 12-year study. *Int Urogynecol J* 2016; 12.
15. Milart P, Woźniakowska E, Czuczwar P, Woźniak S. Pelvic organ prolapse in women: how is it diagnosed and treated currently? *Prz Menopausalny* 2015; 14 (3): 155–60.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Ярин Геннадий Юрьевич – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния нейровертебрологии ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л.Цивьяна», зам. дир. по хирургической части, зав. хирургическим отд-нием АНО «Клиника НИИТО». E-mail: yaringennadiy@icloud.com

Вильгельми Инна Александровна – мл. науч. сотр. отд-ния нейровертебрологии ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л.Цивьяна», врач-гинеколог хирургического отд-ния АНО «Клиника НИИТО». E-mail: vilgelmi@ngs.ru

Люфт Евгений Валерьевич – врач-гинеколог хирургического отд-ния АНО «Клиника НИИТО». E-mail: evluft@mail.ru

Gennady Y. Yarin – PhD, J.L.Tsivian Clinic of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery of NIITO, Department of Neurovertebrology Leading Researcher, deputy director of surgery, head of NRITO Clinic surgery department. E-mail: yaringennadiy@icloud.com

Inna A. Wilhelmi – J.L.Tsivian NIITO Department of Neurovertebrology Junior Researcher, gynecologist of NRITO Clinic surgery department. E-mail: vilgelmi@ngs.ru

Yevgeny V. Luft – gynecologist of NRITO Clinic surgery department. E-mail: evluft@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received:

Статья принята к печати / The article approved for publication: