

Статья поступила в редакцию 21.05.2020 г.

Меховская Л.Ю., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Мозес К.Б.
Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева,
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА АРАБИН В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цель – определить эффективность гинекологических пессариев Dr. Arabin в лечении несостоятельности мышц тазового дна у женщин пожилого возраста.

Материалы и методы. Сплошным методом были отобраны 41 женщина в возрасте от 60 до 80 лет с недостаточностью мышц тазового дна и явным или скрытым недержанием мочи. Все пациентки были распределены на 2 группы: А (n = 27), пациенты с недостаточностью мышц тазового дна 2-3 степени, не желающие подвергаться оперативному лечению; В (n = 14), пациенты с недостаточностью мышц тазового дна 2-3 степени, которым планировалось оперативное лечение. Все женщины применяли гинекологический пессарий Dr. Arabin (пессарий кубический с кнопкой WPLK перфорированный).

Исходы лечения изучались через 6 месяцев от начала использования гинекологического пессария Dr. Arabin. В качестве первичного исхода лечения изучалась частота явной и скрытой (кашлевой тест и проба Вальсальвы) мочевого инконтиненции; вторичного исхода лечения – частота тазовой боли и диспареунии, степень пролапса по классификации Baden-Walker.

Результаты. Через 6 месяцев пациенты, применяющие гинекологический пессарий Dr. Arabin, меньше испытывали симптомы явного и скрытого, определяющегося кашлевым тестом и пробой Вальсальвы, недержания мочи; меньше жаловались на тазовую боль и диспареунию.

Десять пациенток группы В после 6 месяцев применения гинекологического пессария Dr. Arabin, отказались от ранее предложенного оперативного лечения.

Проведенное исследование подтверждает факт самостоятельного консервативного лечения гинекологическим пессарием Dr. Arabin у женщин с недостаточностью мышц тазового дна.

Заключение. Применение гинекологических пессариев Dr. Arabin является эффективным методом лечения недостаточности мышц тазового дна 2-3 степени у женщин пожилого возраста, которые не желают подвергаться оперативному лечению.

Ключевые слова: пролапс гениталий; гинекологический пессарий Dr. Arabin

Mekhovskaya L.Y., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V., Mozes K.B.

S. V. Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

EXPERIENCE OF USING DR. ARABIN'S GYNECOLOGICAL PESSARY IN CLINICAL PRACTICE

Aim – to determine the effectiveness of Dr. Arabin gynecological pessaries in the treatment of pelvic floor muscle failure in elderly women.

Materials and methods. A solid method was used to select 41 women aged 60 to 80 years with pelvic floor muscle insufficiency and obvious or hidden urinary incontinence. All patients were divided into 2 groups: A (n = 27), patients with pelvic floor muscle insufficiency of 2-3 degrees who did not want to undergo surgical treatment; B (n = 14), patients with pelvic floor muscle insufficiency of 2-3 degrees who were scheduled for surgical treatment. All women used Dr. Arabin gynecological pessary (cubic pessary with wplk button perforated).

Treatment outcomes were studied 6 months after the start of using the Dr. Arabin gynecological pessary. The primary outcome of treatment was the frequency of overt and covert urinary incontinence (cough test and Valsalva test); the secondary outcome of treatment was the frequency of pelvic pain and dyspareunia, and the degree of prolapse according to the Baden – Walker classification.

Results. After 6 months, patients using the gynecological pessary Dr. Arabin less experienced symptoms of overt and hidden, determined by a cough test and a Valsalva test, urinary incontinence; less complained of pelvic pain and dyspareunia.

Ten patients of group B after 6 months of using the gynecological pessary Dr. Arabin refused the previously offered surgical treatment.

The study confirms the fact of independent conservative treatment with Dr. Arabin gynecological pessary in women with pelvic floor muscle insufficiency.

Корреспонденцию адресовать:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.
Тел: +7 (3842) 73-48-56
E-mail: elginas.i@mail.ru

Информация для цитирования:

Меховская Л.Ю., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Мозес К.Б.
Опыт применения гинекологического пессария Доктора Арабин в
клинической практике // Мать и Дитя в Кузбассе. 2020. №3(82).
С. 56-60.

DOI: 10.24411/2686-7338-2020-10036

Conclusion. The use of gynecological pessaries Dr. Arabin is an effective method of treating pelvic floor muscle insufficiency of 2-3 degrees in elderly women who do not want to undergo surgical treatment.

Key words: genital prolapse; gynecological pessary Dr. Arabin

Несостоятельность мышц тазового дна является актуальной проблемой современной медицины. В крупных исследованиях последних лет подчеркивается рост распространенности заболевания, отдельные проявления которого, по разным данным, встречаются у 2,9-53,0 % женщин [1, 2]. Проплап тазовых органов является важной социальной проблемой и многие отмечают значительное снижение всех компонентов качества жизни [1, 2].

Проплап тазовых органов является «женским уделом», так как гендерные анатомо-физиологические особенности строения тазового дна у женщин создают условия для формирования заболевания уже в молодом возрасте. Отличительной особенностью несостоятельности мышц тазового дна является прогрессирующее течение, что приводит к увеличению частоты и степени тяжести клинических проявлений заболевания с возрастом больного [3, 4].

Современные подходы к решению проблемы несостоятельности мышц тазового дна включают в себя консервативные и оперативные методы лечения. Каждый из методов лечения имеет свои преимущества и недостатки, поэтому применяются в отдельных целевых группах. Ведущим методом лечения пролапса тазовых органов является хирургическая коррекция, при которой производится искусственный неофасциогенез, с формированием новых точек опоры и поддержки тазового дна [5-8]. Тем не менее, в практической деятельности акушера-гинеколога встречаются пациенты с пролапсом тазовых органов, которым выполнение хирургической коррекции по тем или иным причинам противопоказано, либо они осознанно отказываются от оперативного лечения в связи с рецидивом пролапса, опасением анестезиологического пособия и нежеланием оперативного вмешательства [9-11]. Для таких пациентов лечение ограничивается консервативными методами, среди которых перспективным является применение гинекологических пессариев Dr. Arabin.

Клинических исследований, оценивающих эффективность такого лечения у женщин пожилого возраста, в литературе недостаточно, что определило цель исследования.

Цель исследования — определить эффективность гинекологических пессариев Dr. Arabin в

лечении несостоятельности мышц тазового дна у женщин пожилого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в период 2018-2019 гг. на базе ГАУЗ КО Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева. Исследование было проведено с соблюдением этических норм в соответствии с Хельсинкской декларацией ВОЗ «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.

Всего было два этапа исследования.

На первом этапе исследование сплошным методом были отобраны 41 пожилых женщин с несостоятельностью мышц тазового дна 1-2 степени, сопровождающейся явным или скрытым стрессовым недержанием мочи, не желающие подвергаться оперативному лечению или которым планировалось оперативное лечение.

Критериями включения на данном этапе являлись: возраст женщин от 60 до 80 лет, информированное согласие на участие в исследовании, наличие несостоятельности мышц тазового дна 2-3 степени, сопровождающейся стрессовым недержанием мочи.

Критериями исключения на данном этапе являлись: возраст женщин моложе 60 или старше 80 лет, отказ женщин от участия в исследовании, наличие тяжелой соматической патологии по основным классам заболеваний (МКБ-10), являющейся противопоказанием для консервативного лечения несостоятельности мышц тазового дна, наличие несостоятельности мышц тазового дна 4 степени, отсутствие стрессового недержания мочи.

Всем женщинам проводилось обследование согласно рубрике «Опущение и выпадение внутренних половых органов в сочетании с недержанием мочи или без» Приказа Минздрава РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Сведения об авторах:

МЕХОВСКАЯ Лариса Юрьевна, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог, ГАУЗ КО КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

E-mail: vadimmoses@mail.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент, кафедра поликлинической терапии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

Всем пациенткам проводилось социологическое исследование, включающее анкетирование и интервьюирование при помощи стандартизированной анкеты. Для диагностики и определения степени несостоятельности мышц тазового дна использовался объективный метод Baden–Walker. Для определения стадии заболевания использовалось ультразвуковое исследование органов малого таза трансвагинальным и трансабдоминальным способом с использованием классификационной системы POP-Q. Для диагностики явного и скрытого недержания мочи при напряжении использовался кашлевой тест и проба Вальсальвы.

Диагноз несостоятельности мышц тазового дна устанавливался на основе критериев, разработанных в результате клинических, инструментальных и лабораторных исследований в соответствии с позицией N81.2 – N81.4 МКБ X-го пересмотра.

Все пациентки были распределены на 2 группы: А ($n = 27$), пациенты с недостаточностью мышц тазового дна 2-3 степени, не желающие подвергаться оперативному лечению; В ($n = 14$), пациенты с недостаточностью мышц тазового дна 2-3 степени, которым планировалось оперативное лечение. Все женщины пользовались гинекологическим пессарием Dr. Arabin (пессарий кубический с кнопкой WPLK перфорированный). Размер пессария подбирался индивидуально после осмотра пациентки.

Второй этап исследования проводился через 6 месяцев: проводилось социологическое исследование, включающее анкетирование и интервьюирование при помощи стандартизированной анкеты. Для определения степени недостаточности мышц тазового дна использовался объективный метод Baden–Walker. Для определения стадии заболевания использовалось ультразвуковое исследование органов малого таза трансвагинальным и трансабдоминальным способом с использованием классификационной системы POP-Q. Для диагностики явного и скрытого недержания мочи при напряжении использовался кашлевой тест и проба Вальсальвы.

В качестве первичного исхода лечения изучалась частота явной и скрытой (кашлевой тест и проба Вальсальвы) мочевого инконтиненции; вторичного исхода лечения – частота тазовой боли и диспареунии, степень пролапса по классификации Baden–Walker.

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 межквартильным интервалом, относительные величины – процентными долями. При сравнении количественных признаков двух независимых групп использовались непараметрический U -критерий Манна–Уитни. Оценка статистической значимости частотных различий в двух 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

Пациентки в обеих группах были сопоставимы по большинству критериев.

В структуре жалоб пациенток обеих групп преобладали мочевого инконтиненция (83,3 % и 88,0 % соответственно, $p = 0,64$), тазовая боль (66,6 % и 80,0 % соответственно, $p = 0,29$).

Средний возраст исследуемых женщин статистически значимо не различался и составил $65,8 \pm 4,1$ лет в группе А и $66,1 \pm 4$ лет в группе В, $U_{[24;25]} = 299$, $p = 0,99$.

В обеих группах большинство пациенток не работали – 62,6 % и 72,0 % соответственно, $p = 0,61$. Индекс массы тела у всех пациенток в обеих группах не превышал 28.

У пациенток обеих групп преобладали вредные привычки: курение у 45,8 % и 56,0 % соответственно, $p = 0,68$, низкая физическая активность – 70,8 % и 60,0 %, $p = 0,42$.

Большинство женщин в обеих группах были замужем – 79,2 % и 84,0 % соответственно, $p = 0,88$. Все пациентки в обеих группах имели в анамнезе роды и чаще всего были родоразрешены через естественные родовые пути – 83,3 % и 72,0 % соответственно, $p = 0,73$.

В гинекологическом анамнезе миома матки выявлена у 37,5 % и 32,0 % соответственно, $p = 0,77$; ВЗОМТ – у 45,8 % и 40,0 % соответственно, $p = 0,79$; гиперпластический процесс эндометрия – у 12,5 % и 20,0 % соответственно, $p = 0,54$.

При объективном исследовании пациенток зияние половой щели выявлено у 41,6 % и 68,0 %

Information about authors:

МЕКHOVSKAYA Larisa Yuryevna, candidate of medical sciences, obstetrician-gynecologist, Kemerovo regional clinical hospital named. S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

MOZES Kira Borisovna, assistant, department of polyclinic therapy, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

соответственно, $p = 0,03$. Степень пролапса по классификации Baden-Wolker у пациенток группы А составила 2-3, у пациенток группы В – 2-3, $p = 0,05$. Структура стадии пролапса по классификационной системе POP-Q была представлена опущением матки, передней и задней стенок влагалища, (65,0 % и 80,0 %; 8,3 % и 16,0 %; 8,3 % и 4,0 %, соответственно).

Кашлевой тест и проба Вальсальвы была положительной у 100,0 % пациенток в обеих группах.

Структура жалоб пациенток обеих групп через 6 месяцев после лечения представлена на рисунке.

На недержание мочи жаловались 12,5 % в группе А и 10,0 % в группе В, $p = 0,06$; на тазовую боль – 20,8 % и 22,0 % соответственно, $p = 0,07$; диспареунию – 20,8 % и 28,0 % соответственно, $p = 0,05$.

При объективном исследовании пациенток частота зияния половой щели в обеих группах не изменилась и составила 41,6 % и 68,0 % соответственно, $p = 0,06$. Кашлевой тест и проба Вальсальвы была положительной у 25,0 % в группе А и у 26,0 % в группе В, $p = 0,08$.

Десять пациенток группы В после 6 месяцев применения гинекологического пессария Dr. Arabin отказались от ранее предложенного оперативного лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

В лечении пролапса тазовых органов ведущее место занимают хирургические методы коррекции тазового дна. Современные синтетические материалы совершили революцию в реконструктивной хирургии, позволяя быстро и недорого формировать искусственный неофасциогенез с минимумом осложнений для пациента. Хирургические методы лечения хорошо регулируют клинические проявления пролапса, в том числе и самые негативные для пациента – мочевою и каловую инконтиненцию [12-15].

К сожалению, существуют больные, которым выполнение хирургической коррекции по тем или

иным причинам противопоказано, а некоторые осознанно не желают подвергаться оперативному лечению. Такие больные ограничиваются применением различного рода влагалищных пессариев, позволяющего уменьшить проявления мочевого инконтиненции [12-15].

Проведенное исследование показало, что, у женщин в пожилом возрасте применение гинекологических пессариев Dr. Arabin при пролапсе 2-3 степени, сопровождающемся явным или скрытым недержанием мочи, является эффективной техникой управления заболеванием. Пациенты, применявшие в течение 6 месяцев гинекологический пессарий Dr. Arabin меньше испытывали симптомы явного и скрытого недержания мочи, определяющегося кашлевым тестом и пробой Вальсальва, меньше жаловались на тазовую боль и диспареунию.

Десять пациенток группы В после 6 месяцев применения гинекологического пессария Dr. Arabin отказались от ранее предложенного оперативного лечения.

Проведенное исследование подтверждает факт возможности самостоятельного консервативного лечения гинекологическим пессарием Dr. Arabin у женщин с недостаточностью мышц тазового дна.

ВЫВОДЫ

Применение гинекологических пессариев Dr. Arabin является эффективным методом лечения недостаточности мышц тазового дна 2-3 степени у женщин пожилого возраста, которые не желают подвергаться оперативному лечению.

Информация о финансировании и конфликте интересов

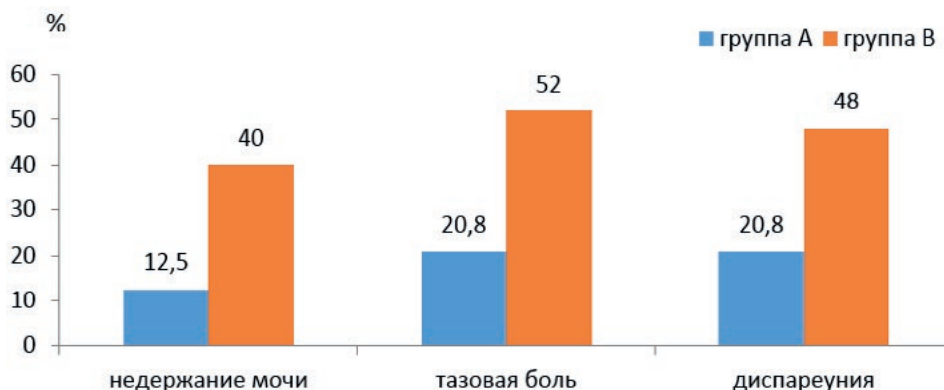
Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Рисунок

Структура жалоб пациенток обеих групп после лечения (второй этап исследования)

Figure

The structure of prolapse before treatment in patients of both groups according to the classification system POP-Q (second stage of research)



ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Rakibul M Islam, John Oldroyd, Md Nazmul Karim. Systematic review and meta-analysis of prevalence of, and risk factors for, pelvic floor disorders in community-dwelling women in low and middle-income countries: a protocol study. *BMJ Open*. 2017; 7(6): 571-581.
2. Hedwig Neels, Wiebren AA Tjalma, Jean-Jacques Wyndaele. Knowledge of the pelvic floor in menopausal women and in peripartum women. *J Phys Ther Sci*. 2016; 28(11): 3020-3029.
3. Deng T, Liao B, Luo D, Shen H, Wang K. Risk factors for mesh erosion after female pelvic floor reconstructive surgery: a systematic review and meta-analysis. *BJU Int*. 2016; 117(2): 323-343.
4. Wu JM, Dieter AA, Pate V et al. Cumulative incidence of a subsequent surgery after stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse procedure. *Obstet Gynecol*. 2017; 129: 1124-1130.
5. Maher Ch, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2013; (4): CD004014.
6. Yaschuk AG, Musin II, Popova EM et al. Surgical treatment of stress urinary incontinence in women using collagen material. *Experimental and Clinical Urology*. 2015; 4: 124-126. Russian (Ящук А.Г., Мусин И.И., Попова Е.М. и др. Хирургическое лечение стрессового недержания мочи у женщин с применением коллагенового материала // Экспериментальная и клиническая урология. 2015. № 4. С. 124-126.)
7. Younger A, Rac G, Quentin C et al. Pelvic organ prolapse surgery in academic female pelvic medicine and reconstructive surgery urology practice in the setting of the Food and Drug Administration public health notifications. *Urology*. 2016; 91: 46-50.
8. Bezhenar VF, Rusina EI, Tsuladze LK, Tsyurdeyeva AA, Pavlova NG, Guseva ES et al. Prognostic and predisposing risk factors for perinatal pathology in women with various forms of hyperhomocysteinemia. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2012; 61(5): 30-37. Russian (Беженарь В.Ф., Русина Е.И., Цуладзе Л.К., Цыпурдеева А.А., Павлова Н.Г., Гусева Е.С. и др. Эффективный клинический опыт использования субуретральных слингов в лечении недержания мочи у женщин // Журнал акушерства и женских болезней. 2012. Т. 61, № 5. С. 30-37.)
9. Cao TT, Sun XL, Wang SY, et al. Porcine small intestinal submucosa mesh for treatment of pelvic organ prolapsed. *Chin. Med. J*. 2016; 129: 2603-2609.
10. Mourtialon P, Letouzey V, Eglin G et al. Transischioanal trans- sacrospinous ligament rectocele repair with polypropylene mesh: a prospective study with assessment of rectoanal function. *Int. Urogynecol. J*. 2013; 24: 81-89.
11. Svabik K, Martan A, Masata J et al. Comparison of vaginal mesh repair with sacrospinous vaginal colpopexy in the management of vaginal vault prolapse after hysterectomy in patients with levator ani avulsion: a randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014; 43: 365-371.
12. Kyung Hwa Choi, Jae Yup Hong. Management of Pelvic Organ Prolapse. *Korean J Urol*. 2014; 55(11): 693-702.
13. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; 12: CD003882.
14. Battut A, Nizard J. Impact of pelvic floor muscle training on prevention of perineal pain and dyspareunia in postpartum. *Prog Urol*. 2016; 26(4): 237-244.
15. Andrea Marques, Lynn Stothers, Andrew Macnab. The status of pelvic floor muscle training for women. *Can Urol Assoc J*. 2010; 4(6): 419-424.

* * *