

УДК 618.1-007.44-089.12

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРОЛАПСА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

¹Лысов Н.А., ²Телеева Г.И., ³Целкович Л.С., ³Иванова Т.В., ⁴Тюмина О.В.,
²Руденко Ю.А., ⁴Балтер Р.Б., ³Ибрагимова А.Р., ⁵Ильченко О.А.

¹Частное учреждение образовательная организация высшего образования
«Медицинский университет Реавиз», Самара

²ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», Самара

³ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара

⁴ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия», Самара

⁵ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника № 3», Самара

Резюме. Проанализированы результаты лечения пациенток с пролапсом половых органов, у части которых имелись признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани. В первой подгруппе женщин в качестве терапевтического средства использовался пессарий, вторая подгруппа проходила электромиостимуляцию в амбулаторных условиях и выполняла упражнения Кегеля. После двух курсов терапии на фоне медикаментозной коррекции состояния у всех пациенток отмечена положительная динамика. Электростимуляция мышц в сочетании с упражнениями Кегеля оказалась более эффективной, чем использование пессария, причем у женщин без нДСТ эффект был более выраженным, чем у пациенток с нДСТ. Результаты исследования стали основанием для создания оценочной шкалы диагностики и терапии пролапса половых органов у женщин, которая позволяет персонализировать терапевтические подходы к пациенткам в зависимости от наличия или отсутствия у них недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Ключевые слова: пролапс половых органов, несостоятельность мышц тазового дна, электромиостимуляция, перинеометрия, ультразвуковое исследование органов малого таза, упражнения Кегеля.

Для цитирования: Лысов Н.А., Телеева Г.И., Целкович Л.С., Иванова Т.В., Тюмина О.В., Руденко Ю.А., Балтер Р.Б., Ибрагимова А.Р., Ильченко О.А. Эффективность персонализированной терапии пролапса половых органов в зависимости от наличия недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 5. – С. 77–83. <https://doi.org/10.20340/vmirvz.2020.5.8>



EFFICACY OF PERSONALIZED THERAPY FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE DEPENDING ON THE PRESENCE OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

¹Lysov N.A., ²Teleeva G.I., ³Tselkovich L.S., ³Ivanova T.V., ⁴Tyumina O.V.,
²Rudenko Yu.A., ⁴Balter R.B., ³Ibragimova A.R., ⁵Ilchenko O.A.

¹Private institution educational organization of higher education

"Medical University Reavies, Samara

²State Budgetary Healthcare Institution 'V.D. Seredavin Samara Regional Clinical Hospital,' Samara

³Federal State Budgetary Institution of Higher Education 'Samara State Medical University,' Ministry of Health of the Russian Federation, Samara

⁴State Budgetary Healthcare Institution Samara Regional Medical Center 'Dynasty,' Samara

⁵State Budgetary Healthcare Institution 'Samara City Polyclinic No. 3,' Samara

Abstract. We analyzed treatment outcomes in patients with pelvic organ prolapse (POP), some of whom had signs of undifferentiated connective tissue dysplasia (uCTD). Women from subgroup 1 used a pessary, while women from subgroup 2 underwent electromyostimulation in an outpatient department and performed Kegel exercises. After two treatment courses and pharmacotherapy, all patients demonstrated positive dynamics. Electrostimulation in combination with Kegel exercises was more effective than pessary; the effect was more pronounced in women without uCTD than in patients with uCTD. The results of our study were used for the development of a scale to assess POP severity, which enables a tailored approach to the diagnosis and management of such patients depending on the presence of uCTD.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Key words: pelvic organ prolapse, pelvic floor failure, electromyostimulation, perineometry, pelvic ultrasonography, Kegel exercises.

Cite as: Lysov N.A., Teleeva G.I., Tselkovich L.S., Ivanova T.V., Tyumina O.V., Rudenko Yu.A., Balter R.B., Ibragimova A.R., Ilchenko O.A. Efficacy of personalized therapy for pelvic organ prolapse depending on the presence of undifferentiated connective tissue dysplasia // Bulletin of Medical University Reaviz. – 2020. – № 5. – P. 77–83. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2020.5.8>

Введение

В современной гинекологии используется как консервативное, так и хирургическое лечение пролапса половых органов. Достаточно высокая частота послеоперационных рецидивов заболевания вызывает необходимость рассмотреть различные подходы к проведению терапевтических мероприятий [2, 3, 4]. В нашем исследовании оценивалась эффективность разных методов лечения патологии, применяемых в группах женщин с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани и без них. Терапия основывалась на индивидуальных показателях перинеометрии, данных УЗИ и учитывала возможности проведения лечения (в том числе мотива-

цию женщины), а также противопоказания к применению лекарственных средств.

Все применяемые терапевтические воздействия были направлены на усиление капиллярного кровотока в органах малого таза, которое достигалось как механическим воздействием, так и общими физическими нагрузками.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего в исследовании участвовали 204 женщины с пролапсом гениталий, которые были распределены на две группы. Основную группу составили 97 женщин с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани, группу сравнения –

107 пациенток без нДСТ. Возраст женщин основной группы составил в среднем 54,2 (2,5) года, группы сравнения – 56,3 (1,9) года ($p > 0,05$). В момент обследования все женщины находились в менопаузе от 3 до 6 лет.

До назначения терапии пациенткам проводилась коррекция сопутствующей соматической патологии совместно с профильными специалистами – эндокринологом, кардиологом, урологом, сосудистым хирургом. При наличии хронических очагов инфекции обязательно осуществлялась их санация. В обеих группах проводилась коррекция гормонального фона (лечение гипер- и гипотиреозных состояний), использовались препараты эстрадиола в виде вагинальных свечей в среднетерапевтических дозировках.

Для прохождения лечения все пациентки были разделены на две подгруппы: 1-я подгруппа (в нее вошли 47 женщин основной группы и 52 пациентки группы сравнения) использовала пессарий, 2-я подгруппа (50 женщин основной группы и 55 пациенток группы сравнения) проходила электромиостимуляцию в амбулаторных условиях и выполняла упражнения Кегеля.

Терапия продолжалась 4 недели, по ее завершении проводилась перинеометрия, оценивались жалобы и ультразвуковая картина малого таза. После дообследования назначался второй 4-недельный курс терапии, в процессе которого женщинам основной группы рекомендовался дополнительный прием аскорбиновой кислоты в дозировке 0,3 грамма в сутки в сочетании с L-лизиним в дозировке 1 грамм в сутки. По окончании второго курса лечения также проводились перинеометрия и УЗИ органов малого таза, оценивались субъективные жалобы пациенток.

После первого курса лечения все женщины отмечали изменения состояния, однако далеко не у всех пациенток эффективность терапии была высокой [6]. Клинические проявления патологии имели достоверные различия в сравниваемых группах.

Рассматривая влияние пессария, отметим, что жалобы в той или иной степени выраженности остались у всех пациенток. Статистически значимые различия отмечены по таким клиническим проявлениям, как ощущение инородного тела в половой щели – у 54,0 (7,1) женщин в основной группе против 29,1 (6,2) в группе сравнения ($p < 0,05$), недержание мочи – у 50,0 (7,1) против 25,5 (5,9) ($p < 0,05$) и никтурия – у 66,0 (6,8) и 38,1 (6,6) ($p < 0,05$) соответственно.

С учетом положительной динамики был проведен 2-й курс терапии, которая в основной группе заключалась в назначении значимых для синтеза коллагена препаратов – аскорбиновой кислоты и L-лизина в дозировке 1 грамм в сутки. После 2-го курса статистически значимых различий в группах не наблюдалось.

Через 2 месяца терапии с использованием пессария и медикаментозной коррекции состояния у пациенток обеих групп сохранялись такие симптомы, как никтурия – у 48,0 (7,1) в основной группе и 34,5 (6,5) в группе сравнения, частые позывы к мочеиспусканию – у 36,0 (6,9) и 34,5 (6,5), недержание мочи – у 22,0 (5,9) и 16,4 (5,0) соответственно, а также боли и/или дискомфорт при половом акте – у 22,0 (5,9) и 18,2 (5,2).

Анализ показал, что использование пессария у женщин с нДСТ достаточно эффективно уменьшает клинические проявления пролапса половых органов, устраняя, например, анальную инконтиненцию. Однако недержание мочи сохраняется у 20 % пациенток, а боли и дискомфорт при половом акте – у 15 %, что существенно снижает качество жизни.

В группе пациенток без нДСТ динамика клинических проявлений пролапса половых органов также была положительной. Использование пессария позволило полностью устранить такие клинические признаки, как инфекции мочевого пузыря и анальная инконтиненция [7]. Недержание мочи сохранилось только у 16,4 % женщин, а боли и дискомфорт при половом акте – у 18,2 %.

Далее были проанализированы результаты влияния электростимуляции в сочетании с упражнениями Кегеля на клинические проявления пролапса половых органов [1, 5]. После первого курса электромиостимуляции практически все женщины отметили улучшение состояния, однако у всех сохранялись те или иные клинические проявления патологии. В основной группе было больше женщин, которые указывали на ощущение излишка воздуха во влагалище при изменении положения тела – 65,9 (6,9) против 40,4 (6,9) пациенток группы сравнения ($p < 0,05$), недержание мочи – 40,4 (7,2) и 15,4 (5,1) соответственно ($p < 0,05$) – и никтuriю – 78,7 (6,0) в основной группе и 21,2 (5,7) в группе сравнения ($p < 0,001$).

Анализ клинических проявлений пролапса половых органов после окончания второго курса электростимуляции мышц тазовых органов в сочетании с медикаментозной коррекцией свидетельствовал о существенном улучшении состояния женщин, причем статистически значимых различий в сравниваемых группах не отмечалось (табл. 1). Полностью исчезли такие проявления, как анальная инконтиненция, запоры, инфекции мочевого пузыря, не было жалоб на бели.

Как показали исследования, электростимуляция мышц в сочетании с упражнениями Кегеля оказалась более эффектив-

ной, чем использование пессария. Причем у женщин группы сравнения эффект был более выраженным, чем в основной группе.

В целом консервативная терапия позволила существенно улучшить качество жизни женщин, на что они указывали исходя из субъективных ощущений. Сравнение состояния женщин с нДСТ до и после проведения 2-х курсов терапии показывает статистически значимые различия.

У 62,9 % женщин с нДСТ в зависимости от вида терапии (пессарий или электростимуляция с мышечной нагрузкой) те или иные проявления пролапса корректировались в большей или меньшей степени. Полностью исчезли бели, инфекции мочевых путей, анальная инконтиненция. У 76,3 % пациенток была устранена проблема недержания мочи, хотя сохранялись такие симптомы, как никтурия или ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря.

Консервативная терапия оказалась также эффективной у 72 % пациенток без нДСТ из группы сравнения. Рассматривая остаточные явления после лечения, укажем, что статистически значимых различий в сравниваемых группах не наблюдалось.

Для объективизации полученных результатов были проанализированы показатели перинеометрии, которую проводили после каждого курса терапии (табл. 2–3).

Таблица 1. Клинические проявления пролапса половых органов у женщин 2-й подгруппы после 2-го курса терапии

Клинический симптом	Основная группа (n = 47)		Группа сравнения (n = 52)		Основная группа (n = 47)
	Абс.	M(SD)	Абс.	M(SD)	
Ощущение инородного тела в половой щели	22	46,8 (7,3)	14	26,9 (6,2)	$< 0,05$
Ощущение излишка воздуха во влагалище при изменении положения тела	3	6,4 (3,6)	4	7,7 (3,7)	$> 0,05$
Тянущие боли в пояснице	11	23,4 (6,2)	9	17,3 (5,3)	$> 0,05$
Недержание мочи	12	25,5 (6,4)	10	19,2 (5,5)	$> 0,05$
Частые позывы к мочеиспусканию	7	14,9 (5,2)	5	9,6 (4,1)	$> 0,05$
Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	7	14,9 (5,2)	6	11,5 (4,5)	$> 0,05$
Никтурия	12	25,5 (6,4)	11	21,2 (5,7)	$> 0,05$
Боли и/или дискомфорт при половом акте	8	17,0 (5,5)	4	7,7 (3,7)	$> 0,05$

Примечание: p_{1-2} – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

Таблица 2. Показатели перинеометрии у женщин 1-й подгруппы после 2-го курса консервативной терапии с использованием пессария

Показатель манометра (мм вод. ст.)	Основная группа (n = 50)		Группа сравнения (n = 55)		P ₁₋₂
	Абс.	M(SD)	Абс.	M(SD)	
5,0–14,0 (оч. слабое)	29	58,0 (7,1)	24	43,6 (6,7)	> 0,05
14,1–26,0 (слабое)	21	42,0 (7,0)	26	47,3 (6,8)	> 0,05
26,1–41,0 (умеренное)	–	–	5	9,1 (3,9)	–

Примечание: p₁₋₂ – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

Таблица 3. Показатели перинеометрии у женщин 2-й подгруппы после 2-го курса консервативной терапии с использованием электромиостимуляции мышц тазового дна и упражнений Кегеля

Показатель манометра (мм вод. ст.)	Основная группа (n = 47)		Группа сравнения (n = 52)		P ₁₋₂
	Абс.	M(SD)	Абс.	M(SD)	
5,0–14,0 (оч. слабое)	14	29,7 (6,7)	7	13,5 (4,8)	> 0,05
14,1–26,0 (слабое)	29	61,7 (7,1)	29	55,7 (6,9)	> 0,05
26,1–41,0 (умеренное)	4	8,5 (4,1)	16	30,7 (6,5)	< 0,05

Примечание: p₁₋₂ – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

После первого курса терапии у 68,0 (6,7) женщин основной группы и 52,7 (6,8) женщин группы сравнения, использующих пессарий, несмотря на уменьшение клинических проявлений пролапса половых органов, сила мышц тазового дна расценивалась как очень слабая, у 32,0 (6,7) и 41,8 (6,7) как слабая. Умеренная сила мышц сохранялась у 5,5 (3,1) женщин группы сравнения.

Результаты второго курса терапии отражены в табл. 2.

По окончании второго курса терапии пациенток, использующих пессарий, существенного повышения мышечного тонуса влагалища не наблюдалось.

Во второй подгруппе показатели были в целом лучше, чем в первой. Так, очень слабый тонус мышц в основной группе регистрировался у 34,0 (7,0) женщин, слабый – у 61,7 (7,2), в группе сравнения – у 23,1 (5,9) и 51,9 (7,0) соответственно. Восстановить силу сжатия мышц тазового дна до умеренного уровня после 1-го курса терапии удалось у 24,3 (3,0) пациенток основной группы и у 25,0 (6,1) женщин группы сравнения, что статистически значимо больше ($p < 0,001$).

Через 8 недель терапии (по окончании 2 курса) результаты были еще более оптимистичными (табл. 3).

У 8,5(4,1) женщин основной группы и 30,7 (6,5) группы сравнения, что статистически значимо больше ($p < 0,05$), в результате лечения были достигнуты показатели умеренной силы сжатия влагалищных мышц.

На рис. 1 отражены сравнительные показатели перинеометрии после проведения 2-х курсов терапии в обеих группах.

Объективно повышение силы мышц в основной группе было отмечено у 41,2 (5,0) женщин, в группе сравнения – у 77,6 (4,0) ($p < 0,001$). При этом использование миостимуляции в сочетании с фармакотерапией и систематическими упражнениями Кегеля дало статистически значимо лучший результат.

Выводы

Результаты проведенного исследования послужили основанием для создания оценочной шкалы диагностики и терапии пролапса половых органов у женщин, которые позволяют персонифицировать терапевтические подходы к пациенткам в зависимости от наличия или отсутствия у них нДСТ (табл. 4).

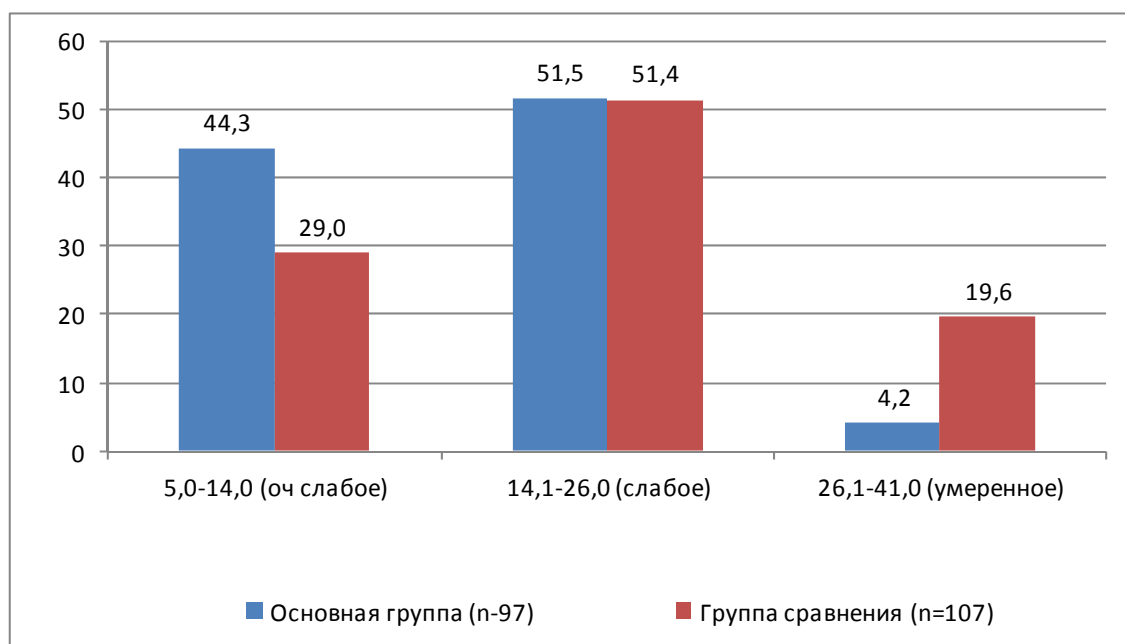


Рис. 1. Показатели перинеометрии в сравниваемых группах

Таблица 4. Оценочная шкала диагностики и терапии пролапса половых органов 1–3 стадии (POP-Q)

Показатели	Баллы	Лечебная тактика
Клинические симптомы нДСТ	3	9–15 баллов – пролапс обусловлен наличием нДСТ – фармакологическая поддержка (заместительная гормональная терапия эстрогенами, аскорбиновая кислота в дозировке 0,3 грамма в сутки в сочетании с L-лизиним в дозировке 1 грамм в сутки, коррекция функции щитовидной железы, препараты кальция). Проведение оперативного лечения только в случае полной неэффективности консервативной терапии по показателям перинеометрии 4–8 баллов – пролапс не связан с нДСТ – фармакологическая поддержка (заместительная гормональная терапия эстрогенами, коррекция функции щитовидной железы, препараты кальция), лечение в 2 этапа: 1 этап – консервативная терапия, 2 этап – хирургическая коррекция при отсутствии соматических противопоказаний
Показатели содержания аминокислот	Нормальное – 1	
	Отклонение от лабораторной нормы – 3	
Показатели содержания эстрадиола	Нормальное – 1	
	Сниженное – 3	
Показатели функции щитовидной железы	Нормальное – 1	
	Гипертиреоз – 2	
	Гипотиреоз – 3	
Наличие остеопороза	Есть – 3	
	Нет – 1	

Несмотря на комплекс предпринятых мер, у 37,1 % женщин с нДСТ и 28,0 % пациенток без нарушения синтеза соединительной ткани сохранились клинические проявления пролапса половых органов. Чаще всего это недержание мочи, существенно влияющее на качество жизни женщин. Таким пациенткам можно рекомендовать оперативное лечение с учетом особенностей состояния их здоровья и тех-

нических возможностей проведения операции. Вместе с тем консервативная терапия должна быть необходимым и обязательным компонентом проводимого лечения пролапса половых органов, а определение объема предполагаемого хирургического вмешательства должно проводиться с учетом наличия нДСТ как фактора возможного рецидива пролапса и возникновения послеоперационных осложнений.

Литература / References

- 1 Balter R.B., Kiyashko I.S., Teleeva G.I. Vliyanie elektrostimulyacii na sostoyanie myshc tazovogo dna u zhenshchin s prolapsom polovyh organov // Teoreticheskie i prakticheskie osnovy nauchnogo progressa v sovremennom obshchestve: sb. statej Mezhdunar. nauchno-prakt. konf. (g. Ufa, 10 oktyabrya 2020 g.). – Ufa: Aeterna, 2020. – S. 109–111.
- 2 Princip vybora hirurgicheskikh tekhnologij v korrekcii prolapsa genitalij v razlichnyh vozrastnyh gruppah / I.I. Musin, A.G. YAshchuk, R.M. Zajnullina i dr. / Prakticheskaya medicina. – 2017. – T. 7 (108). – S. 111–114.
- 3 Nechiporenko A.N., Nechiporenko N.A. Hirurgicheskie oslozhneniya posle operacij po povodu genital'-nogo prolapsa i stressovogo nederzhaniya mochi s ispol'zovaniem sinteticheskikh protezov // Akusherstvo i ginekologiya. – 2014. – № 8. – S. 117–121.
- 4 Smol'nova T.YU., CHuprynin V.D. Prolaps genitalij // Akusherstvo i ginekologiya. – 2018. – № 10. – S. 33–40.
- 5 Effektivnost' metoda vysokointensivnoj fokusirovannoj elektromagnitnoj stimulyacii v lechenii nedostatochnosti myshc tazovogo dna u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta / R.A. Soldatskaya, M.R. Orazov, E.S. Silant'eva i dr. // Akusherstvo i ginekologiya. – 2020. – № 4 (prilozhenie). – S. 198–200.
- 6 Teleeva G.I., Celkovich L.S. Osobennosti laboratornoj diagnostiki nedifferencirovannoj displazii soedinitel'noj tkani u zhenshchin s prolapsom genitalij // Medicinskij sovet. – 2020. – T. 13. – S. 196–200.
- 7 Celkovich L.S., Balter R.B., Teleeva G.I. Rezul'taty ispol'zovaniya pessariya kak pervogo etapa te-rapii prolapsa polovyh organov u zhenshchin s nedifferencirovannoj displaziej soedinitel'noj tkani // Aspirantskij vestnik Pov-olzh'ya. – 2020. – № 5-6. – S. 68–76.

Авторская справка

**Лысов Николай
Александрович**

доктор медицинских наук, профессор, ректор, Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

**Телеева Гульнара
Измитдиновна**

врач ультразвуковой диагностики, акушер-гинеколог, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», Самара, Россия

**Телеева Гульнара
Измитдиновна**

врач ультразвуковой диагностики, акушер-гинеколог, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», Самара, Россия

**Целкович Людмила
Савельевна**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Иванова Татьяна
Владимировна**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Тюмина Ольга
Владимировна.**

доктор медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, директор, ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия», Самара, Россия

**Руденко Юлия
Александровна**

кандидат медицинских наук, врач высшей категории, заведующая акушерским наблюдением отделением № 2, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», Самара, Россия

**Балтер Регина
Борисовна**

врач УЗИ, ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия», Самара, Россия

**Ибрагимова Алина
Ришатовна**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

**Ильченко Олеся
Андреевна**

врач акушер-гинеколог, ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника № 3», Самара, Россия

Статья поступила 18.08.2020

Одобрена после рецензирования 06.09.2020

Принята в печать 22.09.2020

Received August, 18th 2020

Approved after reviewing September, 6th 2020

Accepted for publication September, 22nd 2020