

Статья поступила в редакцию 17.05.2022 г.

Савельева И.В., Ющенко М.А., Черных Н.С.
Омский государственный медицинский университет, г. Омск, Россия,
Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева,
Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ВАГИНАЛЬНОГО ТРЕНАЖЕРА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВЫМ ПРОЛАПСОМ

Проведено ретроспективное рандомизированное исследование случай-контроль у 41 женщины раннего переходного периода с тазовым пролапсом 1 степени по классификации POP-Q. По сравнению с упражнением Кегеля, механический вагинальный тренажер чаще снижал клинические проявления пролапса и приводил к улучшению показателей качества жизни Pelvic Floor Impact Questionnaire 7.

Ключевые слова: тазовый пролапс; вагинальный тренажер

Savelyeva I.V., Yushenko M.A., Chernykh N.S.

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

INFLUENCE OF THE VAGINAL SIMULATOR ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PELVIC ORGAN PROLAPSE

Retrospective case-control study was conducted in 42 women with grade 1 pelvic prolapse in the early transition period. Compared with the Kegel exercise, the mechanical vaginal trainer more often reduced the clinical manifestations of prolapse and led to an improvement in most Pelvic floor impact questionnaire 7 quality of life measures.

Key words: pelvic prolapse; vaginal trainer

Пролапс тазовых органов у женщин является актуальной проблемой современной гинекологии и урологии [1]. Особенности анатомии и физиологии женщин создают предпосылки для формирования у них пролапса, распространенность которого к возрасту постменопаузы достигает 70 %.

Пролапс сопровождается существенным снижением качества жизни, обладает прогрессивным течением, и нередко приводит к мочевой и каловой инконтиненции [2].

В лечении тазового пролапса существуют два основных направления: консервативное лечение и хирургическая коррекция. Широкое внедрение современных синтетических материалов привело к тому, что в стратегии лечения пролапса у женщин предпочтение отдается хирургическим методам коррекции, которые применяются практически при всех вариантах заболевания, в том числе в виде малоинвазивных техник. В то же время, существует категория больных с начальными проявлениями пролапса, которым возможно применение консервативных методик лечения, направленных на укрепление мышц тазового дна. В противовес традиционным способам укрепления мышц тазового

дна, классическим примером которых является упражнение Кегеля, сегодня набирает популярность применение вагинальных тренажеров, которые отличаются большим разнообразием. Данная методика обладает большим потенциалом и продолжает бурно развиваться — сегодня на рынке предложено множество вариантов механических вагинальных тренажеров, являющихся наиболее доступными и простыми устройствами, облегчающими формирование обратной связи [3].

Сегодня идет накопление научных данных, касающихся применения тренажеров при пролапсах, что определило цель настоящего исследования — оценить влияние тренировки мышц тазового дна при помощи механического вагинального тренажера на качество жизни пациенток с тазовым пролапсом.

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

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2022-2-21-24



DCZMFV

Савельева И.В., Ющенко М.А., Черных Н.С. Влияние механического вагинального тренажера на качество жизни у пациенток с тазовым пролапсом //Мать и Дитя в Кузбассе. 2022. №2(89). С. 21-24.



«Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266. Сплошным методом были отобраны 42 женщины в раннем переходном периоде по классификации STRAW-10 с тазовым пролапсом 1 степени по классификации POP-Q.

Исследование включало два визита. Визит 1 проводился на этапе самостоятельного обращения пациенток в лечебное учреждение для консультирования по поводу лечения пролапса. Критериями включения на этом этапе исследования являлись: ранний переходный период по классификации STRAW-10, тазовый пролапс 1 степени по классификации POP-Q, информированное согласие на участие в исследовании; наличие показаний для консервативного лечения пролапса. Критериями не включения на этом этапе исследования являлись: отсутствие пролапса или пролапс 2-4 степени по классификации POP-Q, возраст, не соответствующий раннему переходному периоду, отказ от обследования и лечения, отсутствие показаний для консервативного лечения.

Всем пациенткам было предложено консервативное лечение пролапса в виде тренировки мышц тазового дна. После этого больные были рандомизированы на 2 группы: группа А (n = 21), которые тренировали мышцы тазового дна при помощи механического вагинального тренажера (Yolana®); группа В (n = 20), которые тренировали мышцы тазового дна при помощи упражнения Кегеля. У всех женщин проводилось общеклиническое исследование, включающее анкетирование и интервьюирование при помощи стандартизированной анкеты, оценка качества жизни при помощи специфичного опросника Pelvic Floor Impact Questionnaire 7. Контроль лечения осуществлялся при помощи телефонных звонков, несоблюдение режима лечения являлось критерием исключения из исследования.

Визит 2 проводился через 6 месяцев после консервативного лечения. На данном визите проводи-

лось общеклиническое исследование при помощи стандартизированной анкеты, оценка качества жизни при помощи специфичного опросника Pelvic Floor Impact Questionnaire 7.

В качестве первичного исхода консервативного лечения оценивалась частота клинических симптомов тазового пролапса на 2 визите. В качестве вторичных исходов консервативного лечения оценивались показатели специфичного опросника качества жизни Pelvic Floor Impact Questionnaire 7: Urinary Impact Questionnaire (UIQ-7), Colorectal-anal Impact Questionnaire (CRADI-7), Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire (POPIQ-7).

Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statsoft Statistica 6,0. Абсолютные значения описывались медианой (Me) и межквартильным 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 . При проверке нулевых гипотез критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст исследуемых женщин составил 49 (45; 52) и 49,5 (47; 52) лет соответственно, $U_{[21;20]} = 232$, $p = 0,461$. Работали 18 и 17 женщин соответственно, замужем были 12 и 14 соответственно. Регулярно половой жизнью жили 14 и 16 соответственно, роды в анамнезе имели 19 и 20 соответственно. Регулярный менструальный цикл имели 100 % женщин в обеих группах.

Жалобы пациенток обеих групп на 1 и 2 визите представлены в таблице.

Показатели качества жизни Pelvic Floor Impact Questionnaire 7 на 1 визите составили (рисунок 1):

Таблица
Жалобы пациенток: визит 1 и 2
Table
Patient complaints: visit 1 and 2

| Жалобы | Группа А n = 21 | | Группа В n = 20 | | p |
|-----------------------------|--------------------|------|--------------------|----|-------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| Визит 1 – до начала лечения | | | | | |
| Дизурия | 4 | 19 | 5 | 25 | 0,645 |
| Стрессовое недержание мочи | 12 | 57,1 | 13 | 65 | 0,606 |
| Диспареуния | 2 | 9,5 | 1 | 5 | 0,578 |
| Тазовая боль | 0 | 0 | 1 | 5 | 0,299 |
| Сексуальная дисфункция | 9 | 42,8 | 8 | 40 | 0,842 |
| Визит 2 – 6 месяцев лечения | | | | | |
| Дизурия | 2 | 9,5 | 4 | 20 | 0,342 |
| Стрессовое недержание мочи | 2 | 9,5 | 9 | 45 | 0,01 |
| Диспареуния | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Тазовая боль | 1 | 4,7 | 0 | 0 | 0,323 |
| Сексуальная дисфункция | 1 | 4,7 | 6 | 30 | 0,031 |

UIQ-7 56 баллов (43,5; 63) в группе А и 50 баллов (43; 63) в группе В, $U_{[21;20]} = 326$, $p = 0,381$; CRADI-7 6 баллов (3; 7) и 5 баллов (3; 5) соответственно, $U_{[21;20]} = 228$, $p = 0,461$; POPIQ-7 58 баллов (45,5; 66) и 55 баллов (43,5; 61,5) соответственно, $U_{[21;20]} = 421$, $p = 0,371$.

Показатели качества жизни Pelvic Floor Impact Questionnaire 7 на 2-м визите составили (рисунок 2): UIQ-7 23,5 баллов (19,5; 31,5) в группе А и 55,5 баллов (42,4; 64) в группе В, $U_{[21;20]} = 1241$, $p = 0,001$; CRADI-7 4 балла (2; 6) и 4 балла (2; 5,5) соответственно, $U_{[21;20]} = 1436$, $p = 0,257$; POPIQ-7 22 балла (19,5; 22,5) и 55 бал-

лов (45; 58) соответственно, $U_{[21;20]} = 1213$, $p = 0,001$.

ОБСУЖДЕНИЕ

Традиционным методом тренировки мышц тазового дна является упражнение Кегеля. Преимуществом данного метода является простота, которая сочетается с доступностью и дешевой [4]. В то же время, несмотря на описанные выше преимущества, эффективность упражнения Кегеля остается не очень высокой, так как эта методика, как и любая методи-

Рисунок 1
Показатели качества жизни – визит 1
Figure 1
Quality of life indicators – visit 1

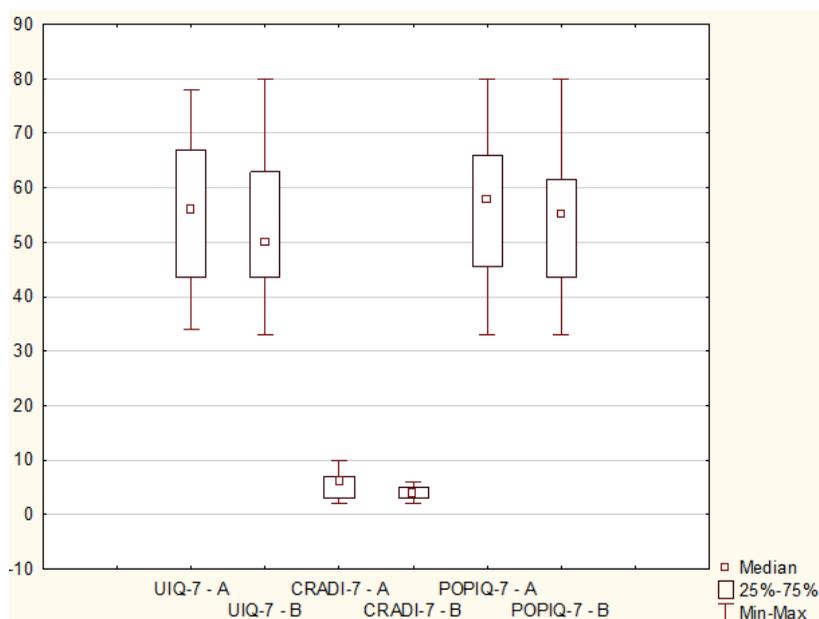
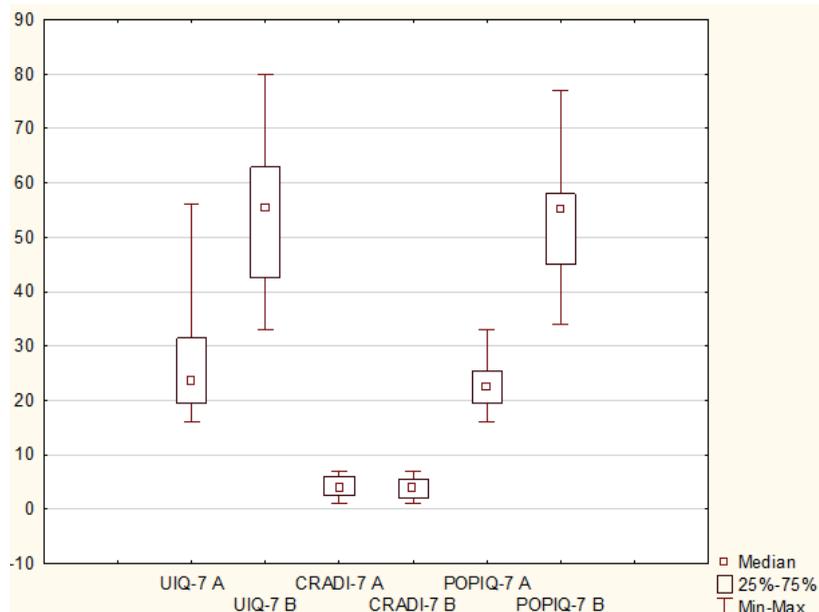


Рисунок 2
Показатели качества жизни – визит 2
Figure 2
Quality of life indicators – visit 2



ка лечебной физкультуры, связана со сложностью формирования двигательного стереотипа. Большинство тренажеров, которые используются в разных направлениях реабилитационной медицины, помогают лучше формировать двигательный стереотип и поэтому обладают более высокой эффективностью [5].

Проведенное исследование подтвердило данные литературы – по сравнению с упражнением Кегеля, применение вагинального механического тренажера у пациенток, которым хирургические методы лечения не были показаны, сопровождалось лучшими клиническими исходами и более высокими показателями качества жизни, обусловленными мочевыми симптомами и симптомами со стороны тазового дна.

ВЫВОДЫ

Применение вагинального механического тренажера для тренировки мышц тазового дна оправдано для лечения тазового пролапса 1 степени по классификации POP-Q у пациенток раннего переходного периода.

Информация о финансировании и конфликте интересов

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

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Nam G, Lee SR, Kim SH, Chae HD. Importance of Translabial Ultrasound for the Diagnosis of Pelvic Organ Prolapse and Its Correlation with the POP-Q Examination: Analysis of 363 Cases. *J Clin Med*. 2021; 10(18): 4267. DOI: 10.3390/jcm10184267
- Moses VG. Diagnosis and treatment of varicose veins of the small pelvis in women with chronic pelvic pain syndrome. *Pain*. 2006; 1(10): 14-17. Russian (Мозес В.Г. Диагностика и лечение варикозного расширения вен малого таза у женщин с синдромом хронических тазовых болей. *Боль*. 2006. № 1(10). С. 14-17.)
- Ouchi M, Kato K, Gotoh M, Suzuki S. Physical activity and pelvic floor muscle training in patients with pelvic organ prolapse: a pilot study. *Int Urogynecol J*. 2017; 28(12): 1807-1815. DOI: 10.1007/s00192-017-3356-x
- Korotkevitch OS, Eizenakh IA, Mozes VG, Zakharov IS. Clinical efficiency of vaginal training device in treatment of pelvic organ prolapse in elderly women. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2018; 3(4): 32-38. Russian (Короткевич О.С., Эйзенлах И.А., Мозес В.Г., Захаров И.С. Клиническая эффективность вагинального тренажера в лечении несостоятельности мышц тазового дна у женщин пожилого возраста //Фундаментальная и клиническая медицина. 2018. Т. 3, № 4. С. 32-38.)
- Liu BJ, Lee PE. Unusual Perils of Pelvic Organ Prolapse. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017; 39(11): 1038-1041. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.05.004

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

САВЕЛЬЕВА Ирина Вячеславовна

644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3812) 95-70-02 E-mail: akusher_omsk@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

САВЕЛЬЕВА Ирина Вячеславовна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.
E-mail: akusher_omsk@mail.ru

SAVELYEVA Irina Vyacheslavovna, doctor of medical sciences, professor, head of the department of obstetrics and gynecology N 1, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.
E-mail: akusher_omsk@mail.ru

ЮЩЕНКО Марина Анатольевна, зав. гинекологическим отделением, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.
E-mail: ushenko@mail.ru

YUSHCHENKO Marina Anatolyevna, head of the gynecological department, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: ushenko@mail.ru

ЧЕРНЫХ Наталья Степановна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры поликлинической педиатрии, прпедедтики детских болезней и ПП, ФГБОУ ВО КеМГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nastep@mail.ru

CHERNYKH Natalya Stepanovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of polyclinic pediatrics, propaedeutics of children diseases and postgraduate training, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: nastep@mail.ru