

На правах рукописи

**ДОРОШ
Татьяна Николаевна**

Влияние оперативного лечения опущений и выпадений внутренних половых органов на качество жизни женщины

14.00.01 – акушерство и гинекология

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Кох Лилия Ивановна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Коломиец Лариса Александровна

кандидат медицинских наук Габидулина Татьяна Васильевна

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится " ____ " _____ 2009 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.03 при ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (634050, г. Томск, Московский тракт, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке ГОУ ВПО СибГМУ Росздравва

Автореферат разослан " ____ " _____ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Герасимов А.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВПО) – являются актуальной проблемой современной гинекологии. Краснопольский В.И. (1999), Poma P. A. (2000), Luber K. M. et al. (2001), констатируют неуклонный рост числа пролапсов за счет увеличения продолжительности жизни и повышающегося числа молодых женщин, страдающих несостоятельностью мышц тазового дна (Макаров О.В., 2005; Токтар Л.Р., 2005; Радзинский В.Е., 2002).

ОиВВПО встречается у 15-30 % женщин, а в возрасте старше 50 лет этот показатель увеличивается до 40 %. В настоящее время средний возраст больных с ОиВВПО составляет 50 лет, а удельный вес пациенток моложе 40 лет достигает, по данным литературы 26 % (Краснопольский В.И., 2006; Семенюк А.А., 2006; Атоян М.Р., 2005; Кулавский В.А., 2005). Тенденции к росту ОиВВПО прослеживаются и по данным зарубежных авторов (Bhatia J., Cleland J. et al., 1997; Seo J., Kim J., 2006; Shah A., Kohli N., 2007).

Причины возникновения и роста частоты опущений и выпадений внутренних половых органов до конца не изучены. Факторами риска этой патологии считаются: роды через естественные родовые пути, старение, хроническое повышение внутрибрюшного давления, гипоэстрогенные состояния, генетические факторы, дисплазия соединительной ткани, а так же любые вмешательства на тазовом дне, нарушающие естественные поддерживающие структуры (Amóstegui Azcúe J.M., Ferri Morales A., 2004; Shamliyan T., Wyman J., Bliss D.Z., 2007; Crépin G., Cosson M., 2007). Среди перечисленных факторов не представляется возможным судить о первостепенности того или иного в возникновении пролапса гениталий. Кроме того, мы не встретили данных о значимости места проживания, производственной, хозяйственной деятельности на формирование этой патологии.

Противоречия имеются и в наличии многочисленных классификаций опущений внутренних половых органов: МКБ-10, К.Ф.Славянского, М.С. Малиновского, Т. N. Green и т.д., что затрудняет работу практических врачей. Общность классификаций в том, что все они предусматривают оценку степени тяжести пролапса гениталий по степени выпадения: опущение, неполное и полное выпадение матки и стенок влагалища (т.е. нахождение внутренних половых органов относительно половой щели). Результатом этого является то, что каждая клиника пользуется удобной для себя классификацией. Кроме того, в классификациях не упоминается элонгация шейки матки (ЭШМ), которая встречается как в изолированной форме, так и в сочетании с опущениями внутренних половых органов (ОВПО) различной степени выраженности. Отсутствуют данные о частоте, факторах риска, клинико-морфологических проявлениях ЭШМ. В единичных работах ЭШМ рассматривается как ранняя субклиническая форма ОиВВПО (Клюковской А.С., 2007; Рубина Б.Л., Каримова Д. Ф., 1988). Все это делает исследование данной патологии актуальным.

Патогенетически обоснованным методом лечения выпадения женских половых органов является хирургическое вмешательство. Множество оперативных методик основанных на «восстановлении» дефектов тазового дна, не оправдали

своих надежд, поскольку сопровождаются высокой частотой рецидива – от 33 до 55%. Очередной ступенью в тазовой хирургии, попыткой достигнуть более высокого процента эффективности лечения, является хирургическая концепция «замены» дефектов с применением имплантантов. Имеется большое количество положительных отзывов об использовании таких методик при оценке результатов лечения.

Очевидно, что опущение и выпадение внутренних половых органов не связано со значительным риском для жизни. (Попов А.А., 2008; Кулаков В.И., 2005; Буянова С.Н., 2002; Макаров О.В., 2002). Вместе с тем, эта проблема в значительной степени влияет на ее качество, приводя к его ухудшению. В литературе скудно представлена профессиональная сторона жизни женщины, ее занятость, поведение в обществе, участие в производственной и социальной деятельности при наличии ОиВВПО (Wyman C., 2002; Moen M.D, 2004; Radley S., Brown O., 2005). Практически отсутствуют данные о качестве жизни (КЖ) пациенток после реконструктивных операций на тазовом дне (Коршунов М.Ю., Сазыкина Е.И., 2007). В основном акцент делается только на частоте рецидивов. При этом нет данных о связи рецидивов с особенностями образа жизни женщин после операции. Скудно представлена информация о том, как изменяется физическая, психологическая, сексуальная сторона жизни пациенток после хирургического лечения.

Таким образом, ОиВВПО характеризуется широкой распространенностью среди пациенток различных возрастных групп, разноречивостью данных о причинах развития этой патологии и возникновения рецидивов, недостаточной эффективностью лечения и информации о КЖ женщин в зависимости от возраста, объема хирургического лечения. Что и явилось предметом наших исследований.

Цель исследования. Изучить качество жизни женщин с опущениями и выпадениями внутренних половых органов до и после хирургического лечения и проанализировать факторы риска этой патологии.

Задачи исследования:

1. Проанализировать факторы риска опущений и выпадений внутренних половых органов.
2. Определить частоту степеней опущения в различных возрастных группах.
3. Оценить качество жизни женщин до оперативного лечения в зависимости от возраста и степени опущения внутренних половых органов.
4. Изучить качество жизни при опущениях и выпадениях внутренних половых органов в зависимости от возраста, объема и времени прошедшего после оперативного лечения.
5. Изучить половую функцию женщин при опущениях и выпадениях внутренних половых органов до и после хирургического лечения.

Научная новизна. Впервые факторы риска ОиВВПО проанализированы по степени их значимости для элонгации шейки матки, неполного и полного опущения внутренних половых органов.

Впервые проведен сравнительный анализ влияния на степень ОиВВПО физического труда у сельских и городских жительниц. Доказано, что занятия физическим трудом (наличие подсобного хозяйства) приводит к более раннему и частому возникновению ОиВВПО у сельских жительниц. У сельчан не занятых фи-

зическим трудом, чаще встречается элонгация шейки матки, а при наличии физического труда неполное и полное опущение внутренних половых органов.

Впервые показано, что элонгация шейки матки характерна для женщин до 45 лет, неполное опущение для женщин 45-59, полное после 60.

Впервые проведена всесторонняя оценка качества жизни женщин до и после оперативного лечения при различных степенях опущения. Доказано, что после хирургического лечения качество жизни улучшается при всех степенях опущения. В оценке качества жизни первостепенное значение имеет возраст, степень опущения, объем оперативного вмешательства и время прошедшее после операции.

Впервые проведена оценка половой функции женщин до и после оперативного лечения. Половая функция при всех степенях опущения внутренних половых органов ухудшается. После оперативного лечения имеется тенденция к улучшению изученной функции.

Практическая значимость работы. Детальное изучение факторов риска ОиВВПО у городских и сельских жительниц позволило распределить их по степени значимости для формирования той или иной степени опущения внутренних половых органов. Эта информация дает возможность проводить целенаправленную профилактическую работу для предотвращения развития пролапса гениталий у жительниц города и села в любом возрасте, с устранением имеющихся факторов риска.

Наличие у 95,7% женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов различной степени выраженности дисплазии соединительной ткани, предполагает раннюю диагностику этой патологии, а при хирургическом лечении применение эндопротезов.

Учитывая, что качество жизни снижено при всех степенях опущения внутренних половых органов, целесообразно проводить профилактику этой патологии при наличии факторов риска и своевременную хирургическую коррекцию.

Улучшение качества жизни после любого объема хирургического вмешательства указывает на целесообразность данного лечения. Наилучшие показатели качества жизни выявлены при использовании эндопротезов, что требует более широкого их использования в хирургической практике.

Внедрение результатов. Результаты исследования и разработанные на их основе рекомендации внедрены в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава по теме «Аномалии расположения женских половых органов. Опущения и выпадения внутренних половых органов», в практическую работу гинекологического отделения ОГУЗ ТОКБ, МЛПМУ Родильного дома №2 г. Томска, МЛПУ Родильного дома №4 г. Томска.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 165 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы (1-я глава), материалов и методов исследования (2-я глава), результатов собственных исследований (3-я, 4-я главы), обсуждения полученных результатов (5-я глава), выводов, практических рекомендаций. Работа содержит 37 таблиц, 10 рисунков. Библиографический указатель включает в себя 144 отечественных и 141 зарубежный источник.

Положения выносимые на защиту:

1. Факторами риска опущений и выпадений внутренних половых органов, в порядке значимости, являются: дисплазия соединительной ткани, роды, травма промежности, манипуляции на органах малого таза, связанные с возможным нарушением целостности поддерживающих структур (аборты, раздельное диагностическое выскабливание, диатермоэлектрокоагуляция), гормональные нарушения, наследственность, возраст, физический труд.

2. Качество жизни ухудшено при всех степенях опущения внутренних половых органов. Хирургическое лечение улучшает качество жизни женщин во всех возрастных группах, но зависит от возраста, степени опущения, объема и времени прошедшего после операции.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 9 работ, в том числе 2 – в журналах, рекомендованных перечнем ВАК РФ.

Апробация диссертации. Основные положения работы доложены и обсуждены на заседании проблемной комиссии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (Томск, 2008); I междисциплинарной научно-практической конференции «Вопросы качества жизни женщин в пери- и постменопаузальном периоде» (Томск, 2007); объединенном заседании кафедр акушерства и гинекологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (Томск, 2009)

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнялась с 2005 по 2008 г. на базе кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, в отделении гинекологии ОГУЗ ТОКБ, лаборатории ГУ НИИ ГЕНЕТИКИ СО РАМН (г.Томск).

Дизайн исследования строился в двух направлениях: ретроспективное когортное одномоментное исследование для выявления факторов риска генитального пролапса и качества жизни пациенток до хирургического лечения ОиВВПО; проспективное исследование типа «случай-контроль» для оценки влияния различных методов хирургического лечения ОиВВПО на КЖ женщин.

Критерии включения: наличие ОиВВПО различной степени, изолированная ЭШМ, ЭШМ в сочетании с ОиВВПО, хирургическое лечение по поводу ОиВВПО, наличие письменного информированного согласия пациентки на проведение исследования. **Критерии исключения:** тяжелая экстрагенитальная патология; возраст старше 80 лет; противопоказания к хирургическому лечению; отказ пациентки от исследования; психические заболевания; выраженное нарушение функции мочевого пузыря. Контрольная группа включала 54 пациентки без ЭШМ и ОиВВПО, близкого возраста ($54,2 \pm 2,0$ года).

Нами изучено 415 случаев ОиВВПО, из них 300 – ретроспективно, 115 – проспективно. Возраст обследованных от 31 до 75 лет. В возрасте 31-45 (репродуктивный) лет было – 15,9%, 46-59 лет (перименопаузальный) – 41,5%, 60 лет и старше – 42,6%. По степени опущения пациентки распределены на 3 группы: с ЭШМ – 32,1%, с неполным опущением – 34,9%, с полным – 33%.

Клиническое обследование начиналось с изучения анамнеза жизни пациенток: род занятий, место жительства, профессиональная деятельность, особенности условий труда и быта, наличие физических нагрузок, виды дополнительных

нагрузок (работа на огороде, содержание в хозяйстве крупного и мелкого домашнего скота).

При гинекологическом исследовании оценивали состояние наружных половых органов, матки и ее придатков, степень опущения половых органов, а также наличие дистрофических процессов (эрозии, язвы). Длина шейки матки измерялась при помощи сантиметровой ленты.

Выявление ДСТ проводилось по параметрам: клинические признаки по классификации Буяновой С.Н. (2001), наличие заболеваний – маркеров дисплазии соединительной ткани (ДСТ) (варикозная болезнь, пороки сердца, нарушения проводимости и сердечного ритма, ВСД, привычный вывих сустава и т.д.), антропометрические данные (измерение роста, веса, длины нижней и верхней конечности), исследование мочи на оксипролин. Все обследованные были консультированы смежными специалистами в зависимости от сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Исследование уровня оксипролина в суточной моче проводилось по методу Н. Stegemann. Нормальной считали концентрацию оксипролина в пределах от 16 до 27 мг/сут. В зависимости от уровня оксипролина в моче 30 обследованных женщин, отобранных методом случайной выборки, разделены на группы: А – с нормальной концентрацией оксипролина, В – с повышенной, С – с низкой.

Изучение качества жизни пациенток с ОиВВПО производили путем анкетирования до оперативного лечения и через 1 и 3 года после него. Использовали квалитетрический метод с применением опросника «Short Form 36 Health Quality Survey» (далее – SF-36), рекомендованным ВОЗ (1996) для количественной оценки основных параметров качества жизни (эмоциональной сферы, физической сферы, общего благополучия). Для оценки половой функции при пролапсе гениталий использовали опросник PISQ (Pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual function questionnaire) (Rebecca G., Kimberly R.W., 2003; Ghielmetti T., 2005, Попов А.А., 2008). Для сравнения КЖ с женщинами без ОиВВПО была набрана группа контроля близкого возраста ($54,2 \pm 2,0$ года), в нее вошли 54 женщины без генитального пролапса.

Всем пациенткам в плановом порядке было проведено хирургическое лечение. Оперативное вмешательство производилось под общей или спинальной анестезией. Выбор наркоза осуществлялся в зависимости от показаний и противопоказаний к методу. Выполненные виды оперативного вмешательства у обследованных женщин: экстирпация матки в сочетании с передней, задней кольпоррафией и леваторопластикой – 124(30%), кольпоррафия передняя, задняя с леваторопластикой – 137(34%), операция Лефора-Нейгебауэра – 42(10%), ампутация шейки матки с пересадкой сводов – 84(20%), передняя кольпоррафия с Gynemesh Soft anterior – 22(5%), передняя кольпоррафия с Prolift anterior – 6(1%).

Интраоперационно производилось профилактическое введение цефалоспоринов III поколения (максимальная разовая доза). По окончании операции в мочевого пузыря устанавливали катетер на 24ч. Для профилактики тромбозов всем пациенткам назначался компрессионный трикотаж, антитромботическая терапия (фраксипарин). В раннем послеоперационном периоде в зависимости от объема операции, анестезиологического пособия, сопутствующей

экстрагенитальной патологии проводилась инфузионная (глюкоза 5%-400,0, физиологический раствор 0,9%-400,0), метаболическая терапия, ранняя активизация (1-е сутки), физиотерапевтическое лечение со 1-2 суток послеоперационного периода (ЛФК, вибромассаж грудной клетки). С 3 суток обработка влагалища (3% раствор перекиси водорода, раствор перманганата калия).

После выписки из стационара женщинам давались следующие рекомендации: половой покой в течение 6 недель, исключение физического труда, ограничение подъема тяжести до 3-5кг в течение всей жизни, обработка преддверия влагалища кремом «Овестин» 6 месяцев, избегать заболеваний и состояний, способствующих повышению внутрибрюшного давления, лечение экстрагенитальной патологии. Контрольный осмотр через 3 месяца, 1 и 3 года. Эффективность лечения оценивали по жалобам, объективным данным, гинекологическому осмотру, опроснику по КЖ.

Статистический анализ полученных данных осуществляли при помощи пакета программ «Statistica for Windows 6.0» (Боровиков В.М., 2001). Для выявления различий использованы методы непараметрической статистики (U-критерия Манна-Уитни, точный тест Фишера), вычисляли коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена, вычисляли отношения шансов для факторов риска ОиВВПО, использовали методы нелинейного оценивания (логит-регрессионная модель) программы Statistica 6.0 (Harris M., Taylor G., 2004).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании женщин, самостоятельно обнаруживших заболевание, было 238(57,3%), выявлено врачом на ранней стадии в 177(42,7%) случаях. Это были женщины, пришедшие на прием к врачу через 1-2 года после родов.

В возникновении ОиВВПО имеет значение наследственный фактор, который выявлен у 197(68%) обследованных женщин при всех степенях опущения.

По мнению ряда исследователей, в формировании ОиВВПО имеет значение тяжелая физическая работа (Deval B., Rafii A., 2002; Bodner-Adler B., 2007). По нашим данным ОиВВПО связано с физической нагрузкой у 297 женщин. При отсутствии физической нагрузки опущение выявлено у 118 пациенток. Полное опущение матки характерно для группы женщин, чей труд связан с физической нагрузкой – 119(40,1%). Частота неполного ОВПО и ЭШМ при физическом труде практически одинакова. Зависимость ЭШМ от физической деятельности не была достоверной.

Учитывая, что условия проживания в городе и селе различаются, нами проведен анализ значения в формировании ОиВВПО работы на огороде и уход за скотиной. Среди обследованных представительниц села было - 207 (50%), города - 208 (50%). Из городских жительниц огород и скотину имели 127(61,1%), не имели – 81(38,9%). Среди сельских жительниц 205(99,9%) и 2(1%), соответственно. По результатам нашего исследования, чем больше физической работы, тем чаще и значительнее степень ОВПО. У городских женщин с огородом и скотиной ОиВВПО было 127(61,1%), у сельских – 205.

При сравнительном анализе частоты той или иной степени ОиВВПО в зависимости от места проживания достоверных различий между городскими и сельскими жительницами не выявлено. Однако, ЭШМ несколько больше у сельских

жительниц. Если ЭШМ рассматривать как начальную стадию ОиВВПО, то можно полагать, что у сельчан оно начинается раньше.

Определенное значение в развитии ОиВВПО играет гормональный фактор, о чем свидетельствует высокая частота позднего менархе и длительность менопаузы. По данным нашего исследования средний возраст менархе $14,7 \pm 0,3$ лет. В возрасте до 13 лет менструация началась у 139 женщин (33,5%), от 13 до 15 лет – у 92 (22,1%), после 15 – у 184 (44,3%). Менструальный цикл составлял в среднем $28,8 \pm 0,3$ дней, продолжительность – $5,0 \pm 0,4$ дней. На момент обследования в постменопаузальном периоде находились 273 (65,8%) женщины. Менопауза в среднем наступила в возрасте $48,7 \pm 0,2$ лет, в 7(1,7%) случаях была ранней (до 40 лет). Средняя продолжительность менопаузы составила 7,7 лет.

Одной из ведущих причин генитального пролапса многими авторами считаются физиологические роды, травмы промежности (Токтар Л.Р., 2005; Patel D.A., Xu X., Thomason A.D. et al., 2007; Dannecker C., 2000). Обследованные нами пациентки в 407(98%) случаях имели роды через естественные родовые пути, из них более трех было - у 174(42,7%). Вес первого новорожденного чаще был от 2500 до 3000гр и от 3010 до 4000гр. Крупные новорожденные (вес более 4000гр.) составили 227(24,5%) человек среди всех обследованных женщин. По результатам нашего исследования, выявлен высокий травматизм промежности в родах: разрывы шейки матки и промежности - у 172(42,3%) женщин, эпизио - и перинеотомия – у 104(25,5%), ручное обследование полости матки – у 36(8,8%), наложение щипцов – у 28(7%). Среди обследованных 366(88%) женщин имели медицинский аборт в анамнезе, причем более трех – 248(68%). Полученные нами данные согласуются с мнением отечественных и зарубежных авторов о весомой роли родов и абортов в развитии ОиВВПО (Буянова С.Н., 2002; Adelusola K.A., Ogunniyi S.O., 2001; Seracchioli R., Hourcabie J.A., Vianello F., 2004; Parazzini F., Mais V., Cipriani S. et al., 2009).

Различная гинекологическая патология выявлена у 100% женщин: миома матки - 130(32%), воспаление придатков - 74(18%); киста яичника - 61(15%), из них с оперативным лечением - 28(46%); эрозия шейки матки (с ДЭК) - 103(24,8%); ДМК с РДВ – 103(24,8%); внематочная беременность – 22(5,3%); невынашивание беременности - 20(4,8%); бесплодие – 3(0,7%). В среднем на 1 женщину приходилось 1,1 случая гинекологического заболевания. Немаловажное значение имеет эрозия шейки матки с ДЭК – 24,8%, РДВ (по поводу нарушения менструального цикла, ревизия полости матки после выкидыша) – 41,4%. Если учесть, что эти манипуляции, как и многочисленные аборты, выполняются с вытягиванием, низведением шейки матки, что не исключает растяжение и травму таких слабых структур как мочеполовая диафрагма, лобково-шеечные, прямокишечно-влагалищные фасции, то факт травматизма неминуем, что в последующем может способствовать ОиВВПО (Стрижакова М.А., 2001).

В последнее десятилетие все больше сторонников теории генетически обусловленного дефекта соединительной ткани в формировании генитального пролапса (Смольнова Т.Ю., 2005; Буянова С.Н., 2001; Земцовский Э.В., 2008) Согласно классификации Буяновой С.Н. (2001), у обследованных нами женщин, в 95,7% случаях имелась различная степень выраженности ДСТ: легкая (маловы-

раженная) – у 57(50%), средняя – у 43(39%), тяжелая – у 10(9%). Признаки ДСТ отсутствовали - у 5(4%). Анализ заболеваний характерных для ДСТ показал преобладание сердечно-сосудистой патологии, заболеваний дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата и варикозной болезни. Среднее количество заболеваний на одну пациентку преобладало в группе с полным ОВПО – 5,8, наименьшее с элонгацией шейки матки – 5,4.

При сравнении клинических признаков ДСТ в зависимости от степени ОиВВПО показано достоверно более высокое среднее значение числа признаков у женщин с полным опущением ($6,6 \pm 1,8$), по сравнению с неполным опущением и ЭШМ (5,8 и 5,3 соответственно).

Антропометрическая характеристика пациенток при различной степени выраженности ДСТ достоверных различий не имела. Полученные результаты были в пределах нормы.

Концентрация биохимического маркера ДСТ – оксипролина – была различной: нормальная – у 33%, пониженная – у 27%, повышенная – у 40%. При сниженной концентрации оксипролина отмечено увеличение среднего возраста пациенток на фоне укорочения продолжительности болезни ($5,3 \pm 1,2$). При повышенной концентрации выявлено увеличение длины элонгированной шейки матки ($10,5 \pm 1,2$ см) по сравнению с величиной этого показателя в группе с нормальной концентрацией оксипролина в моче ($7,5 \pm 1,5$ см). При увеличении концентрации оксипролина имеется тенденция к полному ОиВВПО, а также удлинению шейки матки.

По результатам гистологического исследования, проведенного в 328(79%) случаях, у пациенток всех групп достоверно чаще выявлялись воспалительные изменения слизистой влагалища – 209(63,7%), псевдоэрозия – 49(14,9%), которая, по данным ряда авторов, может рассматриваться как воспалительный процесс (Куперт А.Ф, Солодун Ю.В., 1988; Lapertosa G, Varacchini P, 1986).

Немаловажное значение как фактор риска ОиВВПО, имеет различная экстрагенитальная патология. Нами установлено, что женщины с ОиВВПО в 100% случаев имеют ту или иную соматическую, чаще хроническую патологию. В среднем, на одну обследованную пациентку приходилось 2,8 хронических заболеваний. Преобладают ССЗ (99%) и заболевания ЖКТ (78,5%). Настоящее исследование показало значимость хронических запоров, выявленных у 111(26,7%) женщин. Частота хронических заболеваний легких у обследованных женщин составила 18,1%. Авторы считают, что наследственный структурный дефект соединительной ткани, обуславливает ее особую чувствительность к отрицательным воздействиям окружающей среды, за счет уменьшения количества поперечных сшивок в молекуле коллагена и нарушения ее стабильности (Громова О.А., 2008; Земцовский Э.В., 2008). Таким образом, многочисленная экстрагенитальная и гинекологическая патология, выявленная у наших женщин, вызывающая гормональные и гуморальные сдвиги, является благоприятным фактором для развития ОиВВПО.

Путем вычисления отношения шансов (ОШ) мы провели анализ степени риска развития ЭШМ, неполного и полного ОВПО, в зависимости от выявленных у обследованных нами пациенток факторов риска (рис.1 – 3).

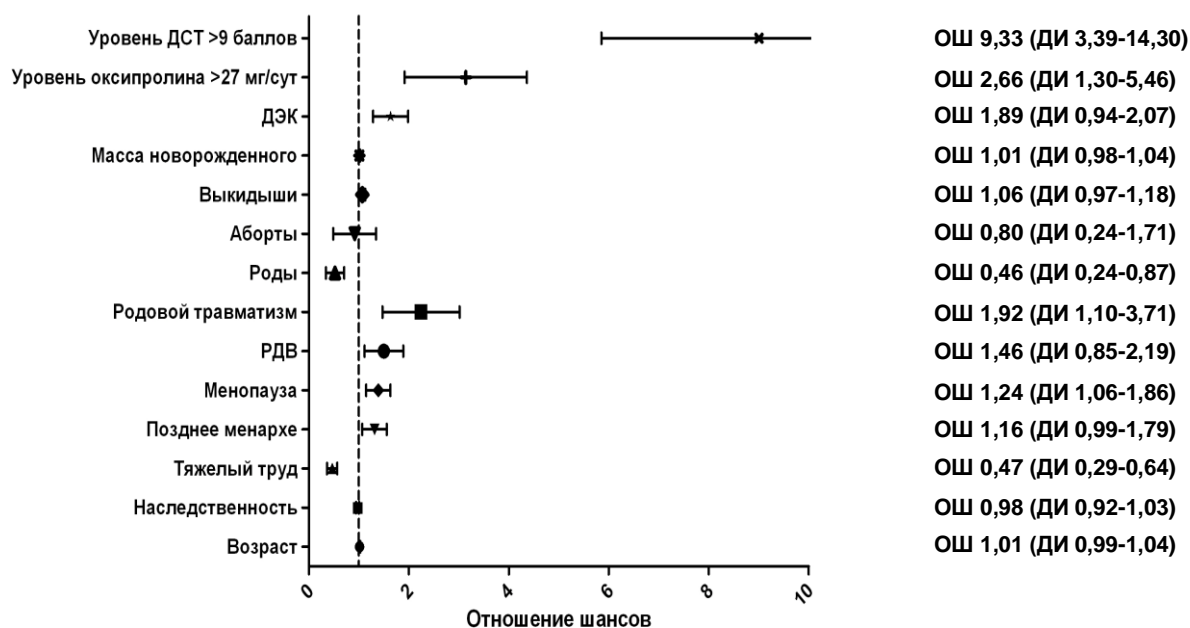


Рис 1. Значимость факторов риска для развития элонгации шейки матки (ДИ – доверительный интервал)

Из рисунка видно, что для развития ЭШМ важными факторами риска являются: позднее менархе в анамнезе ($p=0,037$), раннее наступление менопаузы ($p=0,032$), наличие РДВ ($p=0,005$), ДЭК ($p=0,031$), повышенный уровень оксипролина в моче ($p=0,004$), родовой травматизм ($p<0,001$) и наличие DST ($p<0,001$). Масса новорожденного, выкидыши, аборты, наследственность и возраст для развития ЭШМ были не значимы в качестве факторов риска ($p>0,05$). Роды через естественные родовые пути и тяжелый труд имели наименьшее значение ОШ для пациенток этой группы.

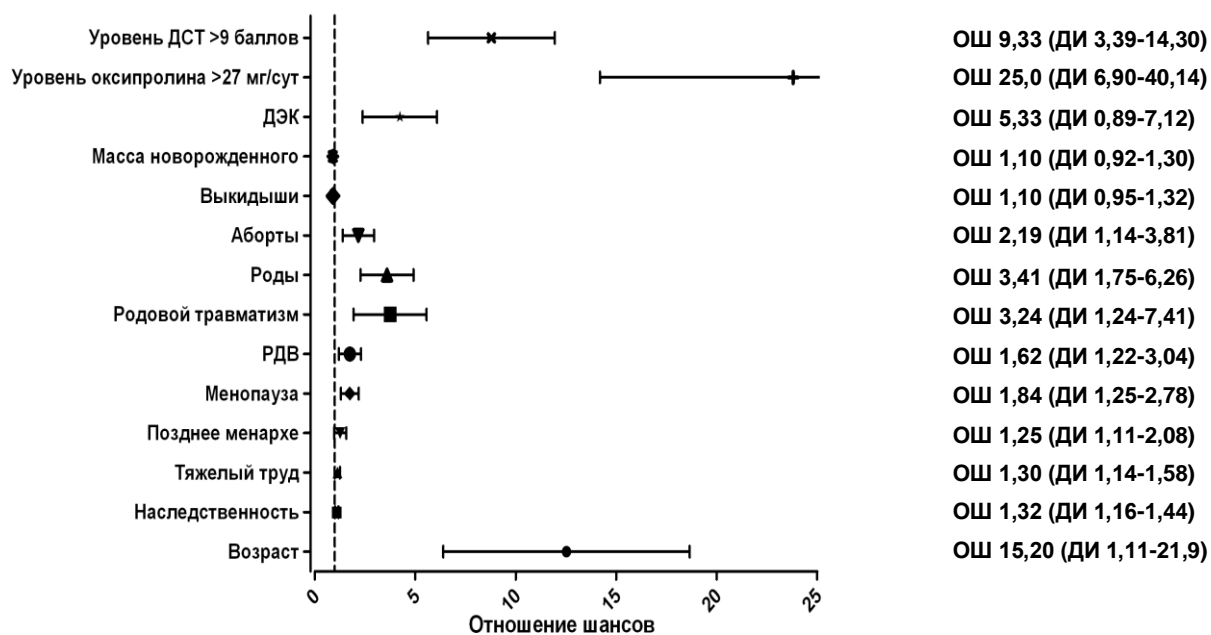


Рис 2. Значимость факторов риска для развития неполного ОВПО.

К развитию неполного опущения предрасполагают все перечисленные в нашем исследовании факторы риска (рис. 2). Следует отметить, что при увеличении степени пролапса показатели ОШ стали больше. Усилилось значение возраст-

та ($p < 0,001$), родового травматизма, родов, аборт, ДЭК и уровня оксипролина более 27 мг/сут. по сравнению с группой ЭШМ. Однако, тяжелый труд ($p = 0,029$), наследственная предрасположенность ($p = 0,011$), гормональные нарушения (позднее менархе, менопауза), выкидыши, масса новорожденного так же имели значение, как и в группе с ЭШМ.

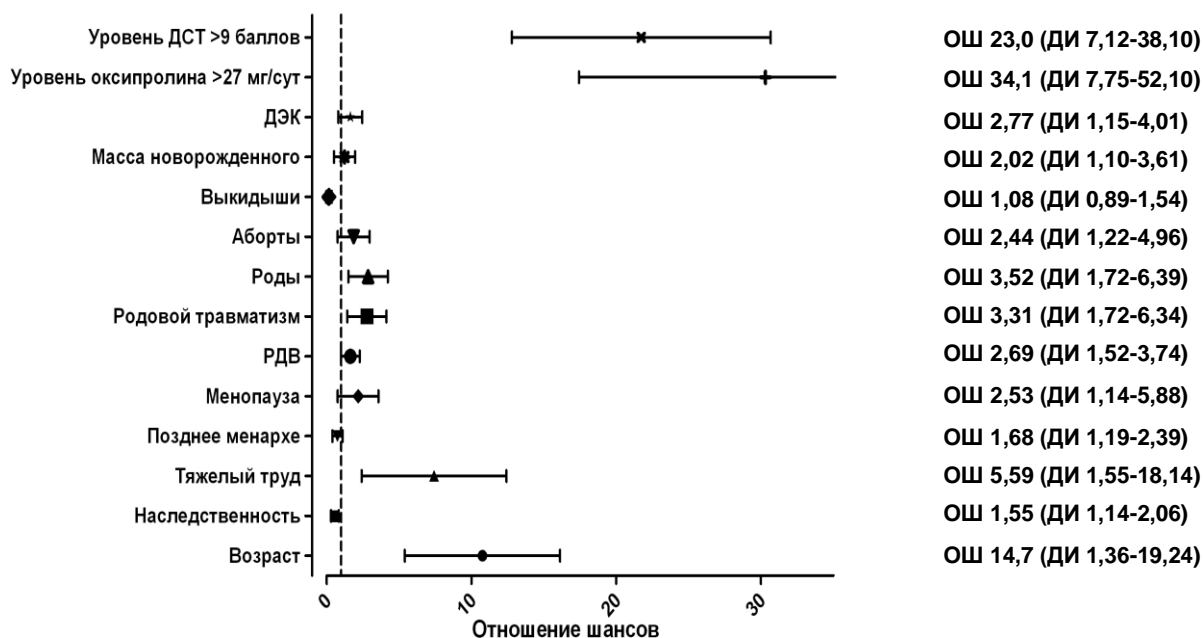


Рис 3. Значимость факторов риска для развития полного ОВПО

Из рисунка видно, что развитию полного ОиВВПО способствуют все указанные факторы риска. Наибольшее значение для этой степени имел: возраст ($p < 0,001$), тяжелый труд, уровень оксипролина более 27 мг/сут ($p < 0,001$) и уровень ДСТ более 9 баллов ($p < 0,001$). Следует отметить, что все перечисленные факторы риска, по сравнению с женщинами с ЭШМ и неполным ОВПО имеют наибольшие значения ОШ, что указывает на их значимость для развития полной степени ОВПО.

Основным методом лечения ОиВВПО является хирургический. В нашей работе преобладающим методом оперативного лечения является передняя, задняя кольпоррафия в сочетании с леваторопластикой – 137(34%), влагалищная экстирпация матки в сочетании с передней, задней кольпоррафией – 124(30%), ампутация шейки матки с пересадкой сводов – 84(20%). Хирургическая коррекция ОиВВПО с использованием эндопротезов стала внедряться в последние годы и составила – 28(6%).

Через 3 месяца после оперативного лечения на контрольный осмотр пришло 115 женщин. Данные при выписке рекомендации строго выполняли 72(62,6 %) пациентки, не всегда - 43(37,4%). У 112(97,4%) обследованных восстановительный период протекал без особенностей, и соответствовал объему перенесенного вмешательства. Жалоб не было. Рецидива ОиВВПО через 3 месяца не было.

У 3(2,6 %) женщин выявлено: эрозия шва после постановки сетки Gyne-mesh Soft anterior – 2(66,7 %), признаки отторжения сетки Gyne-mesh Soft anterior (эрозия, признаки воспаления, серозное отделяемое) – 1(33,3 %). Пациентки с осложнениями были госпитализированы в стационар для проведения местного лечения: мазевые аппликации с эстрогенами, физиотерапевтические процедуры

(ПеМП, седативные методики). Пациентки с эрозией шва (n=2) выписаны из стационара с положительной динамикой после консервативного лечения, сетка сохранена. У пациентки с признаками отторжения сетки - последняя удалена.

Через 1 год после оперативного лечения на контрольный осмотр пришло 105 женщин: соблюдали данные после операции рекомендации 52(49,5%), не соблюдали – 53(50,5 %). Жалоб не было. Однако ощущение дискомфорта в области промежности отмечали 11(10,5 %) пациенток. Число рецидивов через 1 год составило 11(10,5 %). Из 11 женщин, рецидивы у жительниц города были - 6, у жительниц села – 5(p=0,54). Степень опущения до операции у женщин с рецидивами: элонгация матки в сочетании с неполным опущением передней стенки влагалища – 1, неполное опущение стенок влагалища – 7, полное выпадение ВПО – 3 (p=0,79). Возможно, это было связано с не соблюдением рекомендаций со стороны женщины и неучтением признаков ДСТ. В группе с рецидивами через 1 год было 8 (7,6%) пациенток с результатами анализов на оксипролин: с нормальной концентрацией было – 2(25%), с патологической - 6(75%) (низким – 4, высоким – 2). За период наблюдения, у пациенток с полипропиленовыми сетками Prolift Anterior и GyneMesh Soft Anterior не отмечено рецидивов. Таким образом, у 94 (99,5%) женщин, по данным наблюдения в течение 12 месяцев, проведено успешное оперативное лечение.

Одним из приоритетных направлений современной медицины является улучшение качества жизни людей с различными заболеваниями. Среди заболеваний, оказывающих существенное влияние на качество жизни женщин, одно из первых мест занимает ОиВВПО (Лоран О.Б., Анциферова Е.В., 2008). В доступной литературе данные о качестве жизни больных с ОиВВПО отрывочны, что обусловлено как малым числом исследований этой проблемы, так и нешироким внедрением предложенных опросников по исследованию КЖ в повседневную практику. Определенную негативную роль играет специфика некоторых вопросов, затрагивающих интимную сторону жизни (сексуальную, половую функцию). А эти вопросы неприемлемы для ряда пациенток старшей возрастной группы (Попов А.А., 2008; Atiemo H., Daneshgari F., 2006; Ghielmetti T., Kuhn E., 2006; Price N., Jackson S.R. et al., 2006; Chen G.D., 2007; Touchais J.Y, Koning E. et al., 2007). Неудовлетворенность пациенток качеством жизни может иметь неблагоприятный исход в виде психосоматической, соматической, неврологической патологии.

Нами установлено, что у 100% пациенток до оперативного лечения по поводу ОиВВПО, независимо от степени пролапса, наблюдалось снижение самооценки общего здоровья (ОЗ). Однако, на глубину снижения самооценки КЖ влияла степень ОиВВПО. КЖ пациенток с полным выпадением ВПО характеризовалось снижением по большинству показателей относительно соответствующего возрастного контроля, за исключением самооценки психического здоровья, социального функционирования и влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование.

Меньше всего ухудшение показателей КЖ отмечено у пациенток с элонгацией шейки матки. Возможно, причиной этого стало то, что пациентки в целом оказались моложе общей контрольной выборки. Это предположение подтверждается

сравнением с соответствующей по возрасту контрольной группой, которое показало отсутствие достоверных различий в показателях КЖ.

КЖ нами было оценено при различной степени ОиВВПО в зависимости от возраста. Уже в возрасте до 45 лет при неполном опущении достоверно отличались от контрольных показателей коэффициенты ОЗ, влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование, социальное функционирование и показатель жизнеспособности. Существенных отличий показателей КЖ у пациенток с элогированной шейкой, по сравнению с контрольной, не выявлено. Пациенток с полным ОВПО в этой возрастной группе не оказалось. Характер изменения КЖ в возрастной группе 46 - 59 лет отличался достоверным снижением показателя ОЗ, социального функционирования, жизнеспособности и самооценки психического здоровья во всех группах, по сравнению с контролем при любой степени ОиВВПО. У пациенток с элонгацией другие показатели КЖ достоверно не отличались от группы контроля. У пациенток с неполным и полным ОВПО выявлено снижение характеристик качества жизни в большей степени, чем у группы с элонгацией, по сравнению с контрольной группой.

Характеристика КЖ в группе пациенток с ОиВВПО от 60 лет и старше достоверно не отличалась от таковой у соответствующей по возрасту контрольной группы женщин. Показатели характеризовались низкими оценочными значениями в контрольной группе и у пациенток с ОиВВПО. Вероятно, это обусловлено изменениями, характерными для возрастной группы 60 лет и старше, а также накопленной сопутствующей экстрагенитальной патологией. При полном опущении регистрировались самые низкие показатели КЖ. При неполном опущении и элонгации шейки параметры КЖ достоверно не различались.

Для подтверждения влияния возраста на качество жизни был проведен корреляционный анализ. На рис.4, представлена регрессионная прямая, характеризующая обратную корреляцию возраста и коэффициента ОЗ, полученного в ходе исследования: чем старше возраст, тем хуже показатели этой оценки КЖ.

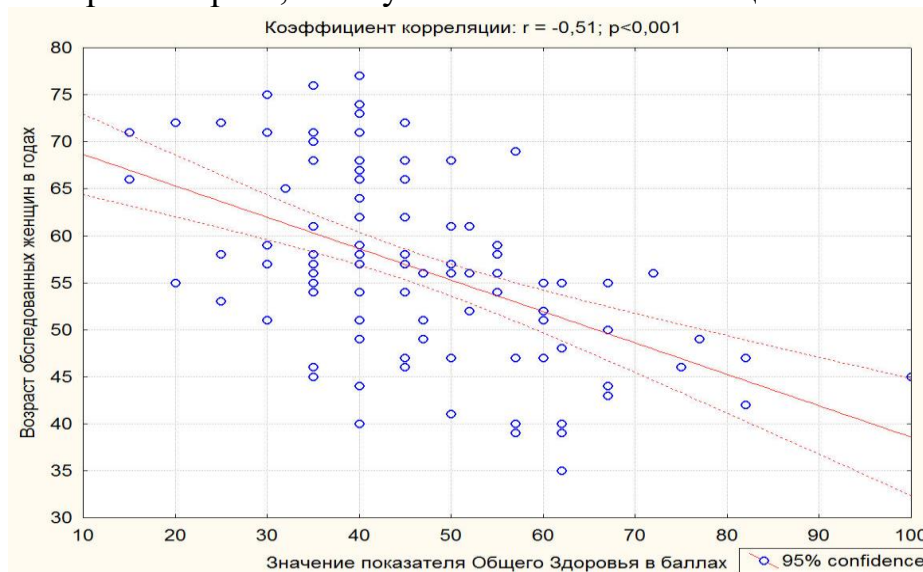


Рис. 4. Зависимость показателя общего здоровья от возраста обследованных женщин.

Характеристика других показателей качества жизни в зависимости от возраста, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Коэффициенты корреляции Пирсона между оценкой показателя КЖ и возрастом обследованных женщин с ОиВВПО

Показатели теста SF-36	Коэффициент корреляции r	Уровень значимости p
Физическое функционирование	-0,53	<0,001
Влияние ФС на ролевое функционирование	-0,30	0,002
Влияние ЭС на ролевое функционирование	-0,26	0,007
Социальное функционирование	0,18	0,07
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование	-0,42	<0,001
Жизнеспособность (по субъективным ощущениям)	-0,36	<0,001
Самооценка психического здоровья	-0,28	0,004

Как видно из таблицы, показатели КЖ связаны достоверной обратной зависимостью с возрастом пациенток, за исключением величины оценки социального функционирования. Наиболее выраженная обратная корреляция с возрастом у показателя физического функционирования и интенсивности боли и ее влияния на функционирование. Аналогичные данные получены в ряде зарубежных исследований. Так, Paskulin L., Vianna L., и Molzahn A.E. (2009) отмечают, что возраст пациентов – это один из ключевых факторов, снижающих КЖ. Отмечается, что с увеличением возраста больший удельный вес в общем КЖ приобретает чувство психологического комфорта. (Almeida A.J., Rodrigues V.M., 2008). Таким образом, качество жизни определяется степенью ОиВВПО и возрастом.

Результаты оценки КЖ после оперативно лечения через 1 год у 105 женщин и 55 женщин через 3 года представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты оценки КЖ женщин с ОиВВПО после операции (M±m)

Показатели теста SF-36	Время после операции			p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
	До операции	Через 1 год	Через 3 года			
	1	2	3			
Общее состояние здоровья	42,62±1,39	55,04±1,83	66,0±3,4	<0,001	0,014	<0,001
Физическое функционирование	74,14±3,15	63,82±2,90	72,1±2,9	0,002	0,010	0,22
Влияние ФС на ролевое функционирование	66,67±4,65	46,38±6,68	44,1±2,9	0,002	0,22	<0,001
Влияние ЭС на ролевое функционирование	72,96±4,30	66,84±4,40	68,5±3,2	0,21	0,35	0,44
Социальное функционирование	47,41±1,09	44,57±1,15	55,2±2,9	0,18	0,024	0,035
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование	63,99±2,61	77,29±2,82	75,6±3,2	0,001	0,38	<0,001
Жизнеспособность (по субъективным ощущениям)	51,79±1,97	63,36±1,96	71,4±2,8	<0,001	0,041	<0,001
Самооценка психического здоровья	55,16±1,66	67,53±1,74	75,3±2,6	<0,001	0,039	<0,001

Как видно из таблицы, через 1 год после устранения ОиВВПО достоверно повышается уровень ОЗ с $42,62 \pm 1,39$ до $55,04 \pm 1,83$ баллов ($p < 0,001$). Это сопровождается снижением выраженности болевых ощущений и влиянием их на повседневную деятельность женщин. Так, до операции показатель индекса боли снижался КЖ до $63,99 \pm 2,61$ баллов, а после операции только до $77,29 \pm 2,82$ баллов ($p = 0,001$). Кроме того, судя по динамике показателя жизнеспособности через 1 год после операции, улучшается самооценка качества жизни. Если до операции этот показатель составил $51,79 \pm 1,97$ балла, то после нее – уже $63,36 \pm 1,96$ ($p < 0,001$). Вместе с тем, уровень физической активности женщин несколько снижался. Так, физическое функционирование претерпело снижение с $74,14 \pm 3,15$ до $63,82 \pm 2,90$ баллов ($p < 0,001$), ролевое физическое функционирование – с $66,67 \pm 4,65$ до $46,38 \pm 6,68$ баллов, а социальное функционирование с $47,41 \pm 1,09$ баллов до $44,57 \pm 1,15$ баллов ($p = 0,002$). Полагаем, такие результаты обусловлены сознательным ограничением женщинами физической нагрузки после операции, поскольку ролевое эмоциональное функционирование достоверно не изменилось. Это может свидетельствовать о высоком уровне комплаенса между пациентками и лечащим врачом.

Через 3 года после хирургического лечения ОиВВПО, качество жизни пациенток по сравнению с результатами через 1 год имело положительные изменения по многим показателям: уровень ОЗ повысился с $55,0 \pm 1,9$ до $66,0 \pm 3,4$ баллов ($p = 0,014$). Это сопровождалось ростом показателя физической активности с $63,8 \pm 2,9$ баллов до $72,1 \pm 2,9$ баллов ($p = 0,010$). Уменьшение количества отрицательных эмоций подтверждает и показатель, характеризующий психический статус. Оперативное устранение генитального пролапса привело к повышению показателя психического здоровья с $56,16 \pm 1,66$ до $67,53 \pm 1,74$ баллов. Возможно, это связано с уменьшением психологической зависимости от врачебных рекомендаций. Однако, достоверно не изменились показатели, характеризующие влияние физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование, интенсивность боли и ее влияние на повседневную жизнь, тогда как показатель социального функционирования достоверно возрос ($p = 0,024$).

При сравнении показателей КЖ до операции и через 3 года после нее выявлено достоверное повышение оценок ОЗ, снижение интенсивности боли и ее влияния на функционирование, что способствовало повышению уровня жизнеспособности, социального функционирования и психического здоровья. Достоверно не изменилось физическое функционирование, влияние ЭС на ролевое функционирование. Снижено влияние ФС на ролевое функционирование.

Замечено, что степень ОиВВПО определяет динамику некоторых показателей восстановления качества жизни. Показатель интенсивности боли у женщин с неполным и полным ОВПО достоверно изменился по сравнению с дооперационным значением. Оперативное лечение пролапса достоверно положительно сказалось на самооценке психического здоровья женщин с элонгацией и неполным опущением, в отличие от пациенток с полным ОВПО.

Оценка показателей КЖ женщин с ОиВВПО в зависимости от объема оперативного лечения до, через 1 и 3 года после операции. Результаты показателей

КЖ при передней, задней кольпоррафии представлены в таблице 3. Средний возраст прооперированных пациенток по такой методике составил $59,9 \pm 1,8$ лет.

Таблица 3

Показатели КЖ женщин после передней, задней кольпоррафии ($M \pm m$)

Показатели теста SF-36	Время после операции			p 1-2	p 2-3	p 1-3
	До операции, n=28	Через 1 год после операции, n=26	Через 3 года после операции, n= 15			
	1	2	3			
Общее состояние здоровья	40,8±3,0	50,3±3,8	55,9±1,8	0,044	0,042	0,015
Физическое функционирование	72,6±6,2	52,8±5,3	75,4±3,5	0,010	0,008	0,25
Влияние ФС на ролевое функционирование	68,4±8,9	47,5±4,1	72,2±4,1	0,033	0,005	0,13
Влияние ЭС на ролевое функционирование	79,1±8,1	55,8±9,7	80,1±2,1	0,07	0,007	0,41
Социальное функционирование	48,9±2,3	44,0±2,9	59,1±3,8	0,24	0,024	0,021
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование	63,2±5,8	73,8±6,2	74,6±2,1	0,20	0,55	0,033
Жизнеспособность (по субъективным ощущениям)	51,3±4,1	60,3±4,3	71,8±3,5	0,11	0,036	0,005
Самооценка психического здоровья	56,6±3,5	67,1±3,8	76,1±2,9	0,048	0,037	<0,001

Как видно из таблицы, через 1 год проведенное лечение оказало положительное влияние на величину показателя ОЗ, психического здоровья и выявило тенденции к росту индекса жизнеспособности по субъективным ощущениям. Однако, в этой группе снижен индекс физического функционирования, что отражалось на выполнении повседневных обязанностей и проявлялось в виде уменьшения показателя ролевого функционирования, что вероятно связано с ограничениями после операции. Через 3 года после операции достоверно улучшились практически все показатели КЖ, по сравнению с оценками через 1 год после операции и до нее.

У женщин, перенесших влагалищную экстирпацию матки в сочетании с передней, задней кольпоррафией средний возраст составил $58,0 \pm 1,3$ лет (табл. 4). Из нее следует, что в этой группе пациенток через 1 год имелось достоверное снижение показателей КЖ, кроме влияния физического и эмоционального функционирования на ролевое. Через 3 года после операции достоверно возросли показатели социального функционирования, жизнеспособности и самооценки психического здоровья. Остальные имели незначительную, но положительную динамику. По сравнению с дооперационными характеристиками КЖ достоверно улучшились: социальное функционирование, жизнеспособность и самооценка психического здоровья на фоне уменьшения интенсивности боли и ее влияния на функционирование. Такие результаты показателей КЖ, вероятно, связаны с психологическим эффектом от объема оперативного вмешательства.

Таблица 4

Показатели КЖ женщин после влагалищной экстирпации
матки в сочетании с передней, задней кольпоррафией (M±m)

Показатели теста SF-36	До опера- ции, n=37	Через 1 год после опе- рации, n=34	Через 3 года после опе- рации, n=8	P 1-2	P 2-3	P 1-3
	1	2	3			
Общее состояние здо- ровья	44,9±2,8	38,0±4,0	40,9±1,9	0,008	0,25	0,019
Физическое функцио- нирование	82,6±5,8	70,5±4,2	76,2±4,3	0,009	0,28	0,042
Влияние ФС на роле- вое функционирование	72,6±8,9	56,3±8,9	66,9±2,3	0,16	0,09	0,10
Влияние ЭС на ролевое функционирование	74,7±9,2	76,8±8,0	75,5±3,4	0,91	0,91	0,88
Социальное функцио- нирование	50,8±2,2	42,1±3,9	64,2±3,3	0,049	0,005	0,014
Интенсивность боли, ее влияние на функцио- нирование	68,6±4,5	84,5±4,4	88,6±2,3	0,011	0,48	0,002
Жизнеспособность (по субъективным ощуще- ниям)	52,4±4,3	45,0±3,8	62,2±3,4	0,006	0,001	<0,001
Самооценка психиче- ского здоровья	55,8±3,2	45,0±3,3	68,1±4,8	0,002	0,004	0,009

Таблица 5

Показатели КЖ женщин после операции Лефора-Нейгебауэра (M±m)

Показатели теста SF-36	Время после операции			P 1-2	P 2-3	P 1-3
	До опера- ции, n=7	Через 1 год после опе- рации, n=6	Через 3 года после опе- рации, n=5			
	1	2	3			
Общее состояние здо- ровья	34,2±8,7	44,8±6,8	45,2±3,8	0,028	0,45	0,025
Физическое функцио- нирование	29,2±18,7	32,5±11,5	39,2±6,9	0,52	0,24	0,14
Влияние ФС на роле- вое функционирование	39,0±20,0	33,5±17,2	40,1±8,7	0,70	0,044	0,55
Влияние ЭС на ролевое функционирование	41,8±4,1	39,7±5,0	45,2±6,6	0,86	0,27	0,16
Социальное функцио- нирование	43,2±5,5	47,2±9,2	50,4±5,2	0,79	0,42	0,044
Интенсивность боли, ее влияние на функцио- нирование	41,7±4,9	49,2±5,8	51,3±5,7	0,16	0,38	0,047
Жизнеспособность (по субъективным ощуще- ниям)	53,3±5,4	60,7±5,8	63,2±4,1	0,19	0,25	0,048
Самооценка психиче- ского здоровья	48,2±4,7	50,8±7,8	52,4±3,9	0,19	0,36	0,19

Операция Лефора-Нейгебауэра не изменила достоверно показателей КЖ по сравнению с дооперационными значениями, кроме показателя общего здоровья, которое заметно улучшилось (табл. 5). После данного объема оперативного лечения большинство показателей КЖ имели незначительное улучшение, несмотря на средний возраст $74,2 \pm 3,1$ пациенток этой группы. Через 3 года после операции Лефора-Нейгебауэра достоверно показатели КЖ по сравнению со значениями через 1 год не изменились. Однако, по всем характеристикам КЖ имеется некоторое улучшение. При сравнении КЖ до операции и через 3 года отмечено улучшение по всем показателям.

Результаты исследования КЖ у женщин, которым была произведена ампутация шейки матки с пересадкой сводов, представлены в таблице 6. Средний возраст пациенток этой группы – $49,1 \pm 3,1$ лет.

Таблица 6

Показатели КЖ женщин после ампутации шейки матки с пересадкой сводов
($M \pm m$)

Показатели теста SF-36	Время после операции			p 1-2	p 2-3	p 1-3
	До, n=18	Через 1 год, n=15	Через 3 года, n=11			
	1	2	3			
Общее состояние здоровья	47,9±3,9	57,9±4,9	82,2±4,5	0,14	0,019	<0,001
Физическое функционирование	87,0±5,0	72,1±7,1	89,0±3,9	0,044	0,038	0,15
Влияние ФС на ролевое функционирование	90,0±5,9	60,7±12,2	93,3±4,3	0,05	0,007	0,24
Влияние ЭС на ролевое функционирование	89,0±6,2	76,3±10,1	92,1±3,1	0,32	0,003	0,18
Социальное функционирование	46,0±2,9	47,4±3,0	56,0±1,9	0,24	0,025	0,017
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование	66,5±6,7	69,5±8,5	77,5±2,2	0,77	0,08	0,038
Жизнеспособность (по субъективным ощущениям)	58,7±3,5	67,5±4,9	88,3±2,6	0,09	0,002	<0,001
Самооценка психического здоровья	59,5±2,7	72,6±4,3	89,4±3,8	0,027	0,004	<0,001

Как видно из таблицы, эта операция достоверно не изменяет показатель ОЗ через 1 год. Однако, через 3 года он увеличивается почти в два раза. После операции через 1 год достоверно снижался уровень физического функционирования. Возможно, это связано с самоограничением в физической нагрузке, рекомендованным при выписке из стационара. Достоверно улучшился показатель самооценки психического здоровья после операции. Отсутствие достоверных изменений в КЖ через 1 год после операции вероятно, обусловлено молодым возрастом пациенток этой группы, а следовательно меньшим количеством соматической патологии. Через 3 года после операции имело достоверное улучшение по всем по-

казателям КЖ. Такая же динамика имеется при сравнении с дооперационными значениями.

Позитивное влияние на показатели КЖ имелось у женщин с эндопротезом (табл. 7).

Таблица 7

Сравнительная характеристика показателей КЖ после установки эндопротеза ($M \pm m$)

Показатели теста SF-36	Отношение к операции			p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
	До, n=25	Через 1 год, n=24	Через 3 года, n=16			
	1	2	3			
Общее состояние здоровья	40,5±2,1	56,4±3,1	80,5±3,3	<0,001	<0,001	<0,001
Физическое функционирование	69,0±6,4	71,9±4,9	89,3±2,2	0,99	0,002	<0,001
Влияние ФС на ролевое функционирование	52,5±10,2	44,4±9,4	82,3±3,6	0,24	0,004	<0,001
Влияние ЭС на ролевое функционирование	63,6±8,7	70,6±7,5	83,2±3,4	0,65	0,006	<0,001
Социальное функционирование	45,1±1,6	43,9±1,8	56,2±2,3	0,26	0,035	<0,001
Интенсивность боли, ее влияние на функционирование	64,3±5,3	84,2±4,5	84,1±3,1	0,004	0,55	0,005
Жизнеспособность (по субъективным ощущениям)	49,5±4,4	62,8±3,4	72,1±5,5	0,006	0,045	<0,001
Самооценка психического здоровья	50,4±4,0	63,6±3,3	70,5±2,0	0,010	0,047	<0,001

Средний возраст прооперированных женщин по этой методике составил 56,8±2,1 лет. Увеличение индекса ОЗ можно расценить как благоприятный результат оперативного лечения. Постановка сетки способствует достоверному увеличению показателей жизнеспособности и самооценки психического здоровья. Интенсивность боли стала менее выражена, повысилась жизнеспособность по субъективным ощущениям, что способствует улучшению КЖ через 1 год после операции. Через 3 года после операции по сравнению с данными до операции и через 1 год после нее, достоверно улучшились все показатели КЖ.

Оперативное устранение ОиВВПО выявило достоверное усиление зависимости многих показателей КЖ от возраста, кроме ролевого эмоционального и социального функционирования. Учитывая полученные результаты исследования по возрасту до и после операции, можно предположить, что возраст и сопутствующие ему физиологические изменения играют ведущую роль в уменьшении показателей качества жизни.

Таким образом, после любой методики оперативного лечения ОиВВПО отмечается повышение эмоционального статуса, собственной оценки жизнеспособности. Это сопровождается в различной степени выраженности снижением уровня физической активности, которое, однако, может свидетельствовать о выполнении рекомендации врача по ограничению физической нагрузки, что больше

сказывается в первый год после операции и меньше через 3 года. Поэтому через 3 года после операции многие показатели значительно улучшаются по сравнению с результатами через 1 год.

Исследование КЖ до и после операции в зависимости от места проживания обследованных женщин (город и село) достоверной разницы не выявило. Однако, выявлена большая зависимость показателей КЖ у жительниц села от физического состояния. Сельские жительницы показали достоверно более низкие значения показателя физического функционирования ($p < 0,01$) и влияния ФС на ролевое функционирование. С такой характеристикой физического функционирования связано достоверное снижение влияния ЭС на ролевое функционирование у жительниц села, поскольку снижение физической активности или ее ограничение, в связи с рекомендациями после операции, способствовало не выполнению своих повседневных обязанностей по ведению хозяйства (полить огород, накормить скотину). Это создавало эмоциональную неуверенность и снижало настроение. Городские жительницы без особенностей переносили изменение физического функционирования.

Одной из составляющих КЖ является сексуальная функция человека. Половую жизнь из группы проспективного наблюдения ($n=115$) в настоящее время имели - 83(72,1%) пациентки, не имели по причине вдовства или инвалидности мужа от 3 до 10 лет – 32(27,9 %). Через 3 года после оперативного лечения нами опрошено 55 пациенток. Следует отметить, что в нашем исследовании для женщин старше 50 лет, ответы на вопросы, характеризующие их половую функцию, вызывали некоторые затруднения. Многие не уделяли этой стороне жизни значения и стеснялись обсуждаемых ответов, объясняя это особенностями воспитания, общественными взглядами на эту сторону жизни в период формирования их репродуктивного поведения.

Проведенный нами анализ половой функции показал, что 14% - всегда избегали полового контакта из-за пролапса, а 18% - иногда. Это не могло не сказываться на общих показателях КЖ, на состоянии эмоциональной сферы. Качество сексуальной жизни женщин, до и через 1 год после операции достоверно не изменилось. Однако имелись положительные тенденции к более выраженному возникновению сексуального влечения и более частому возникновению оргазма, к усилению возбуждения, к увеличению удовлетворения половой жизнью; к улучшению качества полового акта, за счет увеличения количества женщин испытывающих оргазм. Операция незначимо изменила картину особенностей оргазмов. Через 3 года после операции также выявлены положительные тенденции изменений в половой жизни прооперированных женщин. Достоверно меньше стало негативных эмоций во время интимной близости.

Через 1 год после операции, положительные изменения были выражены в более частом контроле и сдерживании мочеиспускания во время полового контакта, в уменьшении количества женщин избегающих полового контакта из-за ОиВВПО, в уменьшении негативных эмоций во время интимной близости. Показатели через 3 года не отличались от данных через 1 год после операции. Однако, количество женщин, никогда не ограничивающих сексуальные контакты из-за страха недержания мочи или стула, а так же отсутствие негативных эмоций во

время полового акта показали тенденцию к увеличению по сравнению с дооперационными значениями и через 1 год. Наше исследование показало, что устранение пролапса не играет значимой роли в возобновлении половой жизни у тех женщин, у которых не было ее до оперативного лечения. Женщины репродуктивного возраста отмечали, что причина дискомфорта при половых контактах исчезла, хотя «боязнь нарушить эффект от оперативного лечения» оставалась в течение полугодия.

Таким образом, несмотря на то, что достоверных изменений в половой жизни после оперативного лечения по поводу ОиВВПО не выявило, прослеживается тенденция к ее улучшению, что указывает на положительное влияние устранения генитального пролапса на КЖ женщин, которое формируется удовлетворенностью и в половой сфере тоже. Это вносит вклад в формирование эмоциональной и психологической оценки качества жизни пациенток и в целом положительно отражается на показателях общего здоровья (Попов А.А., 2008; Barber, 2005, Weber, 2000).

Таким образом, наша работа показала важность исследования КЖ у женщин с ОиВВПО. В эру доказательной медицины применение опросников по изучению КЖ до и после оперативного лечения крайне желательно. Поскольку это позволит по новому оценить место различных операций в современной гинекологии. При оценке того или иного объема оперативного лечения применение опросников можно планировать не ранее чем через 6 месяцев после операции.

ВЫВОДЫ

1. Факторами риска опущений и выпадений внутренних половых органов в порядке значимости являются: дисплазия соединительной ткани (95,7%), роды (98,1%), травма промежности (75%), манипуляции на органах малого таза, связанные с возможным нарушением целостности поддерживающих структур (аборты – 88,2%, раздельное диагностическое выскабливание – 41,4%, диатермоэлектродкоагуляция – 24,8%), гормональные нарушения, наследственность (68,4%), возраст, физический труд (71,6%).

2. Элонгация шейки матки, неполное и полное опущение, встречалось почти с одинаковой частотой. Неполное опущение превалировало в группе до 59 лет, полное после 60 лет, а элонгация до 45 лет.

3. Качество жизни женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов ухудшается в 100%. Ухудшение зависит от степени опущения внутренних половых органов и возраста. Чем больше степень опущения внутренних половых органов и старше женщина, тем значительно изменены оценочные характеристики качества жизни.

4. Хирургическое лечение приводит к улучшению показателей качества жизни при всех степенях опущения внутренних половых органов, что особенно проявляется в более отдаленные сроки после него. Лучшие показатели качества жизни отмечены у женщин репродуктивного возраста при элонгации шейки матки и у женщин различного возраста с неполным опущением после установки эндопротеза; худшая положительная динамика - у женщин с полным опущением после влагалищной экстирпации и операции Лефора-Нейгебауэра.

5. Эффективность оперативного лечения, а также характеристика качества жизни женщин после установки эндопротеза, позволяет считать эту методику наиболее рациональной.

6. Половая функция при всех степенях опущения внутренних половых органов ухудшается. После хирургического лечения все аспекты половой функции имеют тенденцию к улучшению, что проявляется увеличением частоты возникновения сексуального влечения, увеличением частоты испытываемых оргазмов, увеличением положительной эмоциональной окраски оргазма.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Включить в санитарно-просветительскую работу женских консультаций и родильных домов раздел по профилактике опущений и выпадений внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста: комплекс лечебно-гимнастических упражнений для мышц промежности, рациональное ведение родов, профилактика родового травматизма промежности, тщательная и своевременная коррекция разрывов, при крупном плоде шире использовать кесарево сечение, что особенно важно при наличии других факторов риска данной патологии.

2. Для восстановления анатомических взаимоотношений и обеспечения оптимального качества жизни после хирургического лечения по поводу опущений и выпадений внутренних половых органов следует широко использовать эндопротезы.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Кох, Л.И. К вопросу об этиологии опущения внутренних половых органов / Л.И. Кох., Т.Н. Дорош // Материалы I регионального науч. форума «Мать и дитя». - Казань, 2007. - С.272-273.
2. Кох, Л.И. Факторы риска опущения внутренних половых органов / Л.И.Кох, Т.Н.Дорош // Материалы 11-й науч.-практич. Конф. «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». - Вестник Кузбасского научного центра, г. Кемерово. – 2007. – Вып. 4. - С. 234-237.
3. Кох, Л.И. Методы хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов / Л.И. Кох, Т.Н. Дорош // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2007. - С. 430-431.
4. Балакшина, Н.Г. Варианты хирургического лечения пролапса гениталий / Н.Г. Балакшина, Т.Н. Дорош // Сборник трудов Томской областной клинической больницы: мат. науч.-практич. конф.- Томск, 2007. - С.94-96.
5. Кох, Л.И. Анализ материала по опущениям внутренних половых органов гинекологического отделения ОКБ / Л.И. Кох, Т.Н. Дорош, Н.Г. Балакшина // Материалы I междисциплинарной науч.-практич. конф. «Вопросы качества жизни женщин в пери- и постменопаузальном периоде». – Томск, 2007. - С.41-46.
6. Балакшина, Н.Г. Факторы риска и хирургическое лечение опущения внутренних половых органов / Л.И. Кох., Н.Г. Балакшина, Т.Н. Дорош // Российский вестник акушера-гинеколога. Спецвыпуск. Международный конгресс дисфункции тазового дна женщин. - 2008. - С.5.
7. Кох, Л.И. Клинические аспекты дисплазии соединительной ткани у женщин с опущениями и выпадениями внутренних половых органов / Л.И. Кох, Л.П. Назаренко, Т.Н.Дорош, Н.Г. Балакшина, Ж.В. Цуканова // Сибирский медицинский журнал. – Томск, 2008. - № 4. - Том 23. – С. 24-25.
8. Дорош, Т.Н.Изменение качества жизни у женщин с опущением внутренних половых органов после хирургического лечения / Т.Н. Дорош, Л.И. Кох, Н.Г. Балакшина // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. - Москва, 2008. - С.345.

9. Дорош, Т.Н. Влияние ОиВВПО на качество жизни женщин / Т.Н. Дорош, Л.И. Кох, Н.Г. Балакшина и др. // Материалы X конгресса молодых ученых и специалистов. – Томск. – 2009. – С.64-65.