

¹ Приволжский
окружной
медицинский центр

² Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова

³ Национальный
медицинский
исследовательский
центр акушерства,
гинекологии
и перинатологии
им. академика
В.И. Кулакова

Возможные факторы риска развития постоперационного пролапса тазовых органов

О.А. Паузина¹, И.А. Аполихина, д.м.н., проф.^{2, 3}, С.В. Романов, д.м.н.¹, А.Р. Дудкина³, А.С. Саидова, к.м.н.³, О.П. Абаева, д.м.н.¹, К.В. Евдокимова¹

Адрес для переписки: Инна Анатольевна Аполихина, i_apolikhina@oparina4.ru

Для цитирования: Паузина О.А., Аполихина И.А., Романов С.В. и др. Возможные факторы риска развития постоперационного пролапса тазовых органов. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 28–32.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-28-32

Цель исследования – оценить возможные факторы риска развития послеоперационного рецидива пролапса тазовых органов. В ходе исследования были проанализированы данные 245 пациенток (медиана возраста – 68 лет), впервые прооперированных в течение двух-трех лет, предшествовавших исследованию. Частота возникновения рецидивов составила 45,3%. В результате статистического анализа не установлено статистически значимой корреляции между возникновением рецидива и/или периодом до его возникновения и периодом от обнаружения симптомов до обращения к врачу и хирургического лечения, а также фактом назначения консервативной терапии до операционного лечения.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, постоперационный рецидив пролапса тазовых органов

Пролапс тазовых органов (ПТО) – распространенное патологическое состояние, связанное с дисфункцией тазового дна и характеризующееся сочетанным или изолированным опущением тазового дна и органов малого таза [1]. Такое состояние характерно для женщин пожилого возраста, но, по некоторым данным, встречается и у женщин репродуктивного возраста – до 30% случаев. ПТО, хотя и не является жизнеугрожающим заболеванием, существенно ухудшает качество жизни пациенток, а также способствует развитию сопутствующих заболеваний [2].

В 2022 г. китайские ученые опубликовали результаты глобального исследования эпидемиологической ситуации и социодемографических факторов развития ПТО за последние 30 лет

(1990–2019). Согласно результатам, в мире с проблемой ПТО сталкивается около 40% женщин. Среди женщин в возрасте до 50 лет заболеваемость постепенно снижается. В то же время у пациенток старше 50 лет частота возникновения ПТО за последние 30 лет увеличилась [3]. Принимая во внимание увеличивающееся количество женщин пожилого возраста среди социально активного населения в мире, следует признать, что медико-социальная значимость проблемы ПТО возрастает с каждым годом.

Причины и факторы риска развития ПТО на протяжении нескольких десятилетий остаются одним из самых дискуссионных вопросов современной гинекологии. Выделяют разные потенциальные факторы риска развития ПТО. Так, в масштабном метаанализе 2015 г. их пере-



числено свыше 30 по данным почти 4449 источников [4]. Очевидным можно считать только повышение риска развития ПТО с возрастом, увеличением массы тела и постоянным выполнением тяжелой физической работы. С возрастом риск возникновения ПТО существенно увеличивается: по некоторым данным, на 40% с каждыми десятью годами жизни женщины [5]. Лишний вес повышает риск развития ПТО на 40–50%, причем снижение веса не вызывает обратного эффекта [6].

Вопрос о наилучших практиках лечения ПТО настолько сложен и неоднозначен, что в ряде источников напрямую предлагается выбирать метод лечения исходя из предпочтений пациентки [7]. В целом спектр существующих методов варьируется от консервативных методик (тренировка мышц тазового дна, влагалищные пессарии, электростимуляция и др.) до хирургической коррекции с использованием как только естественных тканей, так и имплантов [8, 9]. Разнообразие доступных медицинских технологий, с одной стороны, расширяет спектр возможностей медицинской помощи, с другой – ставит перед практикующим врачом достаточно сложную проблему, решить которую можно, только обладая максимально полной информацией о преимуществах и ограничениях каждой методики.

Хирургическое лечение ПТО – один из самых распространенных методов коррекции данной патологии. Однако хирургическое вмешательство как метод лечения в данном случае имеет ряд ограничений и недостатков, среди которых помимо очевидных рисков, связанных с анестезией, последующей реабилитацией, – высокая частота постоперационных рецидивов.

В большом наблюдательном исследовании, опубликованном в 1997 г., пациенткам в возрасте до 60 лет из-за рецидива в 13% случаев потребовалась повторная операция в течение пяти лет после первого вмешательства [10]. В другом исследовании в повторном хирургическом лечении в течение десяти лет после первой операции нуждались 17% пациенток [11]. Данные итальянских ученых, полученные в ходе 26-месячного наблюдения за 360 пациентками, свидетельствуют о 10% случаев возникновения рецидива в течение указанного периода [12].

Факторы риска возникновения рецидива после первичного хирургического лечения по поводу ПТО также неоднократно становились предметом исследований и метаанализов [13]. В исследовании 2020 г. сравнивали данные 125 женщин с постоперационным рецидивом и 64 женщин, у которых после аналогичного вмешательства рецидив отсутствовал. Единственным фактором, связью которого с частотой рецидива оказалась статистически значимой, была стадия ПТО. К потенциальным факторам риска авторы относят возраст женщи-

ны и хроническую обструктивную болезнь легких. В то же время индекс массы тела, количество и тип родов, курение и артериальное давление не ассоциируются с возникновением рецидива или его отсутствием [14].

Шведские исследователи оценили рецидивы ПТО через десять лет после хирургического лечения у 128 женщин, указав в качестве факторов риска рецидива 3-ю стадию ПТО и предыдущие хирургические вмешательства в области тазового дна. Ученые пришли к неутешительному выводу, что, вероятно, развитие рецидива на текущем этапе развития медицинской науки непредсказуемо, поскольку у значительной части пациенток естественные процессы старения накладываются на изменение клинической картины в результате хирургии, затрудняя определение причинно-следственных связей между подобными изменениями [15]. В ряде источников в качестве фактора риска рецидива помимо 3–4-й стадии ПТО называют возраст менее 60 лет [16, 17]. Данные о корреляции других факторов (вес, количество родов, способ родоразрешения, курение, семейный анамнез и т.д.) с частотой развития рецидивов весьма противоречивы, и сделать какие-либо однозначные выводы на основании опубликованных исследований не представляется возможным. В целом относительно доказанными факторами риска считаются только 3–4-я стадия ПТО и возраст менее 60 лет.

Рецидивы ПТО после хирургического лечения представляют собой актуальную проблему не только в медицинском, но и социально-экономическом аспекте. Женщины с ПТО не могут осуществлять некоторые виды трудовой и иной деятельности, качество их жизни существенно снижается. Кроме того, рецидивы требуют повторной госпитализации, что снижает экономическую эффективность предоставления медицинских услуг и в конечном счете невыгодно с точки зрения общественного блага.

Таким образом, риск постоперационного рецидива является важнейшим аспектом, который следует учитывать при выборе стратегии лечения пациенток с ПТО и принятии решения о применении хирургических методов коррекции. В целях снижения частоты возникновения постоперационных рецидивов важно понимать, какие именно факторы обуславливают появление рецидивов, чтобы планировать лечение пациенток с ПТО с учетом воздействия данных факторов. В связи с этим было решено провести исследование для выявления частоты развития рецидивов ПТО через два-три года после оперативного лечения и проанализировать, какие факторы коррелируют с развитием рецидивов в наибольшей степени. Помимо этого ставилась задача оценить влияние консервативной терапии в предоперационном периоде на частоту развития рецидивов после оперативного лечения.

Материал и методы

Базой исследования стал ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России (Нижний Новгород). В опросе приняли участие 245 женщин, прооперированных в гинекологическом отделении Приволжского окружного медицинского центра в 2017–2018 гг. по поводу ПТО 2–3-й стадии. Операции выполнялись без использования имплантов. В исследовании участвовали пациентки в возрасте от 30 лет до 91 года, медиана возраста составила 68 лет. Данные собирались путем опроса пациенток, подписавших информированное согласие. Анализировались следующие параметры: длительность периода от появления симптомов ПТО до операции, длительность периода от появления симптомов до обращения к врачу, факт назначения консервативной терапии на первом этапе лечения, наличие жалоб на момент заполнения анкеты, время до возникновения симптомов ПТО после операции, характер этих симптомов. При анализе данных использовали программный пакет SPSS Statistics.

Результаты

Из 245 пациенток 111 (45,3%) испытывали симптомы ПТО в течение трех-четырех лет после операции. Из симптомов ПТО, имевших место после операции, чаще отмечались ощущение инородного тела во влагалище – 62 (55,9%) случая, недержание мочи – 38 (34,2%). Реже встречались учащенное мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря и другие симптомы.

У 66 (59,5%) пациенток симптомы ПТО проявились через полгода после хирургического лечения, у 28 (25,2%) – через год и у 11 (9,9%) – через два года. Шесть пациенток затруднились с ответом. Взаимосвязи с другими изучаемыми переменными не установлено.

Выявлена прямая корреляция между скоростью обращения к врачу по поводу симптомов ПТО и назначением консервативной терапии. Среди женщин, обратившихся к врачу сразу при обнаружении симптомов, консервативную терапию получали 28,5%, а среди обратившихся через год и более после появления симптомов – 8,2%. Таким образом, чем раньше женщина обращается к врачу, тем выше вероятность назначения консервативного лечения. Данный факт легко объясняется тем, что в менее запущенных случаях врач обоснованно стремится избежать хирургического вмешательства и связанных с ним рисков, если существует шанс на успех при консервативном лечении.

Не зарегистрировано статистически значимых взаимосвязей между фактом назначения консервативной терапии и остальными исследуемыми переменными, относящимися к симптомам. Не установлено корреляции между наличием симптомов в момент заполнения анкеты и остальными переменными. Не выявлены также факторы,

связанные со временем, прошедшим с момента хирургического лечения до повторного обнаружения симптомов ПТО. Характер и сочетание симптомов также не находятся в какой-либо значимой взаимосвязи с остальными анализируемыми переменными.

В целом по исследуемым параметрам отличий между пациентками с симптомами ПТО после хирургического вмешательства и пациентками без симптомов не зафиксировано. Например, распределение переменной «время возникновения симптомов до операции» идентично у пациенток, испытывающих на настоящий момент симптомы ПТО, и пациенток без таких симптомов.

Обсуждение

Успех хирургической коррекции ПТО крайне сложно оценить объективно. Так, частота успешных хирургических вмешательств при ПТО имеет гигантский разброс – 19,2–97,2% в зависимости от того, что считать успехом [18]. Оптимальный анатомический результат имеет весьма слабое отношение к удовлетворенности пациенток результатами лечения и к элиминации симптомов. Поэтому говорить об объективной оценке в данном случае крайне сложно [19]. Более того, на удовлетворенность пациенток результатами хирургии, по данным других исследований, не влияют тип вмешательства, стадия ПТО, возраст, другие объективные факторы [20]. Данное исследование опиралось на оценку так называемого оптимального симптоматического результата, который достигается в случае длительного отсутствия наиболее часто встречающихся симптомов ПТО по собственной оценке пациенток.

Исследование подтверждает ранее опубликованные данные об отсутствии прямой зависимости между частотой возникновения рецидива после хирургического лечения и временем до обращения к врачу при появлении симптомов ПТО, назначением консервативной терапии и рядом других факторов. Это можно объяснить тем, что, обладая стандартным набором данных анамнеза и сведениями о состоянии пациентки, невозможно предсказать успех хирургического лечения с точки зрения возникновения рецидива в течение последующих двух-трех лет после операции, что вполне согласуется с данными приведенных исследований. В то же время при наличии соответствующих показаний указанные факторы не должны служить препятствием к назначению хирургического лечения, но необходимо учитывать неснижаемые риски возникновения рецидива.

Исследование не показало увеличения или уменьшения частоты рецидива с течением времени после операции. Это в целом согласуется с данными других авторов, хотя в некоторых источниках, например в опубликованном в 2021 г. исследовании с участием 284 пациенток, утверждается, что в первые два года после операции частота реци-



дивов выше [21]. Отсутствие корреляции между временем от появления симптомов до хирургического лечения и возникновением рецидива может говорить о том, что успешность (безрецидивность) хирургического лечения ПТО обусловлена не только факторами, связанными со стадией и запущенностью заболевания, или о существенно различающейся скорости развития заболевания у разных пациенток. Для детального выяснения вопроса необходимы более масштабные исследования на больших структурированных выборках пациенток с более длительным периодом наблюдения.

Очевидным ограничением исследования является отсутствие данных инструментального обследования всех включенных в исследование пациенток. В течение некоторого периода рецидив может проявляться только анатомически, не приводя к возникновению соответствующей функциональной симптоматики. Принимая во внимание этот факт, следует отметить, что ситуация с учетом данных объективного обследования может оказаться существенно иной. Субъективное восприятие пациентками эффекта от различных видов коррекции ПТО может достаточно серьезно расходиться с объективной клинической картиной. Так, в нидерландском исследовании из 539 женщин, получивших консервативное или оперативное лечение ПТО 2-й стадии и более, 84% были удовлетворены результатами оперативного лечения, 74% – результатами консервативной терапии. В то же время объективные данные показали отсутствие разницы между результатами групп хирургического и консервативного лечения [22]. Однако необходимо иметь в виду, что в рамках данного исследования хирургическое лечение предпочли в основном женщины моложе 60 лет, испытывавшие более выраженные симптомы ПТО, что могло привести к некоторому смещению выборки и искажению результатов. Напротив, в другом исследовании среди женщин в постменопаузе удовлетворенность хирургическим лечением по сравнению с консервативной терапией (влагалищными пессариями) была ниже. При этом субъективное восприятие пациенток совпадало с данными объективных обследований [23]. Такие расхождения в показателях эффективности терапии могут означать, что оценки возникновения рецидива на основании только субъективных мнений пациенток или, наоборот, исключительно результатов объективного осмо-

тра недостаточно. Для полноценного освещения проблемы необходимо учитывать как оценку пациенток, так и объективные клинические результаты.

Получение соответствующих данных в настоящий момент представляется невозможным, поскольку они могут быть собраны только в рамках масштабного информационно-медицинского проекта. Например, в Швеции существует национальный реестр качества гинекологической хирургии GynOp, позволяющий отслеживать результаты хирургических вмешательств, в том числе по коррекции ПТО, в динамике в течение длительного периода времени [24]. Инициация полноценной многолетней наблюдательной программы с учетом уже указанной медико-социальной актуальности проблемы ПТО была бы крайне желательна как с медицинской, так и с экономической точки зрения для получения данных, необходимых для эффективного лечения пациенток с ПТО и снижения числа повторных госпитализаций.

Выводы

На основании результатов проведенного исследования не удалось установить прямую зависимость частоты возникновения постоперационных рецидивов ПТО от изучаемых переменных, включая назначение консервативной терапии до операции и время от появления симптомов до первого оперативного лечения. В среднем у 45,3% женщины симптомы ПТО возникают вновь в течение двух-трех лет после первого хирургического вмешательства, что согласуется с данными предыдущих исследований. В целом по исследуемым параметрам пациентки с симптомами ПТО после хирургического вмешательства и пациентки без симптомов не отличались. Полученные результаты указывают на то, что сегодня, обладая стандартным набором данных анамнеза и сведениями о состоянии пациентки, невозможно предсказать успешность хирургического лечения в аспекте возникновения рецидива в течение последующих двух-трех лет после операции. Следовательно, снизить риск повторного появления симптомов ПТО после операции невозможно. Требуются дальнейшие исследования для всестороннего анализа факторов риска возникновения постоперационного рецидива с целью обоснования наиболее эффективной стратегии лечения пациенток с ПТО, включающей хирургические методы. ❧

Литература

1. Гречканев Г.О., Котова Т.В., Качалина Т.С. и др. Современные возможности консервативного лечения женщин с пролапсом тазовых органов. Российский вестник акушера-гинеколога. 2021; 21 (3): 46–56.
2. Оразов М.Р., Токтар Л.Р., Достиева Ш.М. и др. Пролапс тазовых органов – проблема, не имеющая идеального решения. Трудный пациент. 2019; 17 (8–9): 23–27.
3. Wang B., Chen Y., Zhu X., et al. Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: an observational trend study from 1990 to 2019. Front. Public Health. 2022.

4. Vergeldt T.F.M., Weemhoff M., IntHout J., Kluivers K.B. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int. Urogynecol. J.* 2015; 26 (11): 1559–1573.
5. Swift S.E., Tate S.B., Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 189 (2): 372–377.
6. Giri A., Hartmann K.E., Hellwege J.N., et al. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017; 217 (1): 11–26.
7. Chung S.H., Kim W.B. Various approaches and treatments for pelvic organ prolapse in women. *J. Menopausal Med.* 2018; 24 (3): 155–162.
8. Дикке Г.Б., Глухов Е.Ю., Нефф Е.И. и др. Хирургическая коррекция и консервативная помощь при пролапсе тазовых органов. *Фарматека.* 2021; 28 (6): 25–32.
9. Аполихина И.А. Современные подходы к диагностике и консервативному лечению пролапса гениталий у женщин в практике гинеколога. *Акушерство и гинекология.* 2017; 3: 26–33.
10. Olsen A.L., Smith V.J., Bergstrom J.O., et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet. Gynecol.* 1997; 89 (4): 501–506.
11. Denman M.A., Gregory W.T., Boyles S.H., et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008; 198 (5): 555.e1–e5.
12. Salvatore S., Athanasiou S., Digesu G.A., et al. Identification of risk factors for genital prolapse recurrence. *Neurourol. Urodyn.* 2009; 28 (4): 301–304.
13. Schulten S.F.M., Claas-Quax M.J., Weemhoff M., et al. Risk factors for primary pelvic organ prolapse and prolapse recurrence: an updated systematic review and meta-analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2022; 227 (2): 192–208.
14. Bodner-Adler B., Bodner K., Carlin G., et al. Clinical risk factors for recurrence of pelvic organ prolapse after primary native tissue prolapse repair. *Wien. Klin. Wochenschr.* 2022; 134 (1–2): 73–75.
15. Tegerstedt G., Hammarström M. Operation for pelvic organ prolapse: a follow-up study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2004; 83 (8): 758–763.
16. Whiteside J.L., Weber A.M., Meyn L.A., Walters M.D. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 191 (5): 1533–1538.
17. Diez-Itza I., Aizpitarte I., Becerro A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18 (11): 1317–1324.
18. Ko K.J., Lee K.S. Current surgical management of pelvic organ prolapse: strategies for the improvement of surgical outcomes. *Investig. Clin. Urol.* 2019; 60 (6): 413–424.
19. Lee U., Raz S. Emerging concepts for pelvic organ prolapse surgery: what is cure? *Curr. Urol. Rep.* 2011; 12 (1): 62–67.
20. Belayneh T., Gebeyehu A., Adefris M., et al. Pelvic organ prolapse surgery and health-related quality of life: a follow-up study. *BMC Womens Health.* 2021; 21 (1): 4.
21. Roos E.J., Schuit E. Timing of recurrence after surgery in pelvic organ prolapse. *Int. Urogynecol. J.* 2021; 32 (8): 2169–2176.
22. Van der Vaart L.R., Vollebregt A., Milani A.L., et al. Pessary or surgery for a symptomatic pelvic organ prolapse: the PEOPLE study, a multicentre prospective cohort study. *BJOG.* 2022; 129 (5): 820–829.
23. Miceli A., Dueñas-Diez J.L. Effectiveness of ring pessaries versus vaginal hysterectomy for advanced pelvic organ prolapse. A cohort study. *Int. Urogynecol. J.* 2019; 30 (12): 2161–2169.
24. Brunet M., Ek M., Drca A., et al. Vaginal vault prolapse and recurrent surgery: a nationwide observational cohort study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2022; 101 (5): 542–549.

Possible Risk Factors for Postoperative Pelvic Organ Prolapse

O.A. Pauzina¹, I.A. Apolikhina, PhD, Prof.^{2,3}, S.V. Romanov, PhD¹, A.R. Dudkina³, A.S. Saidova, PhD³, O.P. Abaeva, PhD¹, K.V. Yevdokimova¹

¹ Volga District Medical Center

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

³ V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Contact person: Inna A. Apolikhina, i_apolikhina@oparina4.ru

The aim of the study was to analyze possible risk factors for the development of postoperative recurrence of pelvic organ prolapse. The study included 245 patients (median age – 68 years) who underwent surgery for the first time during the two to three years preceding the study. The recurrence rate was 45.3%. As a result of statistical analysis, there was no statistically significant correlation between the occurrence of relapse and/or the period before its occurrence and the period from the detection of symptoms to the doctor and surgical treatment, as well as the fact of prescribing conservative therapy before surgical treatment.

Key words: pelvic organ prolapse, postoperative recurrence of pelvic organ prolapse