

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ.

Новиков Е. И., Сурминов Е.И., Винникова С.В.

СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 192242, г. Санкт-Петербург,

ул. Будапештская, д.3 лит.А,

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 194044

г. Санкт-Петербург; ул. Академика Лебедева, д. 6

e-mail: eisurminov@mail.ru

тел. 8(950)0099491

Резюме. Сравнение показателей качества жизни до и после оперативного лечения является одним из критериев эффективности лечения стрессового недержания мочи. Тип и степени недержания мочи при напряжении определяют выбор конкретного оперативного вмешательства.

В 3 исследуемых группах выполнены модифицированные операции Келли, операция Фигурнова К.М. и операция TVT, а так же хирургическое лечение сопутствующего пролапса. Пациентки были с 1, 2 и 3 степенью и 2 типом недержания мочи.

Модифицированная операция Келли и Фигурнова К.М. выполнялась при 1-2 степени недержания мочи, операция TVT при 2-3 степени. Так же всем больным проводилось хирургическое лечение генитального пролапса. Хорошие показатели качества жизни через 1 месяц после модифицированной операции Келли были отмечены у больных с 1 и 2 степенью недержания мочи у женщин в возрасте старше 60 лет и у пациенток со 2-3 степенью недержания мочи после операции TVT. Через 1 и 2 года после оперативного лечения стрессового недержания мочи были удовлетворены качеством жизни больные с 1-2 степенью недержания мочи возраста 60 лет и старше после модифицированной

операции Келли. И пациентки различных возрастных групп со 2-3 степенью недержания мочи после операции TVT.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, генитальный пролапс, качество жизни, модифицированные операции.

THE VALUE OF ASSESSING THE QUALITY OF LIFE IN SURGICAL TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE.

Novikov E.I., Surminov E.I., Vinnikova S.V.

Scientific Research Institute of Emergency care named after I.I.Dzhanelidze, Russia,
192242, St. Petersburg, Budapeshtskaya st.,3A

Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Russia, 194044, St. Petersburg,
Academician Lebedev st., 6

Summary. Quality of life is a necessary criterion for the effectiveness of operative treatment of urinary stress incontinence. There were performed the modified Kelly surgery, Figurni K.M. surgery and TVT surgery. The study was conducted among women with 1, 2 and 3 degree and 2 type of urinary incontinence. The choice of operative treatment depends on the degree of urinary incontinence. The modified Kelly and Figurni K.M. surgery was performed at 1-2 degree of urinary incontinence, TVT surgery at 2-3 degree. All patients also underwent surgical treatment of genital prolapse. High rates of quality of life in one month after the modified Kelly surgery were observed in patients with 1 and 2 degree of urinary incontinence. In patients with 2-3 degree of urinary incontinence this were noted after TVT surgery. After the modified Kelly surgery in 1 and 2 year after operative treatment of urinary stress incontinence patients of 60 years and over with 1 and 2 degree of urinary incontinence and women 40-50 years with 2-3 degree of urinary incontinence were satisfied with quality of life.

Key words: stress urinary incontinence, genital prolapse, quality of life, modified surgery.

А к т у а л ь н о с ь . Недержание мочи при напряжении встречается у 10-20% больных в возрасте 45 лет и старше, данное страдание характеризуется значительным снижением качества жизни, вызванных стрессовым недержанием мочи у женщин, ставят данное заболевание в ряд актуальных проблем женского здоровья (Беженарь В.Ф. 2014). Повышение эффективности лечения недержания мочи при напряжении связана с использованием новых хирургических технологий, а так же с внедрением объективных факторов оценки результатов, в том числе качества жизни. У данной категории больных клинические проявления заболевания часто не соответствуют результатам физикального осмотра и инструментального обследования тазового дна, включающего УЗИ, МРТ, уродинамическое исследование. Большинство исследователей указывают на необходимость изучения значения мнения пациентки о тяжести имеющегося у него заболевания и уровне оказанной медицинской помощи (Беженарь В.Ф.2012 ,Русина Е.И. 2014 и др.).

Целью данной работы явилась оценка показателей качества жизни (КЖ) с помощью специальных вопросников (Пушкарь Д.Ю., Коршунов М.Ю.) до и через месяц, 1 и 2 года после хирургического лечения стрессовой инконтиненции с использованием различных методик – операция TVT, модифицированная операция Келли и модифицированная операция по Фигурнову К.М., одновременно выполнялись операции по устранению пролапса тазовых органов. В настоящем исследовании сравнение показателей качества жизни определяет критерии эффективности лечения.

М а т е р и а л ы и м е т о д ы . Исследование выполнено в отделениях гинекологии СПб НИИ СП им проф. И.И. Джанелидзе и включает в себя анализ

107 оперативных вмешательств по поводу недержания мочи при напряжении (НМПН), выполненных при оперативном лечении 107 пациенток.

Возрастной диапазон пациенток составил от 45 до 72 лет, средний возраст – $62,2 \pm 4,3$. Критерием включения в исследование явилось наличие 2 типа недержания мочи при напряжении различных степеней. Проводились уродинамические исследования, показатели ПАД менее 55 см/Н₂O, согласно ISC, расценивались как сфинктерная недостаточность.

При клиническом (с проведением функциональных проб) и инструментальном обследованиях (УЗИ, комплексное уродинамическое исследование) установлены 2 тип НМПН в сочетании с цистоцеле у 68 (63,5 %) пациенток и со сфинктерной недостаточностью – у 34 (31,8 %). Из общего числа больных 14 (13,1 %) ранее безуспешно перенесли операцию передней кольпорафии.

На основании имеющегося типа и степеней недержания мочи и метода выполненного оперативного вмешательства проводилось разделение больных по группам.

Статистически значимых различий при сравнении возрастных характеристик у пациенток трех исследуемых групп между не выявлено ($p=0,18$ по критерию χ^2).

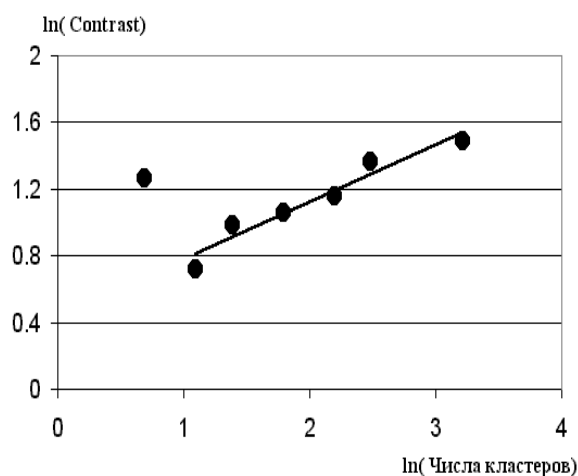
Наряду с определением показателей качества жизни, все изучаемые больные были обследованы клиническими и инструментальными методами. Заполнение вопросника по КЖ при дизурии выполнялось пациенткой самостоятельно, после беседы с врачом перед и после операцией (через 1 месяц, 1 и 2 года). На основании выполненной методики, эффективности проведенного хирургического лечения оценивалась в процентном соотношении. На основании полученных ответов вычислялись средние

значения показатели КЖ, которые сравнивались до и после операции в группах и между собой.

Результаты. При отсутствии симптомов дизурии результаты оценивались как положительные и отрицательные, когда симптомы стрессовой инконтиненции по-прежнему имели место или женщины отмечали не полное улучшение. Для оценки собственного качества жизни большинство пациенток исследуемых групп не видят различий в количествах теряемой мочи.

Отмечено, что возникновения рецидивов через 1 год (по всем группам) при 2 А типе встречались в $6,8 \pm 3,3\%$ случаев, при 2Б типе – в $20,8 \pm 5,9\%$ случаев (различие является статистически значимым, $p=0,16$). Всего же возникновения рецидивов через 2 года в 1 группе составило $7,4 \pm 3,6\%$ наблюдений, во 2 группе $11,1 \pm 5,2\%$ наблюдений, в 3 группе $35,3 \pm 11,6\%$ (различия статистически значимы, $p=0,01$ по критерию χ^2). Через 2 года в 1 группе составило $18,5 \pm 5,3\%$ наблюдений, во 2 группе $25,0 \pm 7,2\%$ наблюдений, в 3 группе $47,1 \pm 12,1\%$ (различия не являются статистически значимыми, $p=0,06$ по критерию χ^2). При проведении анализа можно отметить, что возникновения рецидивов через 2 года (по всем группам) при 2А типе встречались в $20,3 \pm 5,2\%$ случаев, при 2Б типе – в $31,3 \pm 6,7\%$ случаев (различие не является статистически значимым, $p=0,08$).

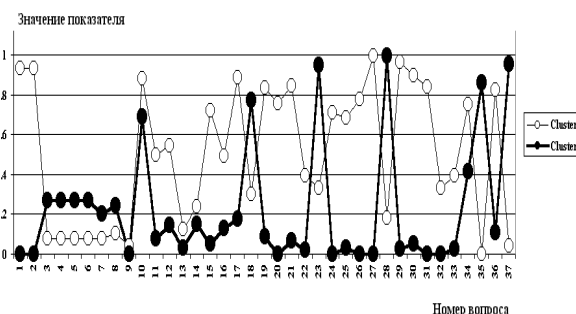
Метод кластерного анализа – метод построения самоорганизующихся карт, был применен в обработке 324 анкет. Кластеризация проводилась по 6 шкала основного уровня, включающего 37 вопросов.



С начала было определено оптимальное количество кластеров, в которое производится разбиение. Для оценки оптимального количества кластеров было проведено разбиение результатов в 2 – 25 кластеров. На рисунке 1 представлен зависимость показателя контрастности разбиения от числа кластеров. Из проведенного анализа следует, что оптимальное число кластеров равно 2.

Рисунок 1. Показателя кратности разбиения результатов опроса от числа кластеров разбиения

После выбора оптимального числа кластеров было проведено построения SOM с 37 нейронами во входном и 2 нейронами в выходном слое. На рисунке 2 приведено положение центров двух выделенных кластеров (1 и 2) в пространстве вопросов анкетирования.



Значения показателей нормировались таким образом, что 1 соответствует максимальному значению («Да»), 0 – минимальному значению («Нет»). Положение центров кластеров отличается практически по всем вопросам анкеты. Так, например на вопрос 1: «Потеря мочи при усилиях и напряжениях тела - кашель чихание, прыжки, бег по лестнице», – практически во всех случаях, отнесенных к кластеру один был получен ответ: «Да» (значение показателя центра кластера $1 \approx 1$), – для случаев, отнесенных к кластеру 2 получен ответ: «Нет» (значение этого показателя для центра Cluster 2 = 0).

Рисунок 2: Положение центров выделенных кластеров в 37-мерном пространстве вопросов представленного вопросника. (Показателя приведены в относительных единицах).

При проведении содержательного анализа состава выделенных кластеров оказалось, что к кластеру1 относятся все анкеты пациенток до проведения лечения, после проведения лечения большая часть анкет относится к кластеру2. В результате кластеризации получается интегральная оценка состояния пациенток, причем отнесение анкеты к кластеру1 является свидетельством «негативного восприятия» пациенткой своего состояния (далее «плохая оценка»), а к кластеру2 – об «позитивного восприятия» пациенткой своего состояния (далее «хорошая оценка»).

При проведении анализа данных опроса не выявлено статистически достоверного различия своего КЖ пациентками со 2 типом недержания ни через 1 год ($p=0,91$ по критерию χ^2), ни через 2 года ($p=0,81$ по критерию χ^2).

При проведении анализа выявлено статистически значимое различие оценки КЖ через 2 года после лечения пациентками с 2 типом недержания ($p<0,001$ по критерию χ^2). При этом «Плохая оценка» в наибольшей степени проявляется для группы 3. В ходе исследования выявлено статистически значимое различие оценки КЖ через 2 года после лечения пациентками с 2 типом недержания ($p<0,001$ по критерию χ^2). При этом «Плохая оценка» по результатам анкетирования для пациенток Группы 1 выставляется реже, чем для Группы 2 ($p=0,01$) и Группы 3 ($p=0,04$). В дополнительном разделе «отношение к оперативному лечению» большинство позитивных ответов на вопросы, касаются стоимости операции (положительные ответы у пациенток 1 и 2 групп, $p<0.01$).

По результатам кластеризации отмечается статистически достоверное различие уровней КЖ у пациенток с 1-2 степенью недержания через 1 и 2 года, у больных исследуемых групп, низкие показатели качества жизни выявлены у больных после операции по Фигурнову К.М., при этом наиболее высокие

показатели получены у больных с 1 степенью недержания мочи после выполнения модифицированной операции Келли. ($p < 0,001$ по критерию χ^2).

Заключение. Исследование КЖ пациенток после выполнения операций со стрессовым недержанием мочи, наряду с клиническими и инструментальными методами является необходимым компонентом оценки эффективности проведенного лечения в целом. Цели работы соответствует высокоспецифичный опросник по качеству жизни. Показатели качества жизни у больных после операции по Фигурнову К.М. уступают показателям после модифицированной операции по Келли и TVT. Выбор методики оперативного лечения зависит от степени и типа недержания. Частота рецидивов у пациенток с сохраненной функцией сфинктерной системы пузырно-уретрального сегмента и с 1-2 степенью недержания не является статистически достоверным между группами после операций TVT и модифицированной операцией Келли. ($p > 0,05$). Снижении качества жизни констатировано у больных со 2 степенью недержания мочи после модифицированной операции по Фигурнову К.М. ($p < 0,05$), при 2 степени недержания мочи у женщин 46-60 лет и 3 степенью недержания мочи рекомендуется операция TVT.

Литература.

1. Недержание мочи у женщин: современные возможности консервативного и хирургического лечения: пособие для врачей / Е. И. Русина, А. А. Цыпурдеева, Л. К. Цуладзе [и др.]; ред. Э. К. Айламазян, В. Ф. Беженарь. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2012. — 48 с.
2. Аполихина, И.А. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические

навыки врачей / И.А. Аполихина, Г.Б. Дикке, Д.М. Кочев // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 10. - С.104 - 110.

3. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений /В.Ф.Беженарь, Е.В. Богатырева, А.А. Цыпурдеева [идр.] // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2012. -Т.6, № 2. - С. 6-13.

4. Оперативная гинекология / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина [и др.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 320 с.

5. Оценка анатомо-функционального состояния мышц тазового дна и ректовагинальной перегородки у женщин с задним пролапсом тазовых органов и ректоцеле / М.А. Чечнева, А.Г. Хитарьян, С.В. Рыжков [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2013. -Т. 13, № 4. - С.34-37.

6. Сравнительная оценка осложнений и качества сексуальной жизни после коррекции генитального пролапса различными синтетическими имплантатами / В.Ф. Беженарь, Е.С.Гусева, А.А. Цыпурдеева [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. - Т. 14, № 2. - С.57-62.

7. Русина, Е.И. Оптимизация диагностики и лечения при смешанном и стрессовом недержании мочи у женщин / Е. И. Русина // Журнал акушерства и женских болезней. - 2014. -Т. LXIII, №3. - С44-52.

8. Ящук, А.Г. Акушерские аспекты недержания мочи у женщин в репродуктивном периоде / А.Г. Ящук, И.И. Мусин // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2014. - Т.14, № 3. - С. 69-72.

9. Пушкарь, Д.Ю. Вопросники как инструмент оценки качества жизни пациентки урогинекологического профиля / Д.Ю. Пушкарь, М.Ю. Гвоздев, Н.В. Тупикина. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. - №1. – С. 23-30.

10. Беженарь, В.Ф. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений / В.Ф. Беженарь, Е.В. Богатырева. // Акушерство. Гинекология. Репродукция. — 2012. — Т.6, №2. — С. 6-13.
11. Коршунов, М.Ю. Опросник ПД-КЖ – валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов / М.Ю. Коршунов, Е.И. Сазыкина. // Журнал акушерства и женских болезней. — 2008. — Т.LVII, В.3. — С.87-93.
12. Шкарупа, Д.Д. Хирургическая реконструкция тазового дна у женщин при недержании мочи и пролапсе тазовых органов: автореф. дис. ...д.м.н. / Шкарупа Дмитрий Дмитриевич. - СПб. — 2014. — 44с.
13. A randomized controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study / R.M.Freeman, K.Pantazis, A. Thomson [et al.] // Int. Urogynecol. J. — 2013. — Vol. 24. — P.377–384.
14. Arunkalaivanan, A. S. Randomized trial of porcine dermal sling (Pelvicol implant) vs. Tension-free Vaginal Tape (TVT) in the Surgical treatment of stress incontinence: a questionnaire-based study / A.S. Arunkalaivanan, J.W. Barrington // Int. Urogynecol. J. — 2013. — Vol. 14. — P. 17-23.
15. Louis-Sylvestre, C. Robotic-assisted laparoscopic sacrocolpopexy for stage III pelvic organ prolapse / C. Louis-Sylvestre, M. Herry // Int. Urogynecol. J. — 2013. — Vol. 24. — P.731–733.
16. Patient goal attainment in vaginal prolapse repair with and without mesh / D. Shveiky, A.I. Sokol, R.E. Gutman [et al.] // Int. Urogynecol. J. — 2012. — Vol.23. — P.1541–1546.

17. Transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse: more FDA concerns - positive reactions are possible / B.T. Haylen, P.K. Sand, S.E. Swift [et al.] // Int. Urogynecol. J. — 2012. — Vol. 23. — P.11–13.
18. Vaginal mesh for prolapse: a randomized controlled trial / C.B. Iglesia, A.I. Sokol, E.R. Sokol [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 116, N 2. — P.293–303.