

---

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С ТАЗОВЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**Р. Коннон, С.М. Семятов, М.Л. Ханзадян,  
Н. Анагону, А. Аламеддин, А.М. Коджо**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии  
Медицинский факультет  
Российский университет дружбы народов  
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

На сегодняшний день очевидно, что тазовые дисфункции не связаны со значительным риском для жизни. Однако эта проблема в большой степени влияет на качество жизни (КЖ) больных, приводя к его ухудшению (физического, психологического, сексуального и семейного благополучия).

В нашем исследовании обследованы 274 женщины постменопаузального периода с тазовыми дисфункциями, которые были распределены в 2 группы: в I группу вошли 145 пациенток (52,9%), которым проведена хирургическая коррекция тазовых дисфункций традиционными методами, II группа — 129 пациенток (47,1%) — с использованием синтетических материалов. Женщины были анкетированы с помощью опросника качества жизни «Short Form 36 Health Quality Survey» (SF-36) до и после хирургической коррекции.

Результаты исследования показали, что качество жизни у женщин после оперативного вмешательства в I группе улучшилось больше, чем во II группе.

**Ключевые слова:** тазовые дисфункции, качество жизни, постменопаузальный период.

Опущение и выпадение внутренних половых органов и другие функциональные нарушения тазового дна продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной медицины. В современной литературе имеются достаточно разноречивые сведения о частоте пролапса гениталий — от 1% до 45—50% в популяции. В возрастной группе старше 50 лет частота данного заболевания достигает 50—78%, и, как правило, сочетается с различными урогенитальными нарушениями, возрастающими до 80% в постменопаузе [1, 2, 5—7]. Более 20% женщин страдают теми или иными тазовыми нарушениями, из которых симптоматический пролапс гениталий наблюдается у 2,9%. У 85,5% больных с опущением и выпадением внутренних половых органов развиваются функциональные расстройства смежных органов: недержание мочи у 70,1%, нарушение дефекации — у 36,5%, диспареуния — у 53,3% пациенток. Стрессовое недержание мочи может быть ассоциировано с пролапсом гениталий у 30% больных [3].

На сегодняшний день прогнозируется увеличение тазовых дисфункций более чем в 2 раза в течение следующих 40 лет [10]. При этом число женщин с пролапсом гениталий увеличится почти в 3 раза, а в течение этого периода времени число женщин с недержанием мочи увеличится в 2,2 раза. Для недержания кала прогнозируется увеличение числа больных в 2,4 раза. Такая картина складывается из-за увеличения продолжительности жизни, с одной стороны, и в связи с омоложением этого вида заболеваемости — с другой.

На фоне проблемы отсутствия единого мнения по этиологии, патогенезу и диагностике ПТО поиск «наилучших» методов лечения также постоянно продолжа-

ется. В настоящее время основным методом лечения ПТО является хирургический [9], и при этом не прекращаются дискуссии о различных методах консервативного лечения [4, 8]. На сегодняшний день существует несколько сотен видов операций, направленных на хирургическое лечение пролапса и коррекцию тазового дна [3]. Продолжают активно создаваться и внедряться новые хирургические технологии с применением ауто- и аллотрансплантатов, новейшей аппаратуры и лапароскопической техники (общая численность модификаций превышает пятьсот).

Тазовые дисфункции и их оперативное лечение значительно влияют на физическое, психологическое и социальное благополучие женщин. Учитывая сложность проблемы генитального пролапса, а также сочетание различных дисфункций тазового дна, для более детального исследования эффективности различных терапевтических методов необходимо исследовать качество жизни. В оптимальном варианте лечебные вмешательства должны положительно влиять на жизнь и существование пациента, что определяется понятием «качество жизни», «состояние здоровья», или «функциональный статус».

Увеличение продолжительности жизни у женщин негативно влияет на качество их жизни. Таким образом, исследование качества жизни у пациенток с дисфункциями тазового дна до и после хирургической коррекции с последующим индивидуальным подходом к лечебным мероприятиям позволят улучшить качество жизни у данных пациенток.

**Цель работы** — оценить качество жизни (КЖ) пациенток постменопаузального периода с тазовыми дисфункциями до и после хирургической коррекции.

**Материал и методы.** Нами изучено КЖ у 274 пациенток постменопаузального периода с тазовыми дисфункциями в возрасте от 48 до 80 лет до и спустя 1—3 года после хирургической коррекции. Длительность заболевания колебалась от 1 до 17 лет, в среднем около  $6,8 \pm 2,3$  лет. В зависимости от объема хирургического вмешательства выделены 2 группы: в I группу вошли 145 пациенток (52,9%), которым проведена хирургическая коррекция тазовых дисфункций традиционными методами, II группа — 129 пациенток (47,1%) — с использованием синтетических материалов. Для оценки качества жизни в двух группах нами был использован опросник КЖ «Short Form 36 Health Quality Survey» (SF-36), рекомендованный ВОЗ (1996). Этот опросник позволяет определить следующие показатели КЖ: общее состояние здоровья, физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, социальное функционирование и т.д., — с последующей обработкой этих параметров по 8 шкалам. Ответы представляются в виде баллов (от 1 до 6), и более высокая оценка указывает на лучшее КЖ, кроме показателя интенсивности боли (чем ниже балл, тем сильнее боль).

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica V.6.0 и программы Microsoft Office Excel 2007.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Характеристика КЖ I группы до и после хирургической коррекции представлена в табл. 1. Как видно из табл. 1, КЖ женщин до операции достоверно ниже, чем после операции. КЖ улучшилось через 1—3 года после хирургической коррекции. Уровень общего здоровья на пред-

операционном этапе, составивший  $41,1 \pm 3,1$  балла, достоверно повысился до  $53,6 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ) после оперативного лечения, что сопровождалось снижением выраженности болевых ощущений, связанных с тазовыми дисфункциями и влиянием их на повседневную деятельность женщины. Улучшение КЖ через 1—3 года после хирургической коррекции отмечалось также по таким показателям как социальное функционирование, психическое здоровье. Нами была выявлена у женщин тенденция к росту жизненной активности. В то же время было установлено снижение физического функционирования, что отражалось на выполнении обычной повседневной деятельности и проявилась в виде уменьшения показателя ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием.

Таблица 1

**КЖ женщин I группы до и после хирургической коррекции ( $M \pm m$ )**

Общий показатель Шкала	Показатели теста SF-36 (баллы)	
	до операции ( $n = 145$ )	после операции ( $n = 128$ )
Физический компонент здоровья: общее состояние здоровья физическое функционирование ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием интенсивность боли	$41,1 \pm 3,1$	$65,6 \pm 3,8^*$
	$72,3 \pm 6,1$	$67,3 \pm 5,9$
	$70,5 \pm 7,8$	$64,0,5 \pm 4,7$
	$61,6 \pm 5,9$	$74,6 \pm 6,5^*$
Психологический компонент здоровья: ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием социальное функционирование жизненная активность психическое здоровье	$80,2 \pm 8,4$	$78,2 \pm 7,4$
	$47,9 \pm 3,6$	$64,4 \pm 3,6$
	$49,1 \pm 4,2$	$62,8 \pm 5,2$
	$52,6 \pm 4,9$	$68,6 \pm 5,1^*$

Примечание: \* — достоверные различия выявлены.

Динамика изменения показателей II группы до и после хирургической коррекции представлена в табл. 2.

Таблица 2

**КЖ женщин II группы до и после хирургической коррекции ( $M \pm m$ )**

Общий показатель Шкала	Показатели теста SF-36 (баллы)	
	до операции ( $n = 129$ )	после операции ( $n = 115$ )
Физический компонент здоровья: общее состояние здоровья физическое функционирование ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием интенсивность боли	$40,1 \pm 3,2$	$51,6 \pm 4,8^*$
	$69,8 \pm 6,1$	$63,3 \pm 5,9$
	$66,5 \pm 5,9$	$60,0,5 \pm 4,7$
	$59,3 \pm 5,9$	$61,7 \pm 5,8$
Психологический компонент здоровья: ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием социальное функционирование жизненная активность психическое здоровье	$70,6 \pm 7,4$	$72,2 \pm 6,9$
	$44,1 \pm 3,6$	$46,4 \pm 3,9$
	$49,7 \pm 4,2$	$56,8 \pm 5,2$
	$48,6 \pm 4,9$	$53,4 \pm 5,8^*$

Примечание: \* — достоверные различия выявлены.

Из табл. 2 следует, что через 1—3 года после хирургической коррекции с использованием синтетических материалов улучшается общее состояние здоровья, жизненная активность. Интенсивность боли достоверно не снижается, что связано с болевыми ощущениями, вызываемыми наличием установленного синтетического материала — инородного тела.

Нами было установлено, что КЖ у женщин I группы после операции улучшилось больше, чем во II группе. Это связано с различными осложнениями, возникшими после установки синтетических материалов. В нашем исследовании наблюдались эрозия слизистой оболочки влагалища у 8 женщин (6,9%) и сморщивание сетчатого материала — у 3 женщин (2,6%). Также в нашем исследовании было установлено, что чем дольше послеоперационный период, тем достоверно лучше все показатели КЖ.

### **Заключение**

Из вышеизложенного можно отметить, что проведенный сравнительный анализ КЖ пациенток с тазовыми дисфункциями до и после хирургической коррекции в различном объеме с использованием психологического тестирования указывает на то, что оперативное устранение тазовых дисфункций приводит к повышению уровня психологического здоровья женщин, сопровождается улучшением состояния эмоциональной сферы. Снижение уровня физического функционирования после хирургической коррекции указывает на выполнение рекомендаций врачей об ограничении физической нагрузки на некоторое время.

Показатели качества жизни у женщин после оперативного лечения тазовых дисфункций традиционными методами улучшились в 1,5 раза больше, чем у женщин, которым были установлены синтетические материалы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

- [1] *Bahaev V.V.* Genital prolapse in women: etiology and pathogenesis / V.V. Bahaev, V.S. Gorin // *Obstetrics and Gynecology*. — 2009. — No. 3. — P. 7—10.
- [2] *Bejenar V.F.* Methods of surgical treatment of rectocele in women with deletion, and the roll of internal genital organs / V.F. Bejenar, E.V. Bogatireva // *Journal obstetrics and women's diseases*. — 2009. — Vol. LVIII, № 2. — P. 16—21.
- [3] *Foon R. et al.* Adjuvant materials in anterior vaginal wall prolapse surgery: a systematic review of effectiveness and complications // *Int. Urogynecol J.* — 2008. — Vol. 19. — P. 1697—1706.
- [4] *Ghroubi S.* Effect of conservative treatment in the management of low-degree urogenital prolapse / S. Ghroubi [et al.] // *Ann Readapt Med Phys*. — 2008. — Vol. 51, N 2. — P. 96—102.
- [5] *Mathlouthi N.* Genital prolapse in young women: a study of risk factors / N. Mathlouthi [et al.] // *Tunis Med*. — 2011. — Vol. 89, N 7. — P. 627—631.
- [6] *Ozova M.M.* Effectiveness of extraperitoneal neofasciogeneza in the treatment of genital prolapse: // dissertation of the PhD., 2008. — P. 18.
- [7] *Radzinskiy V.E., Shalaev O.N., Durandin Yu.M. etc.* Perineologgia. Omission and genital prolapse: Stud. allowance. — M.: INSTITUTE, 2008. — P. 25.
- [8] *Van Geelen J.M.* Where to for pelvic organ prolapse treatment after the FDA pronouncements?: A systematic review of the recent literature / J.M. van Geelen, P.L. Dwyer // *Int. J. Urogynaecol.* — 2013. — Vol. 10.

- [9] *Walters M.D.* Surgical treatment of vaginal apex prolapse / M.D. Walters, B.M. Ridgeway // *Obstet. Gynecol.* — 2013. — Vol. 121, N 2. — P. 354—374.
- [10] *Wu J.M.* Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050 / J.M. Wu [et al.] // *Obstet. Gynecol.* — 2009. — Vol. 114, N 6. — P. 1278—1283.

## **QUALITY OF LIFE OF POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH PELVIC DYSFUNCTIONS**

**R. Konnon, S.M. Semyatov, M.L. Khanzadyan,  
N. Anagonou, A. Alameddine,  
A.M. Kodjo**

The Department of Obstetrics and Gynecology with course of Perinatology  
Faculty of Medicine  
Peoples' Friendship University of Russia  
*Mikluho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198*

Nowadays, it is clear that pelvic dysfunction is not associated with a significant risk to life. However, this issue has a significant impact on quality of life (QOL) of patients, leading to its degradation (physical, psychological, sexual, and family well-being).

In our study we examined 274 postmenopausal women with pelvic dysfunctions, who were distributed in two groups: in I group included 145 patients (52,9%) who underwent surgical repair of pelvic dysfunction by traditional methods, II group contained 129 patients (47,1%) with the use of synthetic materials. Women were inquired by Quality of Life's questionnaire «Short Form 36 Health Quality Survey» (SF-36) before and after surgical management.

The results of the study showed that the quality of life in women after surgery improved better in group I than in group II.

**Key words:** pelvic dysfunction, quality of life, postmenopausal period.