

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.1\(48\).2021.8](https://doi.org/10.34287/MMT.1(48).2021.8)

А. А. Люлько, А. А. Бурназ, И. Н. Никитюк, А. С. Сагань, М. В. Варвашеня

Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины»
Zaporizhzhia, Ukraine

O. O. Lyulko, O. O. Burnaz, I. N. Nikitiuk, O. S. Sagan, M. V. Varvashehnia

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»
Запоріжжя, Україна

ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЦИСТОЦЕЛЕ И СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Diagnosis and evaluation of criteria for conducting surgical treatment in women with cystocele and stress urinary incontinence

Резюме

Цель исследования. Уточнение абсолютных и относительных критериев к оперативному лечению пролапса органов малого таза (ПОМТ) и стрессового недержания мочи (СНМ).

Материалы и методы. Проведено обследование 85 пациенток, у которых выявлены ПОМТ и СНМ. Женщины были разделены на группы согласно стадии ПОМТ и СНМ: 2-я группа – 32 пациентки с ПОМТ I и II стадий и СНМ 2а, 2б типов легкой и средней степени тяжести; 3-я группа (основная) – 53 пациентки с ПОМТ III и IV стадий и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести. Данной группе пациенток в дальнейшем было проведено оперативное лечение согласно патенту на полезную модель № 109201.

Основная (3-я) группа включала: 3а группу – 28 женщин с ПОМТ III и IV стадий и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести без задержки при мочеиспускании; 3б группу – 25 женщин с ПОМТ III и IV стадий и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести с задержкой мочеиспускания (хронической или острой).

Обследовано 15 женщин без жалоб, которые вошли в контрольную группу (1-я группа).

Результаты. По результатам исследования зафиксировано, что независимо от стадии ПОМТ и СНМ даже минимальные их проявления значительно снижают качество жизни

Abstract

Purpose of the study. Clarification of absolute and relative criteria for the surgical treatment of pelvic pelvic prolapse (PMT) and stress urinary incontinence (SNA).

Materials and methods. A survey was conducted on 85 patients in whom OST and SNA were detected. The women were divided into groups according to the stage of POMT and SNM: 2nd group – 32 patients with PIDs of stages I and II and SNM 2a, 2b types of lung and moderate severity; Group 3 (main) - 53 patients with MIDI III and IV stages and MSM type 3 moderate and severe severity. This group of patients subsequently undergone operative treatment according to the patent for utility model No. 109201.

The main group (3rd group) included: 3a group – 28 women from the OMT III and IV stages and SNM 3rd type of medium and severe severity without delay in urination; 3b group – 25 women with STI III and IV stages and SNM of type 3 of moderate and severe degree of severity with delay of urination (chronic or acute).

15 women were examined without complaints, who entered the control group (1st group).

Results. According to the results of the study, it was recorded that, regardless of the stage of the PMS and SNM, even their minimal manifestations significantly reduced the quality of life of patients (by 64%) due to the impact on the physical, but to a greater extent, on the

пациенток (на 64%) за счет влияния на физический, но в большей степени – на психологический компоненты здоровья.

Заключение. Абсолютным критерием к оперативному лечению является совокупность пролапса органов малого таза (ПОМТ), недержания мочи, везикализация мочевого пузыря 2а типа и выше, увеличение заднего уретровезикального угла больше 114°.

Лечение стрессового недержания мочи на фоне ПОМТ обязательно должно включать фиксацию лигаментарного аппарата матки и операции по Берчу в связи со значительной деформации шейки мочевого пузыря.

Ключевые слова: пролапс органов малого таза, недержание мочи, методы диагностики.

На сегодня пролапс органов малого таза (ПОМТ) является одной из самых актуальных проблем в гинекологии, составляя 28–38,9% среди всех гинекологических заболеваний [1, 2, 4]. По данным J. Awwad и соавторов (2012), ПОМТ выявляют у 20,4% женщин в возрасте 20–29 лет, у 50,3% – в возрасте 30–39 лет, у 77,2% – в возрасте 40–49 лет [7]. При столь широкой распространенности пролапса половых органов (ППО) обращает на себя внимание, с одной стороны, развитие его у женщин любого возраста, а с другой – широкий спектр функциональных нарушений смежных органов: стрессовое недержание мочи (СНМ) – у 70,1% пациенток, диспареуния – у 53,3%, нарушение дефекации – у 36,5% [5]. Несмотря на актуальность и широкую распространенность ПОМТ и ассоциированного с ним СНМ до сих пор существуют разногласия в оценке критериев диагностики и тактики лечения данного заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уточнение абсолютных и относительных критериев к оперативному лечению ПОМТ и СНМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 85 пациенток, у которых выявлены ПОМТ и СНМ. Женщины были разделены на группы согласно стадий ПОМТ и СНМ:

1) 2-я группа – 32 пациентки с ПОМТ I и II стадий и СНМ 2а, 2б типов легкой и средней степени тяжести;

2) 3-я группа (основная) – 53 пациентки с ПОМТ III и IV стадий и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести. Данной группе пациенток в дальнейшем было проведено оперативное лечение согласно патенту на полезную модель № 109201.

Основная (3-я) группа включала: 3а группу – 28 женщин с ПОМТ III и IV стадий и СНМ

psychological components of health.

Conclusion. The absolute criterion for operative treatment is a set of prolapse of the pelvic organs (PMTCT), urinary incontinence, vesicularization of the bladder type 2a and above, an increase in the posterior urethro-vascular angle of more than 114°.

Treatment of stress urinary incontinence on the background of OST should necessarily include fixation of the uterine ligation apparatus and surgery on the Berch in connection with significant deformation of the bladder neck.

Keywords: pelvic organ prolapse, urinary incontinence, methods of diagnostics.

3-го типа средней и тяжелой степени тяжести без задержки при мочеиспускании; 3б группу – 25 женщин с ПОМТ III и IV стадий и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести с задержкой мочеиспускания (хронической или острой).

Обследовано 15 женщин без жалоб, которые вошли в контрольную группу (1-я группа).

Проведена оценка жалоб пациенток (ключевые вопросы взяты за основу из опросника ПД-КЖ), собран анамнез жизни для выявления этиологических факторов развития заболевания, наличия дисплазии соединительной ткани (ДСТ), ее клинических проявлений (по Смольновой Т.Ю., 2003 г.), ожирения [5]. Качество жизни обследованных пациенток оценивали с помощью анкетирования с использованием опросника SF-36 [1]. При осмотре на гинекологическом кресле у пациенток определяли стадии ПОМТ (по классификации POP-Q – Pelvic Organ Prolapse Qualification), рекомендованной к применению Международным обществом по удержанию мочи [8]. Проводили пробы, такие, как «кашлевая» и Вальсальвы. Лабораторные исследования включали: общий анализ крови и мочи, биохимия крови с определением креатинина и мочевины для исключения воспалительного процесса и патологии функционирования мочевыделительной системы (МВС); инструментальные – ультразвуковое исследование, цистографию, урофлоуметрию, цистоскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для подробного выяснения жалоб пациенток женщинам предлагали заполнить опросник ПД-КЖ. Пациентки в группах 2, 3а, 3б предъявляли в большей степени жалобы на недержание мочи при напряжении и тяжесть или тянущее ощущение в течение дня в области вла-

галища или внизу живота. При этом клинические проявления ГАМП отсутствовали.

У обследованных пациенток была определена степень тяжести ДСТ. Во 2-й группе в 97% случаев по критериям выраженности степень тяжести ДСТ соответствовала легкой. В 3а группе у 1 (3,6%) женщины были выявлены критерии легкой, у 17 (60,7%) пациенток – умеренной, у 10 (35,7%) женщин – тяжелой степеней тяжести ДСТ. В 3б группе показатели критериев тяжести ДСТ соответствовали умеренно выраженной (7 женщин – 28% случаев) и тяжелой (18 женщин – 72% случаев) степеням.

В контрольной группе у 11 (73%) женщин констатировали предожирение, и у 2 женщин – нормальную массу тела (13,5%) и ожирение I степени (13,5%) соответственно. Во 2-й группе (консервативное лечение) у 28 (87,5%) женщин выявили предожирение и лишь у 4 (12,5%) женщин – ожирение I степени. В 3а группе у 16 (57%) женщин диагностировали I степень ожирения,

при этом у 8 женщин, что составило 29%, установлена II степень ожирения, у 4 (14%) пациенток – морбидное ожирение. В 3б группе в 52% случаев выявлено морбидное ожирение (13 женщин) и в 44% случаев (11 женщин) – ожирение II степени. У 1 (4%) женщины выявлено ожирение I степени.

Приведенные выше показатели ИМТ свидетельствуют о том, что в 1-й и 2-й группах преобладает предожирение (ИМТ в 1-й группе составил 27,4, а во 2-й группе – 27,5), что составляет 83% пациенток данных групп. В 3а группе – средний показатель ИМТ соответствует II степени ожирения, а в 3б группе – морбидному ожирению. Таким образом, у 69% женщин во всех группах выявлено ИМТ больше 30, то есть ожирение I степени и выше.

Качество жизни обследованных пациенток оценивали с помощью анкетирования с использованием опросника SF-36 (табл. 1).

Таблица 1

Оценка качества жизни пациенток исследуемых групп, %

| Показатель качества жизни | 2-я группа | 3а группа | 3б группа |
|---|------------|-----------|-----------|
| Физическое функционирование | 38 | 20 | 7 |
| Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием | 50 | 0 | 0 |
| Интенсивность боли | 68 | 36 | 4 |
| Общее состояние здоровья | 24 | 3 | 10 |
| Жизненная активность | 24 | 10 | 2 |
| Социальное функционирование | 38 | 17 | 7 |
| Роль в функционировании, обусловленное эмоциональным состоянием | 20 | 0 | 0 |
| Психическое здоровье | 20 | 21 | 2 |
| Итого | 35 | 13 | 4 |

Указанные выше показатели качества жизни свидетельствуют о том, что во 2-й группе определен средний показатель физического компонента здоровья качества жизни – соответственно пациентки данной группы лишь незначительно ограничены физически. В 3а и 3б группах низкие показатели физического компонента здоровья свидетельствуют об ограничении пациенток в физической активности. Во 2-й, 3а, 3б группах отмечаются низкие показатели психологического компонента здоровья, что свидетельствует о наличии депрессивных, тревожных состояний, приводящих женщин к ограничению социальных контактов. Следовательно независимо от стадии ПОМТ и СНМ даже минимальные их проявления значительно снижают качество жизни пациенток (на 64%) за счет влияния на физический, но в большей степени – на психологический компоненты здоровья.

При обследовании пациенток 2-й группы выявлено ПОМТ I–II стадии и ПОМТ III–IV стадии – в группах 3а и 3б. При проведении таких проб, как «кашлевая» и Вальсальвы, в группах 2, 3а, 3б установлено, что лишь у 2 (2,35%) пациенток пробы отрицательные, так как у них возникла ОЗМ на фоне СНМ. Остальные 83 (97,65%) женщины имели положительные пробы Вальсальвы и «кашлевую». Лабораторные исследования не выявили воспалительных процессов и нарушения функционирования МВС. При проведении цистоскопии у всех пациенток: визуально слизистая оболочка мочевого пузыря бледно-розовая, устья щелевидные, выброс светлой мочи активной струей из двух устьев, задняя стенка мочевого пузыря легко поддается элевации, наличие симптома «везикализации» мочеиспускательного канала. По результатам проведенной цистографии отмечается значи-

тельное опущение мочевого пузыря и мочеиспускательного канала ниже лонного сочленения в группах 2, 3а, 3б. При этом в 3а и 3б группах

отмечается воронкообразное расширение мочеиспускательного канала у всех пациенток данных групп (рис. 1, 2).

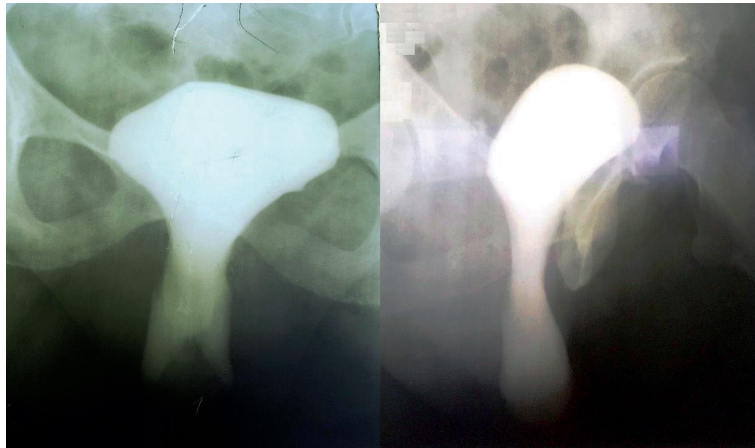


Рис. 1. Цистограмма: прямая и боковая проекция. ПОМТ в виде цистоцеле IV стадии

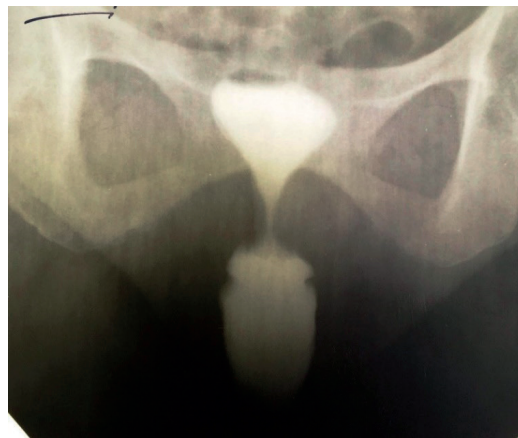


Рис. 2. Цистограмма: прямая проекция. ПОМТ в виде цистоцеле IV стадии. Симптом «песочных часов»

При проведении урофлоуметрии были получены данные, свидетельствующие о нарушении мочеиспускания во 2-й, 3а, 3б группах. Во 2-й, 3а группах преобладал нормальный тип мочеиспускания. В 3б группе у всех пациенток

имеются признаки обструктивного и обструктивно-прерванного мочеиспускания (рис. 3, 4). В 3б группе 2 женщинам с ОЗМ урофлоуметрию не выполнили.

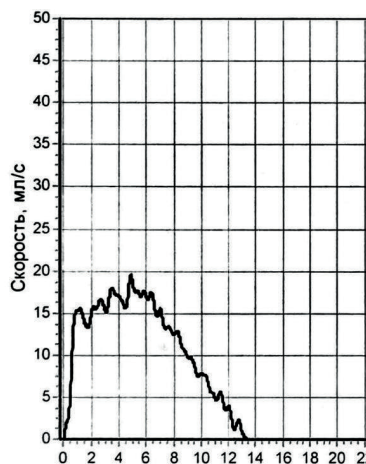


Рис. 3. Урофлоуграмма. Обструктивный тип мочеиспускания

Больная К., 1960 г.р., госпитализирована с жалобами на ощущение дискомфорта, периодические боли внизу живота, недержание мочи при физической нагрузке, в покое, затрудненное мочеиспускание. Пациентка была обследована в полном объеме. Установлен диагноз: ПОМТ IV стадии. СНМ 3-го типа тяжелой степени тяжести ХЗМ.

На рисунке 3 приведены результаты урофлоуграммы этой пациентки, обструктивный

тип мочеиспускания, с такими данными: объем мочеиспускания – 101 мл; средняя объемная скорость потока – 5,6 мл/с; максимальная объемная скорость потока – 14,3 мл/с; урофлоуметрический индекс – 0,99; ускорение потока – 1,98 мл/с²; время мочеиспускания – 17,9 с; время мочеотделения – 18,8 с; время достижения максимального потока – 7,2 с; время ожидания мочеиспускания – 25,5 с.

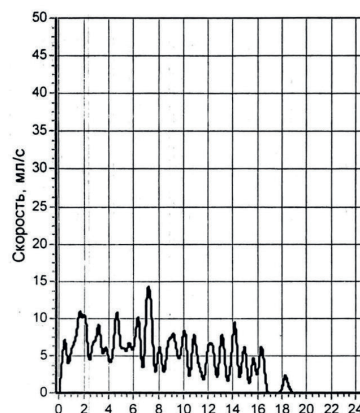


Рис. 4. Урофлоуграмма. Обструктивно-прерванный тип мочеиспускания

Больная Р., 1958 г.р., госпитализирована с жалобами на ощущение боли внизу живота, в области влагалища, недержание мочи при физической нагрузке, в покое, которое чередуется с затрудненным мочеиспусканием, невозможностью помочиться без вправления выпавших стенок влагалища. Пациентка была обследована в полном объеме. Установлен диагноз: ПОМТ IV стадии. СНМ 3-го типа тяжелой степени тяжести ХЗМ. На рисунке 4 приведены результаты урофлоуграммы этой пациентки, обструктивно-прерванный тип мочеиспускания, с такими данными: объем мочеиспускания – 150 мл; средняя объемная скорость потока – 11,3 мл/с; максимальная объемная скорость потока – 19,5 мл/с; урофлоуметрический индекс – 1,37; ускорение потока – 3,99 мл/с²; время мочеиспускания – 13,3 с; время мочеотделения – 13,3 с; время достижения максимального потока – 4,9 с; время ожидания мочеиспускания – 19,6 с.

При УЗИ в контрольной группе длина мочеиспускательного канала составила $2,8 \pm 0,1$ (1,9–3,5) см, а во 2-й группе – $3,14 \pm 0,1$ (2,4–4,0) см у 23 пациенток с положительным эффектом и у 9 женщин с недостаточным эффектом – $3,94 \pm 0,03$ (3,8–4,0) см; в группе 3а – $3,47 \pm 0,1$ (2,4–4,2) см, а в 3б группе – $2,51 \pm 0,1$ (1,8–3,5) см. В 1-й группе наружный диаметр мочеиспускательного канала составил $0,93 \pm 0,1$ (0,7–1,2) см и внутренний – $0,34 \pm 0,03$ (0,1–0,5) см; во 2-й группе у 23 женщин с положительным эффектом – $0,95 \pm 0,1$ (0,1–1,6) см и $0,5 \pm 0,03$ (0,3–0,75) см соответственно, а у 9 женщин

с недостаточным эффектом от проводимой терапии – $1,74 \pm 0,1$ (1,5–2,1) см и $0,93 \pm 0,1$ (0,75–1,2) см соответственно. В 3а группе наружный диаметр мочеиспускательного канала составил $1,29 \pm 0,1$ (0,73–1,73) см и внутренний диаметр мочеиспускательного канала – $0,66 \pm 0,02$ (0,5–0,9) см, а в группе 3б – $2,31 \pm 0,2$ (0,5–3,5) см и $0,63 \pm 0,1$ (0,2–1,53) см соответственно.

При определении дислокаций мочеиспускательного канала установлено: в контрольной группе активная дислокация составила $3,8 \pm 0,3$ (2–5) мм и пассивная – $4,13 \pm 0,03$ (2–5) мм; во 2-й группе – $4,78 \pm 0,3$ (3–7) мм и $5,6 \pm 1$ (0–9) мм у 23 женщин с положительным эффектом и у 9 пациенток с недостаточным эффектом – $11,11 \pm 1,1$ (7–15) мм и $11,44 \pm 1$ (9–15) мм соответственно. В 3а группе активная дислокация составила $8,68 \pm 0,4$ (6–13) мм и пассивная – $6,07 \pm 0,2$ (5–8) мм, а в 3б группе 3б – $7,44 \pm 1$ (2–12) мм и $7,2 \pm 0,2$ (5–9) мм соответственно.

Пубоуретральный угол в 1-й группе варьировал от 35 до 44° , в среднем составляя $40,1 \pm 1^\circ$; во 2-й группе – у 23 женщин с положительным терапевтическим эффектом он соответствовал $52,2 \pm 1$ (50 – 60) $^\circ$, а у 9 женщин, у которых констатирован недостаточный эффект от консервативной терапии, – $62,9 \pm 1$ (60 – 65) $^\circ$; в 3а группе – $52,46 \pm 1$ (35 – 59) $^\circ$, в 3б группе – $53,1 \pm 1$ (40 – 60) $^\circ$.

В контрольной группе показатели заднего уретровезикального угла варьировали от 90 до 101 ($95,1 \pm 1$) $^\circ$; в 3а группе – от 105 до 138 ($125,1 \pm 1,5$) $^\circ$, в 3б группе – от 101 до 159 ($134,4 \pm 3$) $^\circ$; во 2-й группе у 23 женщин, у которых в дальнейшем наблю-

дался положительный эффект от консервативной терапии, от 74 до 113 ($102 \pm 3,2$)°, а у 9 женщин с недостаточным эффектом – от 114 до 130 (126 ± 1)° соответственно.

ВЫВОДЫ

1. Проплап органов малого таза (ПОМТ) и стрессовое недержание мочи снижают качество жизни пациенток на 64%.

2. Абсолютным критерием к оперативному лечению является совокупность ПОМТ, недержания мочи, везикализация мочевого пузыря 2а типа и выше, увеличение заднего уретровезикального угла больше 114°.

3. Лечение стрессового недержания мочи на фоне ПОМТ обязательно должно включать фиксацию лигаментарного аппарата матки и операции по Берчу в связи со значительной деформации шейки мочевого пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беженарь В.Ф. Проплап тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: Пособие для врачей/Под ред. Э.К. Айламазяна. – СПб., 2010.

2. Безменко А.А. Этиология и патогенез генитального пролапса/А.А. Безменко, И.В. Берлев//Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. 60, № 1. – С. 129–138.

3. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание/под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 688 с.

4. Нечипоренко Н.А., Егорова Т.Ю., Юцевич Г.В. Синтетические протезы в хирургическом лечении женщин с выпадением половых органов//Акуш. и гин. 2009. – № 2. – С. 64–67.

5. Радзинский В.Е. Перинеология/В.Е. Радзинский. – М.: МИА, 2010. – 372 с.

6. Смольнова Т.Ю. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин/Т.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев и др. // Клиническая медицина. – 2003. – Т. 81, № 8. – С. 42–48.

7. Awwad J., Sayegh R., Yeretizian J. et al. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study// Menopause. – 2012. – Vol. 19. – № 11. – P. 1235–1241.

8. Bump R.C., Mattiasson A., Bo K. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175 (1): 10–7.

Стаття надійшла до редакції 02.02.2021