

Комплексная оценка диагностических критериев у женщин с цистоцеле и стрессовым недержанием мочи

А.А. Люлько

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины»

уточнение абсолютных и относительных критериев для оперативного лечения пролапса органов малого таза (ПОМТ) и стрессового недержания мочи (СНМ).

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).

По результатам исследования зафиксировано, что 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.

Абсолютными критериями для оперативного лечения являются совокупность пролапса органов малого таза (ПОМТ), недержания мочи, везикализация мочевого пузыря 2а типа и выше, увеличение заднего уретро-везикального 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 деформацией шейки мочевого пузыря.

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 сущест-

вуют 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 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. В данной группе пациенткам 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).

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.) [5], ожирения. 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, биохимию 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 влагалища или внизу живота. При этом клинические проявления ГАМП отсутствовали. У обследованных пациенток была определена степень тяжести ДСТ. Во 2-й

Оценка качества жизни пациенток исследуемых групп, %

Показатель качества жизни	2-я группа	3а группа	3б группа
Физическое функционирование	38	20	7
Рольное функционирование, 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
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	20	0	0
Психическое здоровье	20	21	2
Средний показатель качества жизни	35	13	4

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 степени тяжести ДСТ. В 3б группе показатели критериев тяжести ДСТ соответствовали умеренно выраженной (7 женщин – 28% случаев) и тяжелой (18 женщин – 72% случаев) степени.

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 (таблица).

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 стадий и ПОМТ III–IV стадий – 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



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

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 значительное опущение мочевого пузыря и мочеиспускательного канала ниже лонного сочленения (рис. 1, 2) в группах 2, 3а, 3б. При этом в 3а и 3б группах отмечается воронкообразное расширение мочеиспускательного канала у всех пациенток данных групп.

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 (рис. 3) и обструктивно-прерванного (рис. 4) мочеиспускания. В 3б группе 2 женщинам с ОЗМ урофлоуметрию не выполняли.



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

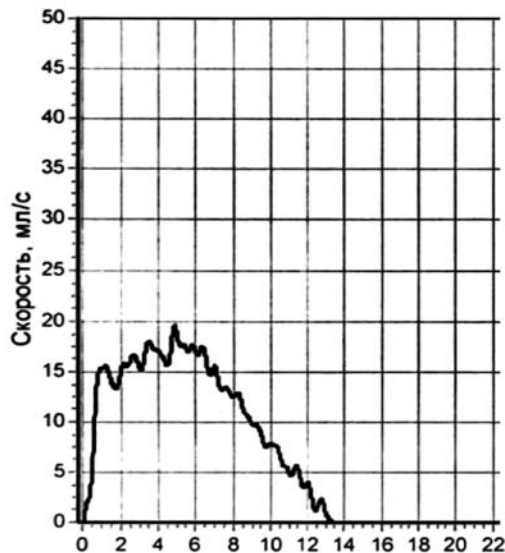


Рис. 3. Урофлоуграмма.
Обструктивный тип мочеиспускания

Больная К., 1960 г.р., госпитализирована с жалобами на ощущение дискомфорта, периодическую боль 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 рис. 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.

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 рис. 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 группе 3б – $2,51 \pm 0,1$ (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) соответственно. В 3а груп-

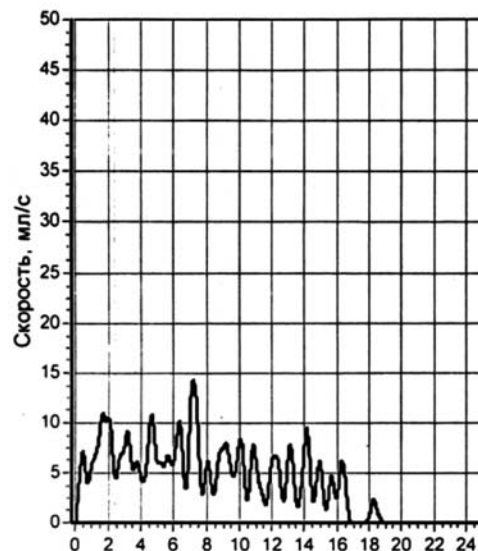


Рис. 4. Урофлоуграмма.
Обструктивно-прерванный тип мочеиспускания

пе 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) 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 – $7,44 \pm 1$ (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)°, а у 9 женщин, у которых констатирован недостаточный эффект от консервативной терапии, – $62,9 \pm 1$ (60–65)°; в 3а группе – $52,46 \pm 1$ (35–59)°, в 3б группе – $53,1 \pm 1$ (40–60)°.

В контрольной группе показатели заднего уретро-везикального 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 наблюдался положительный эффект от консервативной терапии, – от 74 до 113 ($102 \pm 3,2^\circ$), а у 9 женщин с недостаточным эффектом – от 114 до 130 ($126 \pm 1^\circ$) соответственно.

ВЫВОДЫ

1. Пропалс органов малого таза (ПОМТ) и стрессовое недержание мочи снижают качество жизни пациенток на 64 %.
2. Абсолютными критериями для оперативного лечения являются совокупность ПОМТ, недержания мочи, везикализация мочевого пузыря 2а типа и выше, увеличение заднего уретро-везикального 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.

Перспектива дальнейших исследований: поиск новых материалов для укрепления связочного аппарата матки.

Комплексна оцінка діагностичних критеріїв у жінок з цистоцеле і стресовим нетриманням сечі
А.О. Люлько

уточнення абсолютних і відносних критеріїв для оперативного лікування пролапсу органів малого таза (ПОМТ) і стресового нетримання сечі (СНС).

Проведено обстеження 85 пацієнток, у яких виявлені ПОМТ і СНС. Жінки були розподілені на групи відповідно до стадії ПОМТ і СНМ: 2-а група – 32 пацієнтки з ПОМТ I та II стадій і СНМ 2а, 2б типів легкого та середнього ступеня тяжкості; 3-я група (основна) – 53 пацієнтки з ПОМТ III і IV стадій і СНМ 3-го типу середнього та важкого ступеня тяжкості. Даній групі пацієнток у подальшому було проведено оперативне лікування згідно з патентом на корисну модель № 109201. Основна (3-я) група включала: 3а групу – 28 жінок з ПОМТ III і IV стадій і СНМ 3-го типу середнього та важкого ступеня тяжкості без затримки при сечовипусканні; 3б групу – 25 жінок з ПОМТ III і IV стадій і СНМ 3-го типу середнього та важкого ступеня тяжкості із затримкою сечовипускання (хронічною або гострою). Обстежено 15 жінок без скарг, які увійшли у контрольну групу (1-а група).

За результатами дослідження зафіксовано, що незалежно від стадії ПОМТ і СНМ навіть мінімальні їхні прояви значно знижують якість життя пацієнток (на 64%) за рахунок впливу на фізичний, але більшою мірою – на психологічний компоненти здоров'я.

Абсолютними критеріями для оперативного лікування є сукупність пролапсу органів малого таза (ПОМТ), нетримання сечі, везикалізація сечового міхура 2а типу і вище, збільшення заднього уретро-везикального кута понад 114°.

Лікування стресового нетримання сечі на тлі ПОМТ обов'язково має включати фіксацію лігаментарного апарату матки і операції за Берчем в зв'язку зі значною деформацією шийки сечового міхура.

пролапс органів малого таза, нетримання сечі, методи діагностики.

Complex evaluation of diagnostic criteria in women with cystocele and stress urinary incontinence
A.A. Lyulko

clarification of absolute and relative criteria for the operative treatment of prolapse of the pelvic organs (POP) and stress urinary incontinence (SUI).

85 patients with POP and SUI were observed. These women were divided into groups according to the stage of POP and SUI: group 2 – 32 patients with I and II stages of POP and SUI 2a, 2b types of light and moderate severity; group 3 (main) – 53 patients with III and IV stages of POP and SUI 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 with III and IV stages of POP and SUI type 3 moderate and severe severity without delay in urination; 3b group – 25 women with III and IV stages of POP and SUI type 3 moderate and severe severity with delay of urination (chronic or acute).

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

According to the results of the study, it was recorded that, regardless of the stage of the POP and SUI, even it's minimal manifestation significantly reduces the quality of life of patients (by 64%) due to the impact on the physical, but greater, on the psychological components of health.

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

Treatment of stress urinary incontinence on the background of POP should necessarily include fixation of the uterine ligaments and the Berch surgery because of significant deformation of the bladder neck.

pelvic organ prolapse, urinary incontinence, methods of diagnostics.

Сведения об авторе

Люлько Анастасия Алексеевна – Кафедра акушерства и гинекологии Государственного учреждения «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины», г. Запорожье, 69000, бульвар

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беженарь В.Ф. Пролапс 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.

Статья поступила в редакцию 31.08.17