

Основные критерии к проведению оперативного лечения пролапса органов малого таза и ассоциированного с ним стрессового недержания мочи

А.А. Люлько

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины»

Цель исследования: определение основных критериев к проведению оперативного лечения пролапса органов малого таза (ПОМТ) и ассоциированного с ним стрессового недержания мочи (СНМ).

Материалы и методы. Обследовано 85 женщин с ПОМТ и СНМ. Они были разделены на следующие группы: 2-я группа – 32 пациентки с ПОМТ 1–2-й степени тяжести и СНМ 2а, 2б типов легкой и средней степени тяжести; 3-я группа (основная) – 53 пациентки с ПОМТ 3–4-й степени и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести. Основная группа состояла из: 3а группы – 28 женщин с ПОМТ 3–4-й степени тяжести и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести без задержки мочеиспускания; 3б группы – 25 женщин с ПОМТ 3–4-й степени тяжести и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести с задержкой мочеиспускания (хронической или острой). В контрольную группу (1-я группа) вошли 15 женщин без урологической и гинекологической патологии. Были использованы клинико-anamnestический, инструментальные, рентгенологический, статистический методы исследования.

Результаты. Определено, что у пациенток со СНМ имеются изменения заднего уретровезикального угла, везикализация мочевого пузыря, признаки дисплазии соединительной ткани и ожирение.

Заключение. Сочетание таких критериев, как увеличение заднего уретровезикального угла больше 114° и везикализация мочевого пузыря 2а типа и выше, являются основным критерием к проведению оперативного вмешательства.

Ключевые слова: пролапс органов малого таза, стрессовое недержание мочи, диагностика.

Пролапс органов малого таза (ПОМТ) является распространенной, широко изученной проблемой, однако остается сложной задачей для гинекологов и смежных специалистов. Согласно мнению ряда авторов, распространенность ПОМТ варьирует в пределах 30–93% в зависимости от возраста [1–4], а стрессовое недержание мочи (СНМ) – у 70,1% пациенток [5]. Нередко лечение ПОМТ и СНМ необоснованно длительное и малоэффективное. Основной метод ле-

Таблица 1

Ультразвуковые показатели у пациенток исследуемых групп

Показатель	Контрольная, n=15	3а, n=28	3б, n=25	Группа				
				2-я, n=32				
				Эффект положительный после лечения, n=23		Эффект незначительный после лечения, n=9		
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения					
ДМК, см	$Q_{\min}-Q_{\max}$ M±m p	1,9-3,5 2,8±0,5	2,4-4,2 3,5±0,5 <0,05	1,8-3,5 2,5±0,6 >0,05	2,4-4,0 3,1±0,4 <0,05	2,5-4,0 3,1±0,4 >0,05	3,8-4,0 3,9±0,1 <0,05	3,8-4,0 3,9±0,1 >0,05
НДМК, см	$Q_{\min}-Q_{\max}$ M±m p	0,7-1,2 0,9±0,2	0,7-1,7 1,3±0,3 <0,05	0,5-3,5 2,3±0,8 <0,05	0,1-1,6 1±0,4 <0,05	0,2-1,4 0,9±0,4 >0,05	1,5-2,1 1,7±0,2 <0,05	1,5-2,0 1,6±0,2 >0,05
ВДМК, см	$Q_{\min}-Q_{\max}$ M±m p	0,1-0,5 0,3±0,1	0,5-0,9 0,6±0,1 <0,05	0,2-1,5 0,6±0,3 <0,05	0,3-0,8 0,5±0,1 <0,05	0,3-0,7 0,5±0,1 >0,05	0,75-1,2 0,9±0,2 <0,05	0,7-1,0 0,9±0,1 >0,05
ПДМК, мм	$Q_{\min}-Q_{\max}$ M±m p	2-5 4,1±0,1	5-8 6,1±1,1 <0,05	5-9 7,2±1,2 <0,05	0-9 5,6±2,5 <0,05	1-9 5,3±2,3 >0,05	9-15 11,4±1,9 <0,05	10-15 11,5±1,8 >0,05
АДМК, мм	$Q_{\min}-Q_{\max}$ M±m p	2-5 3,8±1,1	6-13 8,7±2,2 <0,05	2-12 7,4±2,2 <0,05	3-7 4,8±1,3 <0,05	3-7 4,9±1,4 >0,05	7-15 11,1±3,2 <0,05	7-15 11,1±3,4 >0,05
ЗУВМК, °	$Q_{\min}-Q_{\max}$ M±m p	90-101 95,1±3,9	105-138 125±8 <0,05	101-159 134±14,9 <0,05	74-113 102±12,7 <0,05	74-113 99±11,1 >0,05	114-130 126±5 <0,05	114-134 126±6 >0,05
ПУУ, °	$Q_{\min}-Q_{\max}$ M±m p	35-44 40,1±2,9	35-59 52,5±5,4 <0,05	40-60 53±5,1 <0,05	50-60 52,2±2,9 <0,05	48-58 50,9±2,9 >0,05	60-65 62,8±2,1 <0,05	58-65 61,3±2,5 >0,05

Примечание. В таблице 1 представлены статистические данные: $Q_{\min}-Q_{\max}$, где Q_{\min} – минимальные показатели группы, Q_{\max} – максимальные показатели группы; M±m, где M – среднее арифметическое, m – погрешность; p – достоверность данных.

Показатели урофлоуметрии у пациенток исследуемых групп

Показатель урофлоуметрии		Группа				
		Контрольная, n=15	3а, n=28	3б, n=23	2-я, n=32	
					Эффект положительный, n=23	Эффект незначительный, n=9
Объем мочеиспускания, мл	M±m Q _{min} -Q _{max} p	244,1±34,3 180-300	274,4±127,7 119-648 >0,05	74,7±30,1 31-120 <0,05	242±37,1 204-334 >0,05	219±102,9 89-359 >0,05
Средняя объемная скорость потока, мл/с	M±m Q _{min} -Q _{max} p	23,6±5,3 12-29,3	14,1±4,2 10,1-28 >0,05	3±0,8 2,1-4,2 <0,05	17,4±4 10,8-21,6 >0,05	20,3±9 3,8-36,7 >0,05
Максимальная объемная скорость потока, мл/с	M±m Q _{min} -Q _{max} p	26,9±4,6 20,1-33,7	30±10,2 50,5-18,9 >0,05	8,1±9,5 9,2-51 >0,05	28,9±3,4 23-33,9 >0,05	30,5±13,9 11,2-60,1 >0,05
Урофлоуметрический индекс	M±m Q _{min} -Q _{max} p	1,7±0,3 1,3-2,2	1,6±0,4 0,8-2,5 >0,05	0,6±0,1 0,4-0,8 <0,05	0,6±0,1 0,4-0,8 <0,05	0,6±0,1 0,4-0,8 <0,05
Ускорение потока, мл/с ²	M±m Q _{min} -Q _{max} p	4±1,5 2-6,5	10,4±5,5 1,7-33,7 >0,05	0,9±1,6 0,17-7,7 <0,05	9±1,8 5,2-14,4 <0,05	4,9±2,1 0,3-7 >0,05
Время мочеиспускания, с	M±m Q _{min} -Q _{max} p	11±3,9 7,6-15	20,5±10,6 8,7-61,4 >0,05	24,8±8,1 8,6-46 >0,05	13,3±3,4 9,1-9,7 >0,05	16±7,6 3,7-24,5 >0,05
Время мочеотделения, с	M±m Q _{min} -Q _{max} p	12±3,8 9-24,3	21,6±10,5 7,2-62 >0,05	25,8±7,9 10,3-34,2 >0,05	13,1±3,3 9,2-18,6 >0,05	15,2±7,6 3,6-25,6 >0,05
Время достижения максимального потока, с	M±m Q _{min} -Q _{max} p	6,4±1,9 3,4-9,5	6,2±2,3 1,2-11,5 >0,05	13,8±6,4 3,3-28,6 >0,05	3,3±0,6 2,4-4,3 >0,05	9,8±11,2 4,3-39 >0,05
Время ожидания мочеиспускания, с	M±m Q _{min} -Q _{max} p	2±0,7 1,2-3,5	5,5±1,2 11,9-3,1 <0,05	20,2±15,4 1,4-51,5 >0,05	2,1±1,3 0-4,8 >0,05	9,2±11,6 2,2-39,6 >0,05
Объем остаточной мочи, мл	M±m Q _{min} -Q _{max} p	2,8±5,2 0-15	1,4±3,3 0-10 >0,05	352,6±2628 50-70 >0,05	5,2±5,3 0-15 >0,05	18,3±2,5 15-20 <0,05

Примечание. В таблице 2 представлены статистические данные: Q_{min}-Q_{max}, где Q_{min} – минимальные показатели группы, Q_{max} – максимальные показатели группы; M±m, где M – среднее арифметическое, m – погрешность; p – достоверность данных.

чения – оперативный. Отсутствуют четкие показания к хирургическому лечению.

Цель исследования: оценка основных критериев к проведению оперативного лечения ПОМТ и СНМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 85 женщин с ПОМТ и СНМ. Они были разделены на следующие группы: 2-я группа – 32 пациентки с ПОМТ 1–2-й степени тяжести и СНМ 2а, 2б типов легкой и средней степени тяжести; 3-я группа (основная) – 53 пациентки с ПОМТ 3–4-й степени тяжести и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести. Основная группа состояла из: 3а группы – 28 женщин с ПОМТ 3–4-й степени тяжести и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести без задержки при мочеиспускании; 3б группы – 25 женщин с ПОМТ 3–4-й степени тяжести и СНМ 3-го типа средней и тяжелой степени тяжести с задержкой мочеиспускания (хронической или острой). В контрольную группу (1-я группа) вошли 15 женщин без урологической и гинекологической патологии. При распределении пациенток с ПОМТ и СНМ на группы были использованы классификации POP-Q – для определения степени пролапса половых органов и по J. Blaivas и E.J. Mc Guire – для определения типа недержания мочи (НМ) [9].

Пациенткам проведена оценка жалоб по опроснику ПД-КЖ [6]. Определены ИМТ и наличие дисплазии соединительной ткани (ДСТ) 878[7]. Качество жизни обследованных паци-

енток оценивали с помощью анкетирования с использованием опросника SF-36 [8].

При осмотре на гинекологическом кресле у пациенток определяли степень ПОМТ, проводили пробы «кашлевую» и Вальсальвы; для дополнительной дифференциальной диагностики СНМ и гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) использовали опросник для пациенток с расстройствами мочеиспускания (P. Abrams, A.J. Wein, 1998) [9].

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); инструментальное: ультразвуковое исследование (МВС с определением заднего уретровезикального (ЗВУ) и пубоуретральных (ПУУ) углов, активной и пассивной дислокации мочеиспускательного канала (АДМК и ПДМК), длины мочеиспускательного канала (ДМК), внутреннего и наружного диаметров мочеиспускательного канала (ВДМК и НДМК); расположения женских половых органов), цистографию, цистоскопию, урофлоуметрию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 85 пациенток выявлены жалобы на НМ, у 25 женщин на фоне НМ зафиксирована задержка мочи. У 63 пациенток имелись жалобы на тяжесть или тянущие ощущения в течение дня в области влагалища или внизу живота. Клинические проявления ГАМП отсутствовали.

При определении степени тяжести восприятия симптомов установлено, что в 76,5% случаев женщины оценивали свое состояние как средней и тяжелой степени тяжести. Качество жизни обследуемых пациенток снижено на 64% согласно полученным данным по опроснику SF-36. При осмотре пациенток согласно критериям ДСТ выявлено: у 56% всех обследованных пациенток выявлено ДСТ тяжелой степени тяжести; во 2-й группе преобладает предожирение (ИМТ 27,5), что составляет 83% всех пациенток; в 3а группе – II степень ожирения, а в 3б группе – морбидное ожирение.

Согласно результатам опросника по расстройству мочеиспускания у всех пациенток установлено наличие СНМ и исключен диагноз ГАМП. Лабораторные исследования не выявили воспалительных процессов и нарушения функционирования МВС. При осмотре пациенток 2-й группы выявлено ПОМТ 1–2-й степени тяжести и ПОМТ 3–4-й степени тяжести – в 3а и 3б группах. При проведении таких проб, как «кашлевая» и Вальсальвы, во 2-й, 3а, 3б группах установлено, что лишь у 2 (2,35%) пациенток пробы отрицательные, так как у данных пациенток возникла ОЗМ на фоне СНМ. Остальные 83 женщины (97,65%) имели положительные пробы Вальсальвы и «кашлевую», что подтверждает диагноз НМ.

При проведении УЗИ получены следующие данные (табл. 1): отмечается увеличение ДМК во 2-й и 3а группах, в то время как в 3б группе данный показатель УЗИ соответствует норме. Все остальные показатели значительно увеличены во 2-й, 3а, 3б группах по отношению к контрольной группе. При изучении результатов консервативного лечения во 2-й группе у 32 женщин выявлено, что положительный эффект зафиксировали у 23 женщин, которые имели показатель ЗУВУ 74–113° при увеличенных показателях ДМК, НДМК и ВДМК, ПДМК и АДМК, ПУУ.

Данные показатели после проведенного консервативного лечения достигли нормы через 3 мес. У 9 пациенток, которые имели показатели ЗУВУ 114–130° наряду с увеличенными остальными показателями, эффект от консервативной терапии был незначительный.

По результатам проведенной цистографии отмечается значительное опущение мочевого пузыря и мочеиспускательного кана-

ла ниже лонного сочленения во 2-й, 3а, 3б группах. При этом в 3а и 3б группах отмечается воронкообразное расширение уретры у всех пациенток данных групп. При проведении цистоскопии у всех пациенток: задняя стенка мочевого пузыря легко поддается элевации, наличие симптома везикализации мочеиспускательного канала во 2-й, 3а и 3б группах. Патология МП исключена.

При проведении урофлоуметрии были получены данные, свидетельствующие о нарушении мочеиспускания во 2-й, 3а, 3б группах (табл. 2). Во 2-й и 3а группах преобладал нормальный тип мочеиспускания. В 3б группе у всех пациенток зафиксированы признаки обструктивного мочеиспускания. В 3б группе 2 женщинам с ОЗМ урофлоуметрию не выполняли.

ВЫВОДЫ

1. При пролапсе органов малого таза и стрессовом недержании мочи сочетание таких критериев, как увеличение заднего уретровезикального угла больше 114° и везикализация мочевого пузыря 2а типа и выше, является основным фактором к проведению оперативного лечения.

2. При пролапсе органов малого таза и стрессовом недержании мочи изменения таких показателей: ультразвуковой диагностики – длина мочеиспускательного канала, наружный и внутренний диаметр мочеиспускательного канала, пассивная и активная дислокация, пубоуретральный угол; урофлоуметрии – время мочеиспускания, максимальная объемная скорость потока мочи, средняя скорость мочеиспускания, время достижения максимальной скорости, объем мочеиспускания, время ожидания начала мочеиспускания, урофлоуметрический индекс, ускорение потока; индекс массы тела более 30 и дисплазия соединительной ткани средней степени и выше не являются основными критериями к оперативному вмешательству.

3. При пролапсе органов малого таза и стрессовом недержании мочи, перешедшим в задержку мочеиспускания, сочетание таких критериев, как задержка мочеиспускания с болевым синдромом; обструктивный тип мочеиспускания по данным урофлоуметрии; увеличение заднего уретровезикального угла больше 101° и везикализация мочевого пузыря 2а типа и выше, является основным критерием к проведению оперативного лечения.

Основні критерії до проведення оперативного лікування пролапсу органів малого таза і асоційованого з ним стресового нетримання сечі А.О. Люлько

Мета дослідження: визначення основних критеріїв до проведення оперативного лікування пролапсу органів малого таза (ПОМТ) і асоційованого з ним стресового нетримання сечі (СНС).

Матеріали та методи. Обстежено 85 жінок з ПОМТ і СНС. Вони були розподілені на такі групи: 2-а група – 32 пацієнтки з ПОМТ 1–2-го ступеня тяжкості і СНС 2а, 2б типів легкого та середнього ступеня тяжкості; 3-я група (основна) – 53 пацієнтки з ПОМТ 3–4-го ступеня тяжкості і СНС 3-го типу середнього та важкого ступеня тяжкості. Основна група складалася з: 3а групи – 28 жінок з ПОМТ 3–4-го ступеня тяжкості і СНС 3-го типу середнього та важкого ступеня тяжкості без затримки сечовипускання; 3б групи – 25 жінок з ПОМТ 3–4-го ступеня тяжкості і СНС 3-го типу середнього та важкого ступеня тяжкості із затримкою сечовипускання (хронічною або гострою). У контрольну групу (1-а група) увійшли 15 жінок без урологічної і гінекологічної патології. Були використані клініко-анамнестичний, інструментальні, рентгенологічний, статистичний методи дослідження.

Результати. Визначено, що у пацієнток із СНС наявні зміни заднього уретровезикального кута, везикалізації сечового міхура, ознаки дисплазії сполучної тканини і ожиріння.

Заключення. Поєднання таких критеріїв, як збільшення заднього уретровезикального кута більше 114° і везикалізація сечового міхура 2а типу і вище, є основним критерієм до проведення оперативного втручання.

Ключові слова: пролапс органів малого таза, стресове нетримання сечі, діагностика.

The main criteria for conducting surgical treatment of prolapse of pelvic organs and associated with it stress urinary incontinence A.O. Lulko

The objective: is to determine the main criteria for the conduct of surgical treatment of prolapse of pelvic organs (POP) and associated with it stress urinary incontinence (SUI).

Patients and methods. 85 women were examined with prolapse of pelvic organs (POP) and stress urinary incontinence (SUI). They were divided into the following groups: 2nd group – 32 patients with prolapse of pelvic organs 1–2 degrees of severity and incontinence 2a, 2b types, mild and moderate severity; 3rd group (primary) – 53 patients with prolapse of pelvic organs of 3–4 degrees of severity and SUI of type 3, moderate and severe severity. The main group included: 3a group – 28 women with prolapse of pelvic organs 3–4 degrees of severity and with SUI 3 type, moderate and severe severity, without delay with urination; 3b group – 25 women with prolapse of pelvic organs 3–4 degrees of severity and with SUI 3 type, moderate and severe severity, with urinary retention (chronic or acute). The control group (group 1) consisted of 15 women without urologic and gynecological pathology. Methods: clinical-anamnestic, instrumental, radiographic, statistical.

Results. It was determined that in patients with SUI there are changes in the posterior urethro-vesic angle (PUVU), bladder vesication, signs of connective tissue dysplasia (CTD), and obesity.

Conclusions. The combination of such criteria as an increase in the PUVU greater than 114° and the vesiculation of bladder type 2a and above is the main criterion for conducting an operative intervention.

Key words: prolapse of pelvic organs, stress urinary incontinence, diagnostics.

Сведения об авторе

Люлько Анастасия Алексеевна – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины», 69000, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (093) 696-24-27. E-mail: anastasiayulko@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беженарь В.Ф., Богатырева Е.В., Павлова Н.Г. [и др.]. Пропалс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики. Пособие для врачей /ред. Э.К. Айламазян. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2010. – 48 с.
2. Bai S.W., Choe B.H., Kim J.Y., Park K.H. Pelvic organ prolapse and connective tissue abnormalities in Korean women // J. Reprod Med. – 2002. – Vol. 47, № 3. – P. 231–234.
3. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity // Am J Obstet Gynecol. – 2002. – Vol. 186. – P. 1160–66.
4. Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Khoury. – Alan Wein; Incontinence: Fifth Edition, 2013. – 1880 p.
5. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Дурандин Ю.М., Семятов С.М., Токтар Л.Р., Салимова Л.Я. Перинеология. Опущение и выпадение половых органов: Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008. – 256 с.
6. Коршунов М.Ю., Сазыкина Е.И. Опросник ПД-КЖ – валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. LVII. – Вып. 3. – С. 86–93.
7. 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.
8. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание /под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 688 с.
9. Гинекология: национальное руководство / под общ. ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Манухина И.Б., Радзинского В.Е. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1048 с.

Статья поступила в редакцию 22.09.17

Шановні читачі!

ДП «Преса» продовжує передплату на журнал «Здоровье женщины» на 2018 рік

Передплату можна оформити за «Каталогом видань України»:

- у відділеннях поштового зв'язку
- в операційних залах поштамтів
- у пунктах приймання передплати
- на сайті ДП «Преса» www.presa.ua
- на сайті УДППЗ «Укрпошта» www.ukrposhta.ua

НАШ ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС: **74598**