

На правах рукописи

Имельбаева Альбина Гайнулловна

**НАРУШЕНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОЛАПСЕ
ГЕНИТАЛИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

14.01.01 - акушерство и гинекология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Уфа - 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Ящук Альфия Галимовна

Официальные оппоненты:

Буянова Светлана Николаевна- доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», руководитель гинекологического отделения;

Кругова Виктория Александровна- доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии;

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «___» ___ 2019 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.06. при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, д.3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу 450008, г. Уфа, ул. Ленина, д.3 и на сайте <http://bashgmu.ru/>.

Автореферат разослан «___» _____ 2019 г.

**Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Валеев Марат Мазгарович

Актуальность проблемы

Повышение эффективности коррекции нарушений мочевого выделительной системы при пролапсе гениталий - одна из наиболее актуальных современных социально- значимых и медицинских проблем (Марченко Т.Б., 2015). Пролапс гениталий характеризуется разнообразными клиническими проявлениями и степенью тяжести (Беженарь В.Ф. и соавт., 2017). Основная причина, влияющая на частоту и сложность данной патологии - это возраст. У женщин в пожилом возрасте нарушения мочевого выделительной системы при пролапсе гениталий достигает своего пика. Выбор наиболее рационального способа коррекции у пациенток в постменопаузе определяется рядом факторов: формой и стадией опущения внутренних половых органов; характером нарушений мочевого выделительной системы; сопутствующей экстрагенитальной патологией, степенью риска оперативного вмешательства и анестезиологического пособия. Также имеет значение отсроченность оперативного вмешательства по желанию женщины или в связи с необходимостью коррекции соматической патологии. Все это вынуждает гинекологов искать надежные, но в то же время легко переносимые консервативные способы для лечения пролапса гениталий в пожилом возрасте (Буянова С.Н. и соавт., 2015).

Основным консервативным методом лечения для данной возрастной категории пациенток, по мнению урогинекологов, является коррекция тазового дна с помощью пессариев (Sammarco A.G. и соавт., 2017). Предложено большое количество разновидностей урогинекологических пессариев. Эффективность применения пессариев по данным отдельных рандомизированных клинических исследований достигает 60%, по данным когортных исследований - 92% (Подзолкова Н.М. и соавт., 2017; Каприн А.Д. и соавт., 2015; Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., 2016). Через год после проведенного лечения у женщин с начальными стадиями пролапса, использовавших пессарии, и у женщин, которые были прооперированы,

статистически значимо уменьшились степень пролапса, улучшились функции мочевого пузыря, кишечника без существенной разницы между группами. Однако, использование пессария для коррекции пролапса гениталий IV стадии является малоэффективным и применяется только как метод предоперационной подготовки (Dekker J.H., 2017). В современной литературе нет однозначной точки зрения на возможность применения пессариев у женщин с нарушениями мочевыделительной системы при пролапсе гениталий. Регистрируемые осложнения ограничивают их применение, но при этом работы отечественных авторов указывают на более низкую частоту осложнений, чем зарубежные исследователи. Проблема пролапса гениталий остается особенно актуальной среди женщин в постменопаузе (Barber M.D. и соавт., 2017). Это и послужило основанием для проведения данной научной работы.

Цель исследования

Использование пессариев в предоперационной подготовке при пролапсе гениталий у женщин в постменопаузе с целью коррекции нарушений мочевыделительной системы.

Задачи исследования

1. Оценить состояние мочевыделительной системы у женщин при пролапсе гениталий с использованием современных инструментальных и аппаратных методов исследования, провести оценку их информативности, в частности для визуализации состояния верхних мочевыводящих путей.
2. Провести анализ состояния связочного аппарата матки у женщин с разными стадиями пролапса гениталий в постменопаузе.
3. Обосновать применение гинекологического пессария при различных стадиях пролапса гениталий, как компонента предоперационной подготовки, у женщин в постменопаузе на основании изменений состояния мочевыводящих путей.

4. Сравнить состояние мочевыводящих путей у женщин на фоне коррекции пролапса гениталий с помощью пессария и у тех же женщин после проведенного в дальнейшем оперативного лечения.

Научная новизна исследования

Расширены современные представления о состоянии мочевого выделительной системы при тяжелых формах пролапса гениталий. Выявлены новые патогенетические механизмы развития структурно-функциональных изменений мочеточников у женщин в постменопаузе в зависимости от стадии пролапса гениталий и нарушений мочевого выделительной системы.

Впервые изучены возможности магнитно-резонансной урографии в комплексной диагностике нарушений мочеточников при пролапсе гениталий, что повысило эффективность оценки состояния повреждений поддерживающих структур тазового дна и патологической подвижности тазовых органов в случаях неясной картины при ультразвуковом и физикальном исследовании, при спорных результатах нескольких видов исследования и сочетанной патологии, для контроля до и после проведенного хирургического лечения. Изучены результаты консервативного ведения пациенток с пролапсом гениталий в постменопаузе с применением пессариев и после проведенного хирургического лечения.

Практическая значимость работы

Изучена роль магнитно-резонансной урографии (статическая и динамическая МРТ почек, мочеточников и мочевого пузыря – далее МР-урография) в комплексной диагностике нарушений мочевого выделительной системы при пролапсе гениталий. Выявлены патогенетические особенности развития патологии мочеточников у женщин с тяжелыми формами пролапса гениталий в постменопаузе. Обоснованы показания к применению урогинекологического пессария с учетом стадии пролапса согласно современной стандартизированной классификации POP-Q и анатомо-топографического состояния мочевыводящих путей. Проведено сравнение состояния мочевыводящих путей у одних и тех же женщин с пролапсом

гениталий при коррекции пессарием и при последующем оперативном лечении.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Характерными нарушениями мочевыделительной системы у женщин с пролапсом гениталий в постменопаузе являются: анатомо-топографические нарушения мочеточников, расстройства мочеиспускания, вызванные структурно-функциональными изменениями тазового дна, при тяжелых стадиях – топографические и анатомические изменения верхних мочевых путей.

2. В постменопаузе у женщин, страдающих нарушениями мочевыделительной системы при длительно существующем пролапсе гениталий IV стадии, консервативное лечение с использованием пессария является только компонентом предоперационной подготовки, частично улучшая самочувствие женщин, и не приводит к восстановлению топографии мочеточников и верхних мочевых путей.

3. Применение урогинекологического пессария в качестве предоперационной подготовки у женщин в постменопаузе улучшает анатомо-функциональное состояние мочевыделительной системы при пролапсе гениталий II- III стадии.

4. Магнитно-резонансная урография является более информативным способом диагностики анатомических нарушений поддерживающих структур тазового дна и патологической подвижности тазовых органов по сравнению с ультразвуковым и уродинамическим исследованиями, позволяет в дальнейшем оптимизировать тактику ведения пациенток с нарушениями мочевыделительной системы при различных стадиях пролапса гениталий, в том числе решить вопрос о способах и объеме хирургического лечения.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автор лично участвовал в планировании диссертационного исследования и его выполнении: проведении аналитического обзора отечественной и зарубежной литературы по теме исследования, составлении и реализации

протокола исследования, анализе и статистической обработке материалов, клиническом и лабораторном обследовании пациентов, ассистенциях при операциях. Написание статей и тезисов докладов, диссертации и автореферата в полном объеме выполнены автором.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследований внедрены в работу гинекологических отделений ГБУЗ ГKB № 8 г. Уфы. Ряд теоретических положений и практических рекомендаций включены в программу преподавания на кафедре акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Апробация диссертации

Материалы исследования доложены и обсуждены на LV научной конференции студентов и молодых учёных с международным участием, посвященной 60-летию Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова (14 марта 2015 г.).

Апробация диссертации проведена на заседании проблемной комиссии «Научные основы охраны здоровья женщины, матери, плода и новорожденного» и кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 04.07.2017 г., протокол № 2.

Публикации

По теме работы опубликовано 13 печатных работ, 6 из них в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации, оформлен 1 патент (заявка от 06.10.2015, № 2567329).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 121 странице. Состоит из введения, 6 глав, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 47 рисунками и 15 таблицами. Библиография включает 182 литературных источника, из которых 107 опубликовано в отечественных и 75 в зарубежных изданиях.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

На первом этапе на клинических базах ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России была сформирована выборка численностью 209 женщин в менопаузе, которым было предложено анкетирование с целью выявления признаков нарушения мочевыделительной системы при пролапсе гениталий.

Пациенты были разделены на группы:

- сравнительную группу составили 99 женщин в постменопаузе, без признаков пролапса гениталий и нарушений мочевыводящих путей;
- основная группа представлена 110 женщинами в постменопаузе, с пролапсом гениталий II- IV стадии и нарушениями мочевыделительной системы, которым проводилась коррекционная предоперационная подготовка с применением пессария (период – 6 месяцев). В соответствии со стадией пролапса гениталий по классификации по POP-Q пациентки основной группы были разделены на три подгруппы:

I подгруппа – 16 пациенток со II стадией пролапса гениталий;

II подгруппа – 62 пациентки с III стадией пролапса гениталий;

III подгруппа – 32 пациентки с IV стадией пролапса гениталий.

Были сформированы следующие виды исследований: клинический метод исследования; гинекологическое исследование, включающее количественную оценку пролапса гениталий по классификации POP-Q; инструментальные методы исследования: урофлоуметрия, ультразвуковое исследование (УЗИ),

МР-урография, а также гистологические исследования путем биопсии маточных связок.

Критерием включения в исследование являлся постменопаузальный возраст женщины, от 45 до 85 лет, с нарушениями мочевыделительной системы и пролапсом гениталий.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток сравнительной и основной групп составил 58,5 лет.

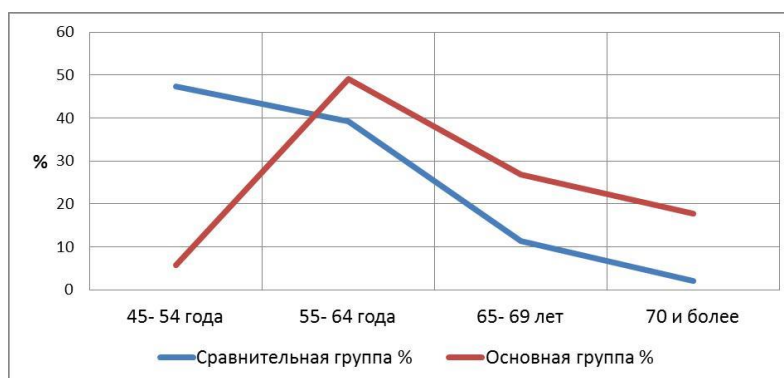


Рисунок 1 - Распределение пациентов по возрасту

Анализ трудовой деятельности показал, что 63,1% случаев пациентки были подвержены значительным физическим нагрузкам, при этом достоверно больше в условиях быта, чем в профессиональной деятельности ($p < 0,05$).

Обращает внимание высокая частота экстрагенитальных заболеваний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления. Наиболее часто выявлены заболевания: гипертоническая болезнь в 55 случаях (50,5%) в основной группе, и в 46 (46,5%) - в группе сравнения. Третье место в основной группе заняли хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся запорами - 38,4% случаев.

Из 209 обследованных 41 женщина (15,8%) перенесла в анамнезе оперативное вмешательство по поводу гинекологической патологии. Достоверных различий по паритету родов в исследуемых группах не выявлено ($p > 0,05$). Эпизиотомия или перинеотомия в родах проводилась в основной группе 25,7%, в сравнительной группе 14,1%. В 16,8 % случаев роды осложнились разрывом промежности разных степеней. Акушерские щипцы

использовались в 9,1% случаев. Необходимо отметить, что у пациенток в сравнительной группе роды носили менее травматичный характер ($p < 0,05$). Треть всех исследуемых пациенток имели в анамнезе роды крупным плодом.

Приоритетной жалобой на момент обращения явилось чувство инородного тела во влагалище - 45 случаев (47,5%), а также на недержание мочи при напряжении - 41 женщина (37 %) и учащенное мочеиспускание - 22 женщины (19,5 %) (таблица 1,2).

Таблица 1 - Клинические симптомы релаксации тазового дна в основной группе

Жалобы	Итого n= 110 (основная группа)	
	Абс.	%
Ощущение инородного тела во влагалище	45	47,5
Недержание мочи	41	37
Затрудненное мочеиспускание	13	12
Учащенное мочеиспускание	22	19,5
Диспареуния	9	8

Таблица 2 - Объективные признаки пролапса гениталий в основной группе

	Итого n= 110 (основная группа)	
	Абс.	%
Опушение стенок влагалища	98	89,2
Цистоцеле	53	50,7
Ректоцеле	25	23,2
Недержание мочи	41	36,7
Неполное выпадение матки	26	23,5
Полное выпадение матки	32	29,8

В таблице 3 на основании измерений (по POP-Q) по позиции ведущей точки были конкретизированы стадии пролапса гениталий.

Таблица 3 - Распределение клинических форм пролапса гениталий по стадиям (по ОР-Q) в основной группе

Формы пролапса	II стадия (n-16)	III стадия (n-62)	IV стадия (n-32)
Опущение стенок влагалища	14	62	32
Цистоцеле	5	10	27
Ректоцеле	4	11	18
Неполное выпадение матки	-	57	3
Полное выпадение матки	-	-	29

Большое внимание было уделено изучению клиническим проявлениям и длительности течения пролапса гениталий (рисунок 2).

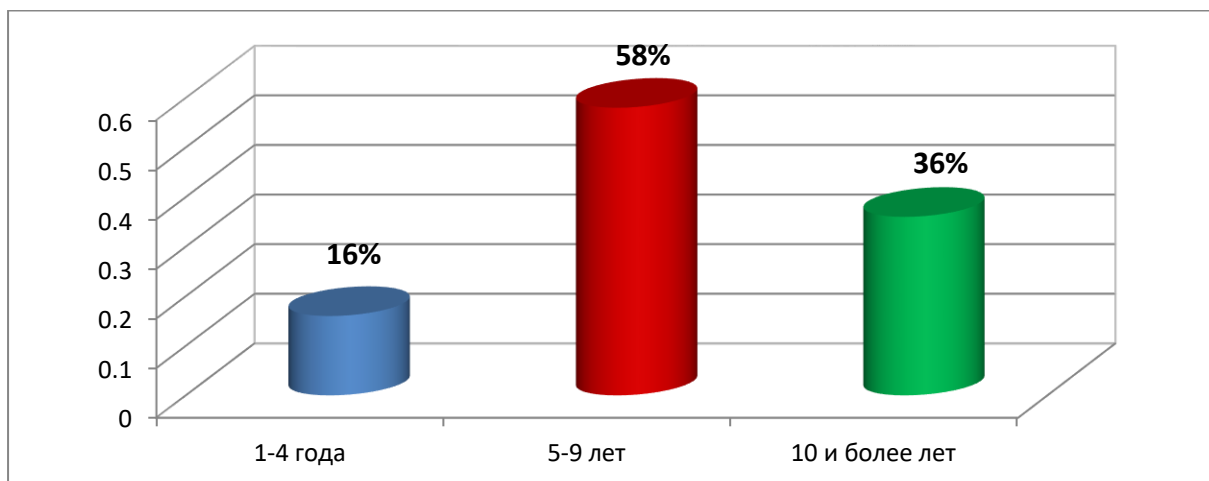


Рисунок 2 - Длительность пролапса гениталий у пациенток основной группы в постменопаузе

Результаты урофлоуметрии, что в подгруппе I регистрируется укорочение времени мочеиспускания (TQ), а в следствии этого происходит ускорение эвакуаторной способности мочевого пузыря и увеличивается скорость потока мочи (Qmax). Преобладание ургентных позывов свидетельствует о наличии недержания мочи. Стрессовое недержание мочи встречалось у 85,1% женщин, гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) у 14,9 %.

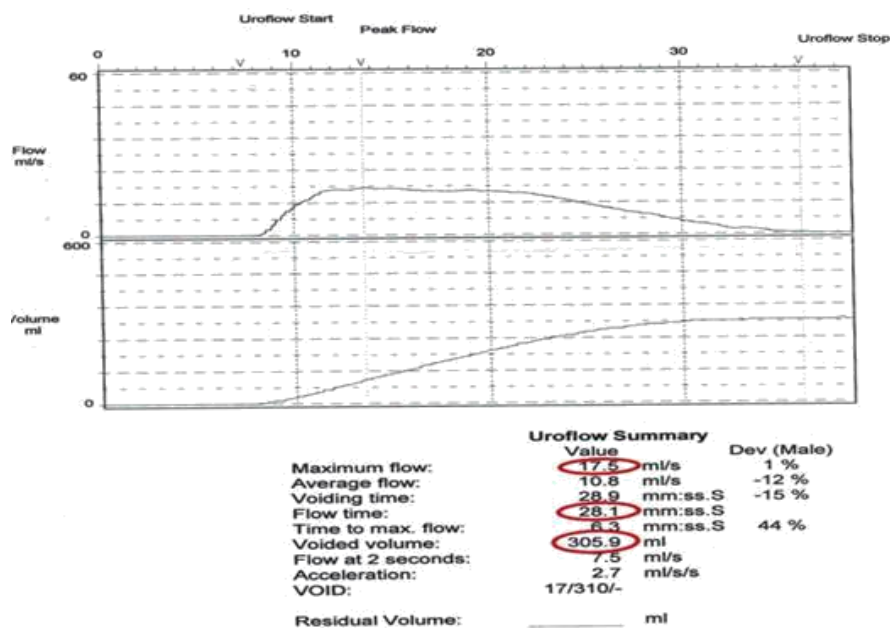


Рисунок 3 – Урофлоуграмма пациентки Х. 56 лет.
 II стадия пролапса гениталий по POP-Q
 с эпизодами стрессового недержания мочи

В подгруппе I эхотень шейки матки четко не визуализировалась, при проведении пробы Вальсальва она смещалась ниже уровня лонного сочленения не более 2 см. В подгруппе II смещение шейки матки при натуживании ниже нижнего края лона более 2 см выявлено в 23 % случаев, в остальных ситуациях смещение варьировалась в пределах 1-2 см (67% случаев). В подгруппе III шейка матки в покое визуализировалась в области гимена, а также определялось смещение задней стенки мочевого пузыря к уровню нижнего края лона в виде «песочных часов».

Основной задачей консервативной коррекции пессарием у женщин с патологией тазового дна является улучшение качества жизни за счет восстановления анатомии тазового дна и нормализации физиологических функций тазовых органов в период предоперационной подготовки (при отсроченности операции).

По результатам УЗИ выявлена недостаточность сфинктера уретры у 2 (16,8 %), 16 (25,8 %) и 8 (25 %) пациенток I, II и III подгрупп соответственно (таблица 4).

Таблица 4 - Показатели ультразвукового исследования в основной группе

Признак	I подгруппа	II подгруппа	III подгруппа
Положение задней стенки мочевого пузыря	Ниже нижнего края лона	Ниже нижнего края лона	Ниже нижнего края лона
Угол α	18° (12-22°)	25° (18-43°)	45° (48-89°)
Отклонение угла α	0-5°	27° (20-70°)	33° (20-70°)
Угол β	95° (35-100°)	110° (95-150°)	141° (35-150°)
Отклонение угла β	0-5°	20° (10-340°)	23° (10-340°)
Форма задней стенки мочевого пузыря	Округлая или овальная	В виде «остроугольного треугольника»	В виде «остроугольного треугольника» или «песочных часов»

В подгруппе I эхотень шейки матки четко не визуализировалась, при проведении пробы Вальсальва она смещалась ниже уровня лонного сочленения не более 2 см. В подгруппе II смещение шейки матки при натуживании ниже нижнего края лона более 2 см выявлено в 23 % случаев, в остальных ситуациях смещение варьировалась в пределах 1-2 см (67% случаев). В подгруппе III шейка матки в покое визуализировалась в области гимена, а также определялось смещение задней стенки мочевого пузыря к уровню нижнего края лона в виде «песочных часов».

Основной задачей консервативной коррекции пессарием у женщин с патологией тазового дна является улучшение качества жизни за счет восстановления анатомии тазового дна и нормализации физиологических функций тазовых органов в период предоперационной подготовки (при отсроченности операции).

В ходе консервативного лечения 38 женщин (34,5 %) жаловались на дискомфорт в связи с ежедневной обработкой пессария, 18 пациенток (16,3%) получили осложнения в виде эрозирования влагалища (таблица 5).

Таблица 5 - Результаты самообследования после 6 месяцев применения пессария в основной группе

Результаты	I подгруппа		II подгруппа		III подгруппа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Избавлены от затрудненного мочеиспускания	3	18,8	16	25,8	15	46,9
Избавлены от недержания мочи	7	43,8	16	25,8	8	25
Избавлены от слишком частого мочеиспускания и/или неотложных позывов на мочеиспускание	10	62,5	16	25,8	14	43,8
Избавлены от ощущения выпадающих органов	-	-	32	50	32	100

В подгруппе II женщины в большинстве случаев отметили избавление от затруднения мочеиспускания, недержания мочи и частого мочеиспускания.

Подгруппа I отметила эффект избавления от неотложных позывов и частого мочеиспускания. В подгруппе III высказались об исчезновении беспокоящих их жалоб и «что избавлены от ощущения выпадающих органов» в 32 случаях (100%). В совокупности положительный эффект консервативного метода составил 89%.

При повторном заполнении опросников SEAPI было отмечено статистически достоверное изменение - уменьшение суммы симптомов с $24,5 \pm 11,7$ до $6,7 \pm 3,6$ и индекса качества жизни с $5,1 \pm 0,5$ до $1,5 \pm 0,5$ ($p < 0,05$).

Эффективность коррекции пессарием также оценивали с помощью урофлоуметрии (таблица 6).

Таблица 6 - Результаты урофлоуметрии у женщин основной группы после 6 месяцев применения пессария

Данные основной группы	TQ, с	Qmax, мл/с	Vcomp, мл	Объем остаточной мочи
I подгруппа	14,3 [13,1; 15,8]	26,5 [23,6; 28,5]	231,6 [221,6; 241,9]	0-25
II подгруппа	18,5 [17,6; 21,2]	20,5 [19,1; 23,4]	268,4 [247,3; 289,9]	35-50
III подгруппа	20,1 [19,3; 22,2]	15,7 [13,2; 17,5]	361,4 [343,2; 372,1]	50-85

При оценке урофлоуграм у подгрупп I и II после консервативного лечения с применением пессария наблюдалось улучшение показателей мочеиспускания ($p < 0,05$), но сохранялись явления обструктивного типа мочеиспускания, особенно в III подгруппе, и элементы хронической задержки мочи.

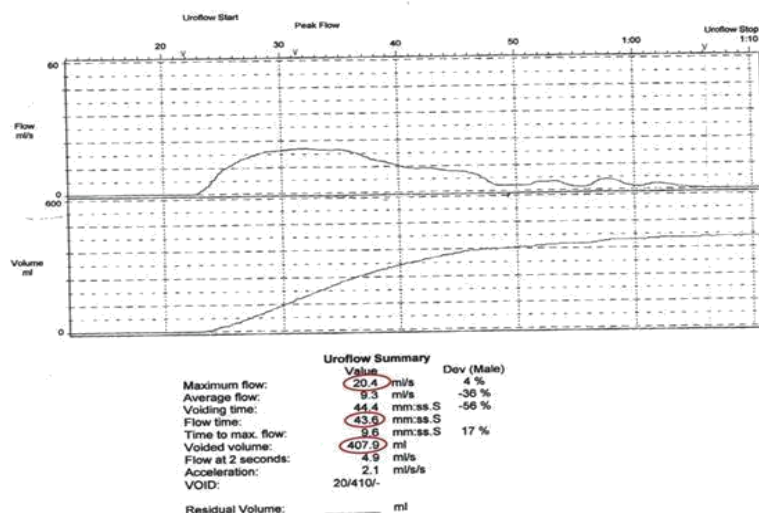


Рисунок 4 – Урофлоуграм пациентки X. 56 лет.
II стадия пролапса гениталий по POP-Q
после 6 месяцев применения пессария

Анализ ультразвукового исследования (таблица 7) не выявил достоверных различий в основной группе пациенток до и после лечения ($p > 0,05$).

Таблица 7 - Результаты ультразвукового исследования пациенток основной группы после лечения с применением пессария

Признак	I подгруппа	II подгруппа	III подгруппа
Положение задней стенки мочевого пузыря	На уровне и ниже нижнего края лона	Ниже нижнего края лона	Ниже нижнего края лона
Угол α	16° (11-21°)	23° (19-44°)	44° (33-88°)
Отклонение угла α	0-5°	26° (17-72°)	35° (19-66°)
Угол β	91° (77-98°)	111° (95-140°)	138° (98-154°)
Отклонение угла β	0-5°	18° (10-270°)	24° (10-275°)
Форма задней стенки мочевого пузыря	Округлая или овальная	В виде «остроугольного треугольника»	В виде «остроугольного треугольника» или «песочных часов»

Таким образом, на основании результатов урофлоуметрии и УЗИ

консервативное лечение эффективно у пациенток I и II подгрупп в 64 %, в подгруппе III пессарий выполняет лишь заполняющую функцию и облегчает мочеиспускание, но на восстановление анатомо-физиологических функций данный метод не влияет.

Для сравнения состояния верхних мочевых путей при полном выпадении органов малого таза был использован снимок МР-урографии серии T2 HAST, на задержке дыхания (рисунок 5).



Рисунок 5 – МР-урография пациентки X. 78 лет. IV стадия пролапса гениталий по POP-Q

Треть случаев с опущением мочеточников сопровождалась выпрямлением их хода в тазовых отделах. Тяжелая стадия пролапса гениталий приводит к растяжимости всех отделов мочеточников с их дилатацией, атонии мочевого пузыря и мочеточников, в дальнейшем - к гидронефрозу. Эффективность оценки состояния верхних мочевых путей с применением МРТ-исследования составила 89,5%.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что метод консервативного лечения IV стадии пролапса гениталий с применением пессария является неэффективным для восстановления анатомии верхних мочевых путей.

В дальнейшем через 6 месяцев пациенткам основной группы было предложено оперативное лечение пролапса гениталий. Были прооперированы 32 женщины основной группы (29,1%) (таблица 8).

Таблица 8 - Формы и стадии пролапса и выполненные операции в основной группе

Формы и стадии пролапса по POP-Q	Операция	Количество случаев	% случаев от всех операций
II стадия	Передняя кольпоррафия, Кольпоперинеолеваторопластика	10	31,3
III стадия, неполное выпадение матки	Трансвагинальная экстирпация матки, высокая фиксация купола влагалища по McCall	14	43,7
IV стадия, полное выпадение матки	Промонтофиксация	4	12,5
	Остеосакральная кольпофиксация с экстирпацией матки	3	9,4
	Срединная кольпоррафия Нейгебауэра-Лефора	1	3,1
ВСЕГО		32	100

Послеоперационный период протекал без осложнений у всех наблюдаемых пациенток. По данным анкетирования через 3 месяца после операций большинство пациенток основной группы (27 женщин – 84,4 %) были удовлетворены эффективностью хирургического лечения на протяжении срока наблюдения 3 месяца. Самочувствие женщины определяли одним существенным критерием - сохранением или появлением стрессового недержания мочи в послеоперационном периоде. 3 пациентки отметили сохранение стрессового недержание мочи после операции (9,4%).

Проведенная урофлоуметрия выявила изменения динамических показателей мочевыводящих путей. При полностью восстановленном удержании мочи у всех 32 пациенток, у 26 из них отмечен нормальный тип урофлоуметрической кривой, а у 6 – обструктивный тип с объемом остаточной мочи 50–70 мл (таблица 9).

Таблица 9 - Результаты урофлоуметрии у женщин основной группы после оперативного лечения

Данные основной группы	TQ, с	Q max, мл/с	V comp, мл	Объем остаточной мочи
I подгруппа	14,1 [13,3; 16,3]	26,8 [25,6; 28,5]	238,6 [218,3;245,7]	0-5
II подгруппа	16,5 [15,1; 18,5]	23,5 [21,1; 24,4]	261,1 [244,5; 272,3]	0-10
III подгруппа	18,6 [17,3; 20,2]	22,5 [19,2; 24,5]	378,4 [365,4; 394,1]	5-25

Основу маточных связок составляют собой пучки плотной волокнистой соединительной ткани, содержащие большое количество коллагеновых волокон, между которыми выявляются многочисленные пучки или удлиненные тяжи отдельных гладкомышечных клеток (рисунок 6).

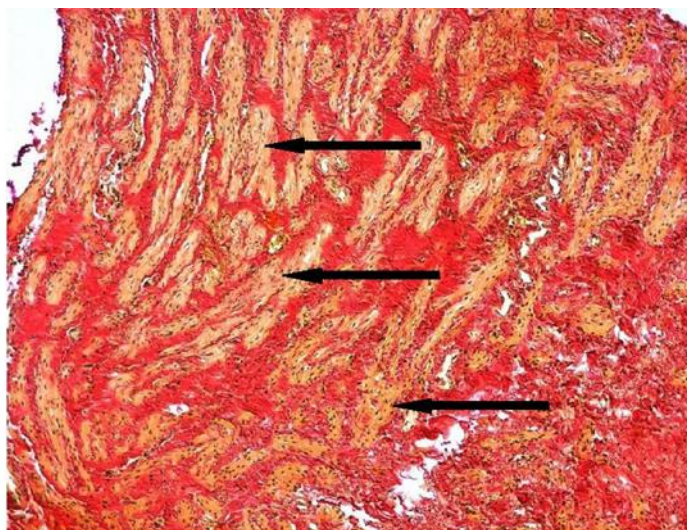


Рисунок 6 - Гистологическая структура маточной связки пациентки Б. (без признаков пролапса гениталий). Гладкомышечные клетки окрашены в желтый цвет, коллагеновые волокна – в красный. Окраска по Ван-Гизону. Увел.Х100

Результаты гистологического исследования маточных связок у женщин основной группы и сравнительной группы показали, что при пролапсе гениталий в тканях связочного аппарата выявляются дистрофические изменения с последующей деструкцией гладкомышечных клеток связок и замещения их новообразованными коллагеновыми волокнами. Результаты статистического анализа соотношения мышечных и коллагеновых волокон в маточных связках (морфометрия) пациенток основной и сравнительной групп подтвердили общий

вывод. С течением времени и выраженностью пролапса выявляется нарастание признаков грубого фиброзирования ткани связок с редукцией и склерозом кровеносных сосудов, фрагментации, разрушения и полного исчезновения эластических волокон в связках матки.

ВЫВОДЫ

1.Нарушения мочевыделительной системы при пролапсе гениталий определяются с помощью современных методов исследования. Урофлоуметрия позволяет выявить нарушения мочеиспускания у женщин с различными формами и тяжестью пролапса гениталий. На основании результатов урофлоуметрии консервативное лечение с использованием пессариев эффективно у пациенток со II и III стадией пролапса в 64 % случаев, а при IV стадии - пессарий выполняет лишь заполняющую функцию облегчает мочеиспускание, но на восстановление анатомо-физиологических функций данный метод не влияет.

В ходе проведения УЗ-исследования у женщин III подгруппы выявлено значительное опущение мочевого пузыря, а также смещение дистальных отделов мочеточников вниз, ниже нижнего края лонного сочленения.

Ультразвуковой метод информативен в оценке топографии и анатомии нижних мочевыводящих путей и для определения степени опущения мочевого пузыря.

А наиболее достоверным в топографической оценке верхних мочевыводящих путей при тяжелых формах пролапса гениталий является МР-урография. Эффективность оценки состояния верхних мочевых путей с применением МРТ-исследования составила 89,5%. Применение МР-урографии позволяет определить обструкцию и дилатации верхних мочевых путей при тяжелых формах пролапса гениталий, показано пациенткам с осложненной формой десценции тазового дна, сопровождающейся урогенитальными расстройствами. По данным МР-урографии возможно регистрировать движение тазовых органов и производить измерения их положения относительно неподвижных ориентиров, а также их смещения. Магнитно-резонансная урография позволяет визуализировать мочеточники,

определить степень их опущения, форму мочевого пузыря и уретры, наличие уретроцеле и цистоцеле, а в дальнейшем планировать тактику и объем оперативного вмешательства.

2. Деструктивные процессы связочного аппарата матки характеризуются выраженным снижением количества эластических волокон, усиливающиеся пропорционально тяжести пролапса гениталий. Они проявляются изначально в дистрофических изменениях и последующей деструкцией гладкомышечных клеток связок и замещения их новообразованными коллагеновыми волокнами. С усилением пролапса выявляется нарастание признаков грубого фиброзирования ткани связок с редукцией и склерозом кровеносных сосудов. При оценке эластических волокон выявлены признаки фрагментации, разрушения и полного исчезновения эластических волокон в связках матки при пролапсе.

3. Прогрессирующее опущение мочевого пузыря и изменение уретровезикального угла приводит к анатомическим и функциональным нарушениям вначале со стороны нижних, а затем и верхних мочевыводящих путей.

Десценция данных органов влечет за собой последовательность патологических состояний мочевыделительной системы в виде задержки или недержания мочи, гипер- и гипоактивности мочевого пузыря, атонии мочевого пузыря, возрастанию количества остаточной мочи, а со стороны верхних мочевыводящих путей – дилатации мочеточников с последующим гидронефрозом. При опущении мочевого пузыря при пролапсе гениталий III и IV стадии отмечено смещение дистальных отделов мочеточников вниз (область их устьев была опущена ниже нижнего края лонного сочленения), выпрямление хода тазовых отделов мочеточников и уменьшение расстояния по горизонтали между тазовыми отделами мочеточников.

Консервативное лечение с применением урогинекологического pessaria пациенток с II и III стадией пролапса выявило временное улучшение состояния мочевыводящих путей ($p < 0,05$). На основании результатов урофлоуметрии консервативное лечение с использованием pessариев

эффективно у пациенток со II и III стадией пролапса в 64 % случаев. При IV стадии пролапса не отмечено достоверных изменений при исследовании анатомо-функционального состояния нижних и верхних мочевых путей ($p>0,05$). Применение пессариев с целью попытки восстановления уровня здоровья женщин, которым по объективным причинам отложено хирургическое лечение пролапса, имеет значение при II и III стадии пролапса.

4. При сравнении данных обследования женщин основной группы после коррекции пессарием в течение 6 месяцев и после оперативного лечения пролапса гениталий выявлено значительные изменения уродинамики при урофлоуметрии при пролапсе II и III стадии ($p<0,05$). Контрольная урофлоуметрия и МР-урографическое исследование по истечению 6 месяцев применения пессария у женщин III подгруппы достоверных различий не выявило ($p>0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что методика консервативного лечения IV стадии пролапса гениталий с применением пессария является неэффективной для восстановления анатомии верхних мочевых путей. Эти данные свидетельствуют об эффективности применения пессария в качестве предоперационной подготовки с целью улучшения уродинамических показателей при II и III стадиях пролапса.

Через 3 месяца после проведенных операций у 32 женщин основной группы урофлоуметрия выявила изменения динамических показателей мочевыводящих путей. При полностью восстановленном удержании мочи у всех 32 пациенток, у 28 из них отмечен нормальный тип урофлоуметрической кривой, а у 4 – обструктивный тип с объемом остаточной мочи 50–70 мл (при IV стадии пролапса).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для выбора оптимальной тактики ведения пациенток с различными формами пролапса гениталий показано комплексное обследование состояния мочевыделительной системы с использованием урофлоуметрии, ультразвукового исследования и магнитно-резонансной урографии. Урофлоуметрия позволяет получить объективную оценку нарушений мочеиспускания у женщин с различной стадией пролапса гениталий за счет диагностирования нарушений скорости мочеиспускания, функционального состояния детрузора, объема мочевого пузыря, времени мочеиспускания. Ультразвуковой метод необходим для визуализации положения мочевого пузыря, объема остаточной мочи, определения величины уретровезикального угла, состояния верхних мочевыводящих путей и степени опущения мочевого пузыря. МР- урография позволяет получить достоверное изображение мочевого пузыря и мочеточников для оценки их функции и топографического состояния.

2. Для улучшения анатомо-функционального состояния мочевыводящих путей при отсроченности хирургического лечения у женщин с пролапсом гениталий в постменопаузе рекомендуется использовать пессарий в качестве метода предоперационной подготовки с достоверной эффективностью при II и III стадии.

3. Благодаря оптимальному сочетанию высокой специфичности и отсутствия лучевого воздействия на организм женщины, магнитно-резонансная урография может быть рекомендована как метод выбора неинвазивной диагностики состояния мочеточников при пролапсе тазовых органов с нарушениями мочевыделительной системы. Магнитно-резонансную урографию целесообразно применять при полном выпадении гениталий; в случаях неясной картины при ультразвуковом и физикальном исследовании; при спорных результатах нескольких видов исследования; определения тактики и объема хирургического лечения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Хирургическое лечение стрессового недержания мочи у женщин с применением коллагенового материала / А.Г. Ящук, И.И. Мусин, Е.М. Попова, Р.А. Нафтулович, Р.М. Зайнуллина, А.Г. Имельбаева // Экспериментальная и клиническая урология. - 2015. - № 4. - С. 124-126.

2. Имельбаева, А.Г. Несостоятельность мышц тазового дна как причина нарушений мочевыделительной системы / А.Г. Имельбаева, Р.М. Катаева, И.И. Мусин // Аспирантские чтения-2016: Материалы научно-практической конференции с международным участием "Молодые учёные – от технологий XXI века к практическому здравоохранению". – Самара, 2016. - С. 127-130.

3. Имельбаева, А.Г. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин пролапсом гениталий / А.Г. Имельбаева, А.Г. Ящук, И.И. Мусин // Медицинский совет. - 2017. - № 2. - С. 128-131.

4. Имельбаева, А.Г. Опыт применения урогинекологического пессария для лечения пролапса гениталий у женщин в пожилом возрасте / А.Г. Имельбаева, А.Г. Ящук // Аспирантский вестник Поволжья. – 2017. - № 1. - С. 15-17.

5. Имельбаева, А.Г. Современный взгляд на проблему пролапса гениталий у женщин в менопаузе и концепция консервативного метода лечения / А.Г. Имельбаева, А.Г. Ящук // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. - № 3. - С. 139-141.

6. Имельбаева, А.Г. Технология хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин / А.Г. Имельбаева, К.А. Гайсина // Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты: материалы XI Всероссийской (85-ой Итоговой) студенческой научной конференции с международным участием. – Самара, 2017. - С. 80-81.

7. Имельбаева, А.Г. Консервативное ведение пациенток с пролапсом гениталий в менопаузе / А.Г. Имельбаева, А.Г. Ящук // Медицина журналы. - 2015. - С. 35.

8. Профилактика цервикального рака у женщин с пролапсом гениталий / А.Г. Имельбаева, В.Н. Павлов, А.Г. Ящук [и др.] // Материалы IX Съезда онкологов России, 14–16 июня 2017 г., Уфа. – Уфа, 2017. - С. 153.

9. Имельбаева, А.Г. Анализ изменения функционального состояния нижних мочевыводящих путей у женщин с пролапсом гениталий / А.Г. Имельбаева, А.Г. Ящук // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы II международной научно-практической конференции, 12-14 апреля 2017 г., Екатеринбург. – Екатеринбург, 2017. - С. 57-60.

10. Имельбаева, А.Г. Гистологические особенности связочного аппарата у женщин с пролапсом гениталий в менопаузе и постменопаузе / А.Г. Имельбаева, И.И. Мусин, А.Г. Ящук // **Практическая медицина. Акушерство и гинекология. - 2017. - № 7 (108). - С. 98-102.**

11. Принцип выбора хирургических технологий в коррекции пролапса гениталий в различных возрастных группах / А.Г. Имельбаева, И.И. Мусин, А.Г. Ящук [и др.] // Практическая медицина. Акушерство и гинекология. - 2017. - № 7 (108). - С. 111-115.

12. Имельбаева, А.Г. Хирургическое лечение и профилактика пролапса гениталий в различных возрастных группах / А.Г. Имельбаева, И.И. Мусин, Э.Р. Мехтиева // Креативная урология и онкология. – 2017. – Т. 7, № 4. – С. 38-42.

Патент

1. Способ хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин репродуктивного возраста с применением коллагенового материала "Коллост": пат. № 2567329 Рос. Федерация / Ящук А.Г., Имельбаева А.Г., Попова Е.М. [и др.]. – Зарег. 06.10.2015.

Имельбаева Альбина Гайнулловна

**НАРУШЕНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОЛАПСЕ
ГЕНИТАЛИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

14.01.01 - акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук