

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ: ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ

© М. Ю. Коришунов

Кафедра акушерства и гинекологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

❖ **Цель работы.** Проведен анализ результатов хирургической коррекции пролапса тазовых органов у 107 женщин с симптомами нижних мочевых путей и связи между степенью пролапса тазовых органов и характером данных симптомов. Показана роль уродинамических исследований в прогнозировании динамики клинических проявлений со стороны нижних мочевых путей у женщин после хирургической коррекции пролапса тазовых органов. Отмечено, что результаты уродинамических исследований часто не совпадают с субъективными жалобами пациентов. Вследствие этого уродинамическое обследование женщин с пролапсом тазовых органов в сочетании с дисфункциями нижних мочевых путей целесообразно проводить совместно с анализом субъективной информации, полученной при заполнении пациентами опросников качества жизни. Такой комплексный подход позволяет лучше понять характер дисфункций со стороны нижних мочевых путей и создать у пациента адекватные ожидания от лечения.

❖ **Ключевые слова:** уродинамическое исследование; пролапс тазовых органов; дисфункции нижних мочевых путей.

ВВЕДЕНИЕ

У женщин с пролапсом тазовых органов (ПТО) частота дисфункций нижних мочевых путей значительно выше, чем в общей популяции женщин [3]. Вопрос, насколько хирургическое лечение ПТО влияет на функцию нижних мочевых путей, является предметом дискуссий и не может быть решен без понимания связи анатомических и функциональных нарушений у данной категории больных. Результаты уродинамического обследования женщин с ПТО позволяют дать объективное объяснение механизма, лежащего в основе имеющихся расстройств мочеиспускания, играют важную роль в прогнозировании возможных неудач и выяснении причин неэффективности хирургической коррекции заболевания [2]. Тем не менее, даже при удовлетворительных объективных результатах лечения у некоторых больных сохраняются симптомы нижних мочевых путей. В связи с этим, при трактовке результатов операций по устранению ПТО следует учитывать не только объективные, но и субъективные критерии [5].

ЦЕЛЬ

Цель данной работы состояла в сравнении объективных уродинамических показателей и субъективных данных при обследовании пациентов с ПТО до операции и при оценке результатов его хирургической коррекции.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Обследовано 107 женщин (средний возраст $51 \pm 9,8$ лет), имеющих II–IV стадию ПТО по классификации POP-Q (ICS, 1996) и различные клинические проявления дисфункций нижних мочевых путей. Всем пациентам выполняли комплексное уродинамическое обследование. Для оценки качества жизни больные заполняли валидированный опросник «Пролапс (тазовых органов) и качество жизни» (ПД-КЖ) [1]. По результатам оценки данных, полученных из опросника ПД-КЖ, больные были разделены на три группы в зависимости от преобладания того или иного симптома: стрессового недержания мочи, затрудненного мочеиспускания и гиперактивного мочевого пузыря. Принцип хирургической коррекции ПТО заключался в максимальной ликвидации дефектов поддерживающих структур тазового дна вагинальным или абдоминальным доступом. У пациентов с уродинамически подтвержденным стрессовым недержанием мочи выполняли петлевую операцию TVT или TVT-O. Через 6–7 месяцев после хирургического вмешательства проводили уродинамическое обследование, оценивали стадию ПТО по классификации POP-Q и качество жизни по опроснику ПД-КЖ, степень достижения выбранной цели и общее восприятие улучшения по шкале GII (Global Impression of Improvement) [6]. Удовлетворительный анатомический результат лечения соот-

Таблица 1

Частота симптомов нижних мочевых путей у женщин до и после хирургической коррекции ПТО (n=107)

Симптомы нижних мочевых путей	До операции, n (%)	После операции, n (%)	p
Стрессовое недержание мочи	83 (78)	27 (26)	<0,001
Затрудненное мочеиспускание	81 (76)	15 (14)	<0,001
Гиперактивность мочевого пузыря	98 (92)	47 (44)	<0,001

Таблица 2

Уродинамическое подтверждение симптомов со стороны нижних мочевых путей у женщин до и после хирургической коррекции ПТО (n=107)

Тип дисфункции	До операции		После операции	
	Пациенты с симптомами, n	УДП*, n (% от числа пациентов, имеющих симптомы)	Пациенты с симптомами, n	УДП*, n (% от числа пациентов, имеющих симптомы)
Стрессовое недержание мочи	83	54 (65)	27	7 (30)
Затрудненное мочеиспускание	81	28 (35)	23	4 (17)
Гиперактивность мочевого пузыря	98	18 (18) — ГД**	47	16 (34) — ГД**

* — УДП — уродинамическое подтверждение симптомов; ** — ГД — гиперактивность детрузора

ветствовал 0 — I стадии ПТО, в то время как II стадия и более расценивали как рецидив заболевания. Уродинамические данные сравнивали со шкалами симптомов со стороны нижних мочевых путей, полученными на основании опросника ПД-КЖ, а также с выбором пациентами основной цели лечения, степенью ее достижения после операции и показателем шкалы GII. С целью выяснения возможных предикторов эффективности операции были изучены сочетания определенных симптомов со стороны нижних мочевых путей и уродинамических находок, а также проанализированы группы пациентов, избавившихся от подобных симптомов и те, у кого симптоматика сохранялась. Уродинамическое исследование выполняли на уродинамической установке Delphis (Laborie, Канада). Для статистической обработки результатов использовали критерий χ^2 и непараметрический коэффициент корреляции Спирмена (ρ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 6–7 месяцев после хирургического вмешательства у 96 (90%) женщин выявлена 0 или I стадия ПТО и только у 11 (10%) больных диагностирова-

на II стадия ПТО по классификации POP-Q. Согласно данным опросника ПД-КЖ частота всех дисфункций со стороны нижних мочевых путей после операции значительно снизилась по сравнению с предоперационными данными (табл. 1).

После хирургической коррекции ПТО наличие стрессового недержания мочи объективно при уродинамическом исследовании подтверждалось реже, чем перед операцией ($p<0,001$), в то время как для затрудненного мочеиспускания и гиперактивности мочевого пузыря подобные различия не достигли статистической значимости ($p=0,19$ и $p=0,06$ соответственно). Связь стрессового недержания мочи с уродинамическими показателями оказалась умеренной, а для затрудненного мочеиспускания и гиперактивности мочевого пузыря — слабой (табл. 2).

Пациенты с уродинамически подтвержденными дисфункциями нижних мочевых путей чаще выбирали избавление от соответствующих симптомов как основную цель лечения, в то время как степень достижения цели практически не зависела от того, были ли симптомы подтверждены объективно (табл. 3).

Таблица 3

Выбор цели лечения и ее достижение у пациентов с уродинамически подтвержденными и уродинамически не подтвержденными дисфункциями нижних мочевых путей (n=107)

Тип дисфункции	Выбор главной цели, n (% от числа пациентов с данными симптомами)		Достижение цели, n (% от числа пациентов, выбравших данную цель как главную)	
	УДП*	УДНП**	УДП*	УДНП**
Стрессовое недержание мочи	40 (74)	12 (40)	30 (75)	8 (67)
Затрудненное мочеиспускание	6 (23)	0	5 (85)	—
Гиперактивность мочевого пузыря	3 (16)	3 (4)	2 (67)	2 (67)

* — УДП — уродинамическое подтверждение симптомов; ** — УДНП — уродинамическое неподтверждение симптомов

Степень достижения цели, выбранной перед операцией, имела самую высокую корреляцию с общим восприятием улучшения по шкале ГП ($p=0,72$; $p<0,0001$), в то время как степень воздействия дисфункции нижних мочевых путей была с ГП связана слабо ($p=0,37$; $p=0,005$). Послеоперационные уродинамические показатели вообще не имели связи с ГП ($p=0,55$). Анализ сочетания симптомов со стороны нижних мочевых путей и уродинамических данных позволил выделить некоторые варианты наблюдений, имеющих клиническое значение. Так, у пациентов со стрессовым недержанием мочи в сочетании с ПТО и сниженной контрактильной способностью детрузора в двух случаях из трех наблюдали затрудненное мочеиспускание после одновременной хирургической коррекции ПТО и стрессового недержания мочи. У 30 (86%) из 35 пациентов с основной жалобой на неотложность мочеиспускания при смене положения тела при отсутствии неконтролируемых сокращений детрузора на цистометрограмме коррекция ПТО успешно ликвидировала данные симптомы. Оперативное лечение ПТО оказалось эффективным у больных с сочетанием высокого детрузорного давления и признаков уретральной обструкции. Из 47 пациентов, имевших симптомы гиперактивности мочевого пузыря после операции, у 32 (68%) обнаружили общие характеристики — возраст, превышающий средний в данном исследовании, и II стадия ПТО.

ОБСУЖДЕНИЕ

Установленное снижение частоты симптомов со стороны нижних мочевых путей после операции у большинства пациентов может свидетельствовать, что ПТО является одной из главных причин данных нарушений. Субъективное восприятие улучшения у пациента в большей степени зависит от достижения установленной до операции цели, нежели от результатов уродинамического исследования, и, таким образом, эти результаты, за исключением информации о стрессовом недержании мочи, не влияли на тактику оперативного лечения у пациентов с ПТО. Уродинамическое подтверждение стрессового недержания мочи играет важную роль в определении хирургической тактики и решении вопроса о необходимости проведения симультанной антистрессовой операции или создании адекватной уретровезикальной поддержки в рамках оперативного лечения ПТО.

Вместе с этим, сочетание определенных симптомов со стороны нижних мочевых путей и уродинамических признаков продемонстрировали определенную информативность в отношении

прогноза эффективности операции с точки зрения избавления от данных симптомов. Так, у пациентов со стрессовым недержанием мочи в сочетании с ПТО и сниженной контрактильной способностью детрузора после одновременной хирургической коррекции ПТО и стрессового недержания мочи может развиваться уретральная обструкция. Возможно, избежать данных последствий позволит подход «шаг за шагом», при котором коррекция ПТО и антистрессовая операция выполняются в два этапа. Можно также предположить, что у пациентов с ПТО может присутствовать несколько патогенетических вариантов гиперактивности мочевого пузыря, адекватная оценка которых может помочь в консультировании больных, выработке оптимального плана лечения и прогнозировании эффективности операции. В случае, если основной жалобой пациента является неотложность мочеиспускания при смене положения тела при отсутствии неконтролируемых сокращений детрузора на цистометрограмме, успешная коррекция ПТО, в частности, цистоуретроцеле, весьма эффективно избавляет пациента от данных симптомов [4]. Сочетание высокого детрузорного давления с признаками уретральной обструкции может свидетельствовать о вторичном появлении гиперактивности детрузора на фоне обструкции, что приводит к т.н. «миогенной» форме гиперактивности детрузора. Если уретральная обструкция вызвана ПТО, то его хирургическая коррекция оказывается весьма эффективной в ликвидации как данного состояния, так и проявлений гиперактивности мочевого пузыря. У пожилых пациентов с преобладанием жалоб на учащение мочеиспускания и императивные позывы на мочеиспускание при небольшой стадии ПТО и слабой контрактильной способностью детрузора, независимо от наличия гиперактивности детрузора на цистометрограмме, ликвидация ПТО редко приводит к устранению клинической симптоматики. Возможно, это связано с тем, что механизм дисфункций нижних мочевых путей у таких пациентов связан не с ПТО, а с другими этиологическими факторами (ишемия, системные метаболические нарушения, гипозестрогения и т.п.). Несмотря на то, что полученные нами результаты в отношении прогностической значимости сочетаний симптомов и данных уродинамических исследований не могут считаться статистически доказанными из-за недостаточного размера выборки, данные закономерности вполне могут быть подтверждены в более масштабных проспективных исследованиях. Так как после операции связь результатов уродинамических исследований и симптомов ДНМП значительно ослабевает, а сами уродинамические показатели мало связаны

с удовлетворенностью пациентов результатами лечения, этот вид исследования может быть рекомендован после хирургического лечения в том случае, если появляются новые или усугубляются предоперационные симптомы со стороны нижних мочевых путей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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.
2. Incontinence. 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd Edition / Ed. P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein. Health Publication Ltd, 2002. P. 1154.
3. Mouritsen L., Larsen J. P. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2003. Vol. 14(2). P. 122–127.
4. Nguyen J. K., Bhatia N. N. Resolution of motor urge incontinence after surgical repair of pelvic organ prolapse // J. Urol. 2001. Vol. 166(6). P. 2263–2266.
5. Martan A., Masata J., Petri E. et al. Weak VLPP and MUCP correlation and their relationship with objective and subjective measures of severity of urinary incontinence // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2007. Vol. 18(3). P. 267–271.
6. Yalcin I., Bump R. C. Validation of two global impression questionnaires for incontinence // Am. J. Ob. Gynecol. 2003. Vol. 189(1). P. 98–101.

THE ASSESSMENT OF THE LOWER URINARY TRACT FUNCTION IN WOMEN AFTER PELVIS ORGAN PROLAPSE OPERATIONS: OBJECTIVE AND SUBJECTIVE CRITERIA

Korshunov M. Yu.

✧ **Summary.** Analysis of the results of surgical correction of pelvic organs prolapsed of 107 women with symptoms of lower urinary tract and connection between the measure of prolapse of pelvic organs and the nature of these symptoms was conducted. The role of urodynamics research in predicting the dynamics of the clinical manifestations of the women's lower urinary tracts after surgical correction of pelvic organ prolapse was shown. It is noted that the results of urodynamic researches often do not coincide with subjective complaints of patients. Consequently women's urodynamic examination of pelvic organ prolapse in conjunction with dysfunction of the lower urinary tract is advantageously carried out in conjunction with the analysis of subjective information received due to filling in the quality life questionnaires by the patients. Such integrated approach allows us better understand the nature of the dysfunctions of the lower urinary tracts and to create appropriate expectations of the patient from the treatment..

✧ **Key words:** urodynamic investigations; pelvic organ prolapse; lower urinary tract dysfunction.

Сведения об авторе:

Коршунов Михаил Юрьевич — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17. E-mail: mkorshunov@mail.ru.

Korshunov Mikhail Yuryevich — candidate of medical science, associate professor of Obstetric and Gynaecology Department. First St.-Petersburg State I. P. Pavlov Medical University. Lev Tolstoy St., 17, Saint-Petersburg, 197022, Russia. E-mail: mkorshunov@mail.ru.