

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Н.В. Макрушина¹, Е.Д. Фастыковская²

¹МЛПУ "Городская клиническая больница № 1", Новокузнецк

²ГБОУ ДПО "НГИУВ" Минздравсоцразвития России, Новокузнецк

E-mail: nikolai7619@yandex.ru

ULTRASOUND DIAGNOSIS OF PELVIC FLOOR MUSCLE DYSFUNCTION IN WOMEN

N.V. Makrushina¹, E.D. Fastyskovskaya²

¹City Clinical Hospital No. 1, Novokuznetsk

²Novokuznetsk Institute for Postgraduate Medical Training

Целью исследования является использование при недостаточности мышц тазового дна у женщин разработанной нами интравагинальной методики ультразвукового исследования, определение перспектив лечения, оценка хирургического лечения. Были выявлены ультразвуковые параметры состояния уретровезикального комплекса и мочевого пузыря, проведена оценка динамики ультразвуковых признаков при наблюдении женщин в послеоперационном периоде. В результате разработан алгоритм обследования пациенток с недостаточностью мышц тазового дна, разработаны цифровые показатели параметров, произведен мониторинг параметров в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: анкетирование, ультразвуковой метод исследования, вагинальное сканирование, цифровые показатели параметров.

The aim of the study was to use the method of intravaginal ultrasound, developed in our institution, for diagnosis of insufficiency of the pelvic floor in women, for predication of outcome and evaluation of surgical treatment response. The study elucidated the urethrovesical complex and urinary bladder ultrasound parameters and evaluated their dynamic changes in women during the postsurgical treatment period.

Objectives: The detection of ultrasound parameters of the state urethrovesical complex and bladder ultrasound evaluation of the dynamics of traits under the supervision of women in the postoperative period. As a result, the algorithm of examination of patients with insufficiency of the pelvic floor muscles, developed numerical values of parameters, produced by monitoring the parameters in the postoperative period.

Key words: questionnaires, ultrasonic method of study, vaginal scan, digital indicators parameters.

Введение

Несмотря на большое количество методов исследования, проблема ранней диагностики недостаточности мышц тазового дна у женщин остается одной из самых трудных и распространенных проблем в современной урологии и гинекологии [1, 2]. По данным литературы, около 25% женщин в возрасте от 40 до 50 лет, обращающихся ежегодно к урологу или гинекологу, предъявляют жалобы на непроизвольное мочеиспускание [2]. В то же время нельзя не отметить, что только очень малая часть, не более 3–4%, из числа заболевших, страдающих недержанием мочи женщин обращаются к врачу, поэтому выявление заболевания происходит на поздних этапах, при осложненной форме, когда выражены клинические признаки дисфункции мочевого пузыря, которые сопровождаются функциональными нарушениями детрузора уретро-мышечного аппарата малого таза, нарушениями иннервации либо денервацией этих структур. Обращение к специалисту на поздних этапах заболевания требует более трудного и длительного терапевтического лечения, а у некоторых пациенток приводит к необходимости хирургической коррекции заболевания, поэтому актуаль-

ность обследования пациенток с недостаточностью мышц тазового дна (НМТД) не вызывает сомнения.

По данным статистики, несмотря на большие успехи оперативного лечения, от 10 до 30% оперативных вмешательств не приводят к устранению недержания мочи. Неправильный выбор объема оперативного лечения, хирургическая травма могут привести к усилению симптомов недержания мочи или к их возникновению вновь в послеоперационном периоде. Все вышеперечисленное позволяет нам говорить об актуальности ультразвукового исследования, о том, что именно данный вид исследования необходимо использовать для "ультразвукового мониторинга" и в послеоперационном периоде у больных, перенесших пластические операции на мышцах тазового дна [4, 5].

В последние годы интенсивно изучается ультразвуковая картина заболеваний мочеполювых органов [4, 6–10]. Однако методика ультразвуковой диагностики урогинекологических заболеваний до сих пор не разработана, не существует единого алгоритма обследования, соответственно, не описана структура тканей в норме и патологии [10, 11]. Поэтому актуальность разработки единого алгоритма ультразвукового обследования, позволяюще-

го полностью удовлетворить все необходимые потребности и решить наибольшее количество вопросов, встающих перед лечащим врачом, не вызывает сомнения. Это позволило бы обеспечить внедрение в медицинскую практику современного ультразвукового метода исследования, комплексно оценить состояние нижних мочевых путей, выявить причины, приводящие к тому или иному виду нарушений мочеиспускания, определить перспективы лечения, оценить эффективность лечения.

Материал и методы

Перед проведением УЗИ нами было проведено анкетирование пациенток. Был составлен перечень вопросов, на которые пациентки отвечали анонимно, в письменной форме. Для оценки УЗ метода проведено УЗИ матки, придатков, мочевого пузыря и уретры 294 пациенткам. Исследование проводилось на базе МЛПУ ГКБ № 1, ОУЗД. Пациентки обследованы на аппарате ALOKA-PROSOUND SSD 3500 (Япония) вагинальным датчиком 5,5 МГц и абдоминальным датчиком 3,5 МГц. Все обследованные были разделены на 4 группы: 1-я – контрольная ($n=35$); 2-я – основная ($n=160$); 3-я группа – пациентки после восстановительной операции на мышцах тазового дна ($n=30$); 4-я группа – пациентки ($n=69$) от 25 до 70 лет без жалоб. Контрольная группа набиралась из пациенток планового и экстренного гинекологических отделений, находящихся в стационаре по поводу различной гинекологической патологии. Пациентки этой группы не предъявляли жалоб на недержание мочи и не имели каких-либо других клинических проявлений НМПН и отягощенных анамнезов жизни и заболевания. В контрольную группу вошли женщины от 20 до 75 лет (средний возраст – $50,8 \pm 13,5$ лет). Целью обследования пациенток этой группы была разработка и введение в клиническую практику новых ультразвуковых (УЗ) параметров и оценка общепринятых УЗ данных измерения уретровезикального комплекса и мочевого пузыря. Женщины основной группы были отобраны из числа пациенток, поступивших в плановое гинекологическое отделение на оперативное лечение по поводу НМТД и пациенток, обратившихся амбулаторно на кафедру акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО НГИУВ Минздравсоцразвития России (Новокузнецк) к врачу по поводу жалоб на недержание мочи при напряжении. Средний возраст пациенток – 50–76 лет. У всех пациенток этой группы были выражены клинические проявления заболевания, они предъявляли жалобы на недержание мочи при напряжении, а также имели отягощенные анамнезы жизни и заболевания. Целью обследования этих пациенток было выявление патологических изменений уретровезикального комплекса (УВК) и мочевого пузыря (МП). Группа пациенток после восстановительной операции на мышцах тазового дна набиралась из амбулаторных пациенток, проходящих плановое обследование. У женщин этой группы проводилась оценка эффективности оперативного лечения на основании сопоставления жалоб и данных, полученных при УЗИ. Средний возраст пациенток – 55–66 лет. В группу пациенток без жалоб вошли женщины, не предъявляющие жалобы на недержание мочи при напряжении, но в анамнезе жизни некоторых из них присутствовали отягощающие

факторы. Пациентки этой группы находились на лечении в отделении плановой и экстренной гинекологии с различной гинекологической патологией. Возраст пациенток составлял от 25 до 78 лет. Средний возраст – 51–47 лет. Целью исследования этих пациенток было скрининговое обследование, проводимое для выявления отклонений УЗ параметров от нормативных при обследовании УВК и МП при отсутствии жалоб на НМПН.

Первым этапом исследования являлось трансабдоминальное сканирование. Оно производилось абдоминальным датчиком 3,5 МГц при наполненном мочевом пузыре в положении пациентки лежа на спине с выпрямленными ногами. Оценивалось наполнение мочевого пузыря, его контуры, форма, исследовалась генитальная патология. Стандартный объем мочевого пузыря, необходимый для исследования, – 200–250 мл. При трансабдоминальном исследовании было невозможно оценить состояние уретры, но этот метод позволял точно измерять уретровезикальный угол, определять наличие уретроцеле. Однако получать объективную информацию о степени уретроцеле, подвижности УВК было затруднительно, особенно у тучных пациенток и при опущении шейки МП. По нашему мнению, наибольшую информацию о состоянии УВК, мочевого пузыря давало трансагинальное исследование.

Второй этап исследования – трансагинальное сканирование. Оно производилось датчиком 5,5 МГц. Пациентка сгибала ноги в коленях и разводила их. Вагинальный датчик помещался во влагалище без усилий, так, чтобы искусственно не сместить уретру относительно лонной кости и не исправить патологически измененную анатомию органов малого таза. Если производился осмотр пациенток с полным выпадением матки или с выпадением шейки матки, производилось вправление выпавших органов во влагалище, а затем сканирование. Первым этапом вагинального исследования было сканирование в продольном и поперечном сечении в состоянии покоя. Во всех группах с помощью вагинального датчика производилось исследование стандартного набора показателей, которые считались наиболее информативными и значимыми. Помимо этого производилось измерение дополнительных показателей.

У 294 пациенток всех четырех групп с помощью ультразвука исследованы: форма уретры, уретровезикальный угол, активная и пассивная дислокация уретры относительно лонной кости, расстояние от внутреннего края лонной кости до внутреннего сфинктера уретры, расстояние от наружного края лонной кости до наружного сфинктера уретры, толщина уретры во внешнем и внутреннем диаметре, определялось наличие уретроцеле.

Для определения формы изображение уретры фиксировалось на мониторе, а затем производилась оценки выраженность расхождения стенок уретры относительно друг друга. Форма уретры у обследованных пациенток была обычная в норме и воронкообразная при патологии. Измерение наружного и внутреннего диаметра уретры производилось по наружным и внутренним границам контуров уретры в области шейки мочевого пузыря. Затем выполнялось измерение пассивной дислокации уретры относительно лонной кости. Для этого ручка датчика опускалась вниз таким образом, чтобы максималь-

но сильно прижать уретру и мочевой пузырь кпереди и сместить их относительно нормального положения. При этом производилось фризование полученного изображения на экране монитора, а затем измерение параметров. Измерялось расстояние, которое образовывалось в результате смещения проксимального отдела уретры относительно лонной кости, то есть расстояние, которое образовывалось при смещении от внутреннего сфинктера уретры до внутреннего края лонной кости.

Следующим этапом вагинального исследования было измерение активной дислокации уретры относительно лонной кости. При этом производилось сканирование уретры и мочевого пузыря при напряжении. Оценивалась подвижность УВК. Для этого мы просили пациентку повысить внутрибрюшное давление путем сильного натуживания, фиксировали изображение на экране монитора и измеряли расстояние от внутреннего сфинктера уретры до внутренней поверхности лонной кости.

На основании полученных данных о состоянии наружного и внутреннего диаметров уретры и активной и пассивной дислокаций уретры относительно лонной кости все пациенты основной группы были разделены на подгруппы. Выделены подгруппа с гипермобильным типом уретры (1-й тип), подгруппа со сфинктерной недостаточностью уретры (2-й тип) и подгруппа смешанного типа (3-й тип). В подгруппе с гипермобильным типом уретры (n=39), в которой не было изменений в показателях формы уретры, не было выявлено расширения уретры в наружном и внутреннем диаметре, но были увеличены пассивная и активная дислокации уретры относительно лонной кости. В подгруппе с изменением в сфинктерном аппарате уретры (n=32), в которой форма уретры была воронкообразная, было выявлено расширение уретры в наружном и внутреннем диаметре, но не были увеличены пассивная и активная дислокации уретры относительно лонной кости. В подгруппе смешанного типа (n=89) было выявлено и изменение формы уретры на воронкообразную, и расширение уретры в наружном и внутреннем диаметре, и увеличены пассивная и активная дислокации уретры относительно лонной кости.

Измерение уретровезикального угла производилось следующим образом. После фиксации изображения на экране монитора один из лучей угла ставился по ходу уретры, другой – по передней стенке мочевого пузыря, а точкой пересечения являлся внутренний сфинктер уретры.

Определение наличия уретроцеле производилось в покое. После фиксации изображения на экране монитора оценивалось состояние мочевого пузыря, в первую очередь, его форма. Если мочевой пузырь имел округлую форму, это расценивалось как норма. Если происходило выпячивание задней стенки, или мочевой приобретал форму песочных часов, это было расценено как уретроцеле. Помимо основных показателей производилось измерение дополнительных показателей, которые ранее не использовались, измерение расстояния от внутреннего сфинктера уретры до внутренней поверхности лонной кости и от наружного сфинктера уретры до наружной поверхности лонной кости (расстояния 1 и 2).

Результаты и обсуждение

При анализе анкетных данных мы обратили внимание на наличие нескольких жалоб у каждой женщины (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, встречаемость жалоб на выпадение матки и элонгацию шейки матки достаточно велика, а недержание мочи, хотя и встречалось в 100% случаев, беспокоило женщин в меньшей степени. Пациентки считали его вполне нормальным фактом, появляющимся практически у всех при достижении определенного возраста, и эту проблему они предпочитали решать с помощью средств личной гигиены. Таким образом, мы пришли к выводу, что женщины обращались к специалисту на поздних этапах заболевания, когда уже были выражены клинические признаки.

Среди жалоб мы отдельно отметили жалобы пациенток после восстановительной операции по пластике на мышцах тазового дна. В 30% случаев операция не устраняла недержание мочи, но пациентки отмечали положительный результат, так как был устранен пролапс гениталий.

Как представлено в таблице 2, имело значение не количество родов, а течение родового процесса. А тяжелые физические нагрузки в быту или на работе не всегда являлись основной причиной заболевания, и у женщин, не имевших таких отягощающих факторов, развитие заболевания происходило так же часто, как и у тех, которые имели отягощающие факторы.

По нашим данным, при анализе анамнеза заболевания появление признаков НМПН отмечалось в достаточно молодом возрасте (после 35 лет). Выявлено позднее обращение к специалисту, по истечении 12–15 лет от начала появления первых проявлений заболевания. Таким образом, по нашему мнению, было упущено стадия, когда заболевание можно было лечить консервативно, что согласуется с данными литературы [4, 10, 11]. Низкая обращаемость к специалистам по данному вопросу связана не столько с интимным характером проблемы, сколько с отсутствием доступной информации о современных лечебно-профилактических возможностях и необходимости своевременной постановки диагноза.

Таким образом, при анализе анкетных данных 294 пациенток мы пришли к заключению:

1. Преобладали жалобы на выпадение матки.
2. Патологическое течение родов предшествовало развитию НМПН.
3. Позднее обращение к специалисту препятствовало выявлению и лечению заболевания на ранних этапах.

Таблица 1

Процент встречаемости некоторых жалоб у женщин с НМТД

№ п/п	Жалобы	% встречаемости
1	Недержание мочи при напряжении	100
2	Неудовлетворенность сексуальной жизнью	98
3	Тотальное недержание мочи	13
4	Элонгация шейки матки	46
5	Полное выпадение матки	6

Таблица 2

Процент встречаемости некоторых провоцирующих факторов, выявленных из анамнеза жизни пациентов

№ п/п	Провоцирующие факторы	% встречаемости
1	Тяжелые физические нагрузки	58
2	Большое количество беременностей	4
3	Патологическое течение родов	62
4	Масса плода при рождении больше 4 кг	17
5	Разрывы промежности в родах	23

Таблица 3

Сравнение формы уретры в различных группах обследованных женщин

Группы	Форма уретры	
	Обычная	Воронкообразная
Контрольная	100% (n=35)	0% (n=0)
Основная	24,3% (n=39)	75,6% (n=121)
После операции	23,3% (n=8)	76,6% (n=22)
Без жалоб	23,1% (n=16)	76,8% (n=53)

Таблица 4

Сравнительная характеристика основных показателей в контрольной и основной группах и в группе пациенток после восстановительной операции

Показатели	Группы					
	Контрольная, n=35	Основная, n=160			После операции, n=30	
		1-й тип, n=39	2-й тип, n=32	3-й тип, n=89	С эффектом, n=22	Без эффекта, n=8
Уретро-везикальный угол	107,1±6,55	132,5±13,09 p<0,0005	137,4±8,747 p<0,0005	134,1±9,723 p<0,0005	109,68± 6,636 p=0,153	125±4,629 p<0,0005
Дислокация уретры активная	4,714±3,418	23,4±4,372 p<0,0005	6,533±3,875 p=0,049	19,03±3,838 p<0,0005	6,954±2,319 p=0,009	16,5±2,268 p<0,0005
Дислокация уретры пассивная	5±3,638	15,98±5,677 p<0,0005	5,067±3,216 p=0,938	15,99±4,575 p<0,0005	6,181±2,462 p=0,186	16,5±2,268 p<0,0005
Наружный диаметр уретры	10,03±1,071	9,65±0,622 p=0,061	15,43±4,216 p<0,0005	15,14±3,92 p<0,0005	11,181±1,332 p<0,0005	16±3,2 p<0,0005
Внутренний диаметр уретры	0,228±0,645	0,95±1,319 p=0,004	0,95±1,319 p=0,004	6,02±3,958 p<0,0005	2,545±1,335 p<0,0005	7,375±3,204 p<0,0005
Расстояние 1	16,71±2,926	18,02±2,069 p=0,027	19,07±2,753 p=0,002	18,87±5,046 p=0,019	13,090±1,604 p=0,001	13,09±3,038 p<0,0005
Расстояние 2	8,457±0,852	8,85±0,802 p=0,043	9,367±2,059 p=0,020	11,28±3,86 p<0,0005	8,75±1,832 p=0,494	8,5±1,793 p=0,904

4. Недостаточность мышц тазового дна начинала развиваться с 50 лет.

Как представлено в таблице 3, в контрольной группе форма уретры всегда была обычной, таким образом, можно было принять такую форму уретры за норму. У пациенток основной группы преобладала воронкообразная форма уретры в 75,6% случаев, а обычная форма уретры сохранялась в 24,3% случаев.

Таким образом, изменение формы уретры на патологическую определяло тип недержания мочи при НМТД. А в послеоперационном периоде форма уретры свидетельствовала об адекватности проведенной операции. В группе пациенток без жалоб изменение формы уретры на воронкообразную мы рассматривали как патологию.

Как видно из таблицы 4, измерение наружного и внутреннего диаметров уретры было необходимо для определения состояния стенок уретры и выраженности их истончения. Нами было выявлено, что при недержании мочи при напряжении в основной группе преобладает патологическое расширение в наружном и внутреннем диаметрах в 75,62% случаев (n=121).

У пациенток группы после пластической операции патологическое расширение уретры сохранялось до 7,4±3,2 мм во внутреннем диаметре и до 16,0±3,2 мм – в наружном диаметре. Причем такие показатели имели пациентки, у которых операция не принесла положительного результата. Таким образом, мы предположили, что у

пациенток, имеющих патологическое расширение уретры, операция по пластике мышц тазового дна имеет худшие результаты, чем у пациенток с обычной формой уретры, у которых нет дефекта в сфинктерном аппарате уретры. И у пациенток со сфинктерным типом недержания мочи изначально целью операции было не устранение недержания мочи, а устранение пролапса гениталий. Измерение уретровезикального угла было необходимо для определения положения уретры по отношению к лонной кости. По результатам полученных данных мы считали угол патологическим уже при 118 градусах. Патологическое изменение уретровезикального угла являлось, по нашему мнению, одним из наиболее важных признаков, свидетельствовавших о наличии патологии. В основной группе этот показатель был измененным в 100% случаев. В группе пациенток после восстановительной операции была произведена фиксация уретры, и, таким образом патологический уретровезикальный угол был исправлен. У пациенток, не имевших положительного эффекта от операции, угол оставался увеличенным. При помощи измерения активной и пассивной дислокации уретры относительно лонной кости определялся тип недержания мочи в основной группе пациенток, а также можно было оценить состояние поддерживающего аппарата уретры и мочевого пузыря.

У пациенток после восстановительной операции по пластике мышц тазового дна измерение активной и пассивной дислокации относительно лонной кости позво-

ляло оценить полученный результат. При измерении этих показателей мы пришли к следующему заключению, что у пациенток после пластики при положительном результате операции показатели активной и пассивной дислокации не превышали 6–7 мм, так как производилась фиксация уретры шовным материалом, который препятствовал смещению уретры. При операциях, не имевших положительного результата, уретра оставалась нефиксированной или недостаточно фиксированной, таким образом, происходило смещение уретры относительно лонной кости и увеличение активной и пассивной дислокации до 16–17 мм.

При сравнении исследуемых групп получены следующие данные: в контрольной группе уретроцеле отсутствовало в 100% случаев. В основной группе уретроцеле определялось в 100% случаев, в группе пациенток после восстановительной операции уретроцеле – в 6,6%.

Таким образом, наличие уретроцеле являлось значимым диагностическим критерием, и его появление всегда свидетельствовало о патологическом изменении стенки мочевого пузыря, а появление уретроцеле в послеоперационном периоде – о неудачно проведенной операции. Помимо основных, производилось измерение дополнительных показателей: расстояния от внутреннего сфинктера уретры до внутренней поверхности лонной кости и от наружного сфинктера уретры до наружной поверхности лонной кости, оказавшиеся информативными. С помощью этих показателей определялось местоположение уретры относительно лона.

В основной группе расстояния 1 и 2 увеличивались по сравнению с контрольной группой до 18–19 и 8–11 мм соответственно. В группе пациенток после восстановительной операции, не имеющих положительного эффекта, эти показатели не являлись информативными. Таким образом, мы пришли к заключению, что при операции не было возможно полностью восстановить нормальное положение уретры, расстояния 1 и 2 являлись слишком незначительными, и их восстановление технически не было возможным, поэтому в послеоперационном периоде эти расстояния можно не измерять.

В группе пациенток, не предъявляющих жалоб на недержание мочи и не имеющих отягощенных анамнезов жизни и забо-

левания (n=69), у 23,18% (n=16) были выявлены отклонения в некоторых показателях.

Как представлено в таблице 5, у 23,18% пациенток были выявлены отклонения в показателях уретровезикального угла, активной и пассивной дислокации уретры, внутреннего диаметра уретры, в расстоянии 2. Эти показатели, на основании данных статистической обработки, мы посчитали значимыми.

Таблица 5

Сравнительные показатели группы пациенток, не предъявляющих жалоб, и контрольной группы

Показатели	Группы	
	Без жалоб, с отклонениями в показателях, n=16	Контрольная, n=30
Уретровезикальный угол	120,062±9,249p=0,052	107,1±6,55
Дислокация уретры активная	9,321 мм±2,94p=0,001	5±3,638
Дислокация уретры пассивная	10,562 мм±3,638p<0,0005	4,714±3,418
Наружный диаметр уретры	11,25 мм±1,059p=0,112	10,03±0,75
Внутренний диаметр уретры	2,125 мм±1,331p<0,0005	0,228±0,645
Расстояние 1	18,125 мм±1,394p=0,066	16,71±2,926
Расстояние 2	7,071±3,872p=0,048	8,457±0,852

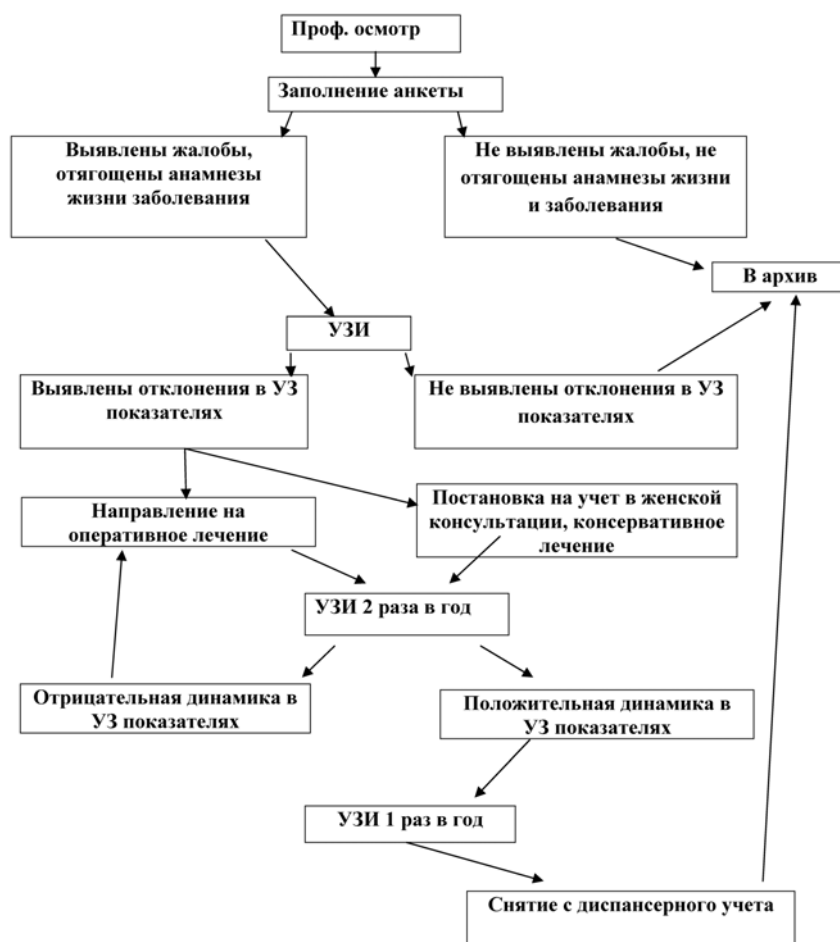


Рис. 1. Алгоритм выявления недержания мочи при напряжении

Таким образом, при измерении вышеперечисленных показателей можно выявлять патологические изменения УВК в доклиническую стадию заболевания при отсутствии жалоб на недержание мочи при напряжении.

Мы считаем, что для раннего выявления признаков НМТД целесообразно использовать порядок исследования, который был выработан в нашей работе. Обоснованно начинать исследование с анкетирования и использовать результаты анкетных данных для более тщательного выявления НМПН. Затем для исследования данной категории больных женщин необходимо использовать ультразвуковой метод, предпочтение отдавать трансвагинальному сканированию.

При проведении УЗИ целесообразно использовать разработанные цифровые данные ультразвуковых показателей (формы уретры, уретровезикального угла, активной и пассивной дислокации уретры относительно лонной кости, толщины уретры во внешнем и внутреннем диаметре), определять наличие уретроцеле. Помимо основных следует измерять дополнительные показатели: расстояние от внутреннего края лонной кости до внутреннего сфинктера уретры, расстояние от наружного края лонной кости до наружного сфинктера уретры. Как основные, так и дополнительные показатели являются наиболее точным отражением изменений, происходящих в мышцах тазового дна при их недостаточности [4, 7, 11].

В целом, логично представить порядок обследования женщин с подозрением или клинически манифестными жалобами на недержание мочи в виде следующего алгоритма (рис. 1): всем женщинам при прохождении ежегодного профилактического осмотра у гинеколога предлагается заполнение анкеты. При выявлении жалоб или отягощенных анамнезов жизни и заболевания – назначение УЗИ. При ультразвуковом исследовании наряду с выявлением основной патологии обязательно проведение прицельного скринингового обследования с измерением разработанных нами показателей для выявления НМПН. При отсутствии отклонений в показателях целесообразно направление женщины к участковому гинекологу с последующим наблюдением в первой диспансерной группе и проведением УЗИ один раз в год. При выявлении отклонений в показателях необходимо направление женщины к участковому гинекологу для постановки на учет. В зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания и отклонения в ультразвуковых показателях гинеколог назначает женщине терапевтическое лечение с постановкой на учет и последующим наблюдением в третьей диспансерной группе или направляет женщину на оперативное лечение в условиях стационара.

При диспансерном наблюдении необходимо проведение УЗИ с осуществлением мониторинга показателей. При положительной динамике следует осуществлять дальнейшее наблюдение во второй диспансерной группе один раз в год в течение трех лет, при положительной динамике возможно снятие с диспансерного учета. При отри-

цательной динамике в ультразвуковых показателях и клинических данных гинеколог совместно с женщиной принимает решение об оперативном лечении.

У женщин после оперативного лечения необходимо проведение УЗИ через три месяца после операции для контроля за адекватностью течения послеоперационного периода и выявления послеоперационных осложнений. В дальнейшем женщины проходят наблюдение в третьей диспансерной группе два раза в год в течение одного года с последующим переводом во вторую диспансерную группу и наблюдением один раз в год.

Литература

1. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия) : дис. ... докт. мед. наук. – М., 1998. – 305 с.
2. Бахаев В.В., Горин В.С. Выпадение половых органов у женщин: этиология и патогенез // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 7–10.
3. Бахаев В.В. и др. Рабочая классификация пролапса гениталий у женщин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LVIII, вып. 5. – С. 18–20.
4. Краснополянский В.И. и др. Возможности ультразвуковой визуализации анатомии и патологии тазового дна // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 5. – С. 64–68.
5. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – М., 2001. – С. 21–41.
6. Лоран О.Б. и др. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза : пособие для врачей. – М., 2006. – С. 44.
7. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1996. – 34 с.
8. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин. – М. : МедПрессИнформ, 2003. – 230 с.
9. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи при напряжении у женщин. – СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2000. – С. 136.
10. Gordon D., Luxman D., Sarig Y. et al. Harefuah. – 1999. – Vol. 136 (8). – P. 593–596.
11. Kohn I.J., Te A.E., Kaplan S.A. The role of urodynamics in evaluating patients with chronic prostatitis // Textbook of prostatitis. – 1999. – P. 227–232.

Поступила 28.10.2011

Сведения об авторах:

Макрушина Наталья Валерьевна, врач МЛПУ ГКБ № 1.

Адрес: 654041, г. Новокузнецк, пр. Бардина, 28.

E-mail: nikolai7619@yandex.ru.

Фастыковская Елена Дмитриевна, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики ГБОУ ДПО «НГИУВ» Минздравсоцразвития России.

Адрес: 654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5.