

А. Ю. Богдасаров, Д. В. Олейникова,
А. В. Демин, Е. В. Качурина, Л. Ю. Давидян

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МАТКЕ И ПРИДАТКАХ

Аннотация. На развитие уродинамических нарушений у гинекологических больных в послеоперационном периоде влияет состояние соматического и гинекологического здоровья, особенности репродуктивной функции и выбор метода хирургического вмешательства. При планировании оперативного лечения на органах малого таза необходимо выделять факторы относительного риска по развитию урогенитальных расстройств для своевременной коррекции возможных осложнений.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, профилактика урогенитальных расстройств.

Abstract. Somatic and gynecologic health, peculiarities of reproductive function and the choice of a surgical intervention method influences the development of urogenital derangements in gynecologic patients in the postoperative period. While planning operative treatment on pelvic organs, it is necessary to allocate factors of relative risk of urogenital derangements development for timely correction of possible complications.

Key words: stress incontinence, prevention of the urogenital derangements.

Введение

В настоящее время одной из актуальных проблем урологии и гинекологии является диагностика и лечение различных форм недержания мочи [1–4]. И хотя это заболевание не ведет к летальному исходу или серьезным нарушениям общего состояния здоровья, оно существенно снижает качество жизни больных и приводит пациентов к социальной изоляции [5–9].

Целью нашего исследования явилась разработка программы профилактики недержания мочи у женщин, перенесших оперативное вмешательство на органах малого таза.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе было исследовано 395 женщин в возрасте от 28 до 67 лет, поступивших на оперативное лечение. Из них у 148 (37,5 %) в послеоперационном периоде развилось недержание мочи (основная группа), у 247 (62,5 %) послеоперационный период протекал без особенностей (контрольная группа). На втором этапе с целью определения эффективности предложенных мероприятий разработанная программа была апробирована на 83 пациентках, также перенесших оперативное лечение на органах малого таза (группа сопоставления). Выделенная группа женщин была сопоставима с основной и контрольной группами по основным медико-социальным и возрастным параметрам, а также показаниям к оперативному лечению.

Для исключения уродинамических расстройств в предоперационном периоде изучалась общая характеристика больных до развития патологии.

Проведен медико-социальный анализ женщин, оценена менструальная и репродуктивная функции, рассмотрена соматическая и гинекологическая заболеваемость.

Методы анализа состояния мочевыделительной системы включали в себя: сбор анамнеза, урофлоуметрию, ретроградную водную цистометрию и профилометрию.

Результаты исследования и их обсуждение

Из анамнеза выявлено, что наиболее часто пациентки основной группы указывали на хронический бронхит, пиелонефрит и хронический цистит, сахарный диабет, расстройства питания. Из перенесенной гинекологической заболеваемости обращают на себя внимание воспалительные заболевания гениталий, опущение стенок влагалища, нейроэндокринные синдромы.

Объем оперативного вмешательства у женщин обеих групп определялся топическим диагнозом и наличием сопутствующей гинекологической патологии.

Надвлагалищная ампутация матки без придатков выполнялась у 48 ($32,4 \pm 3,8$ %) женщин основной и высоко достоверно чаще у 121 ($48,9 \pm 3,1$) пациентки контрольной группы ($p < 0,001$). Ампутация матки с удалением придатков была у 64 ($43,2 \pm 4,1$ %) и у 82 ($33,1 \pm 3,0$ %) пациенток соответственно ($p < 0,05$). Экстирпация матки выполнена у 29 женщин ($18,9 \pm 3,2$ %) в основной и у 28 ($11,3 \pm 2,0$ %) в контрольной группе ($p < 0,05$). Сразу укажем, что показаниями для расширения объема оперативного лечения была грубая посттравматическая деформация шейки матки, лейкоплакия и дисплазия шейки матки различных степеней. Экстирпация матки влагалищным доступом выполнялась примерно одинаково в обеих группах: у 7 ($4,7 \pm 1,7$ %) и 16 ($3,6 \pm 1,2$ %) ($p > 0,05$). У 39 ($26,3 \pm 3,6$ %) женщин основной и у 101 ($40,8 \pm 3,1$ %) в группе контроля оперативное лечение осуществлялось лапароскопическим доступом без отсепаровки мочевого пузыря. Выявлено, что у 31 ($20,9 \pm 3,3$ %) женщины основной и достоверно чаще у 76 ($30,7 \pm 2,9$ %) контрольной групп выполнялась нижнесрединная лапаротомия ($p < 0,05$). У 71 ($47,9 \pm 4,1$ %) в основной группе и высоко достоверно реже у 54 ($21,8 \pm 2,6$ %) женщин в контрольной группе выполнялся доступ по Пфененштилю ($p < 0,001$).

Определена прямая умеренная корреляционная зависимость между длиной разреза по Пфененштилю более 6 см и частотой развития инконтиненции у женщин ($r_{xy} = 0,65 \pm 0,141$ при $t_r = 4,6$).

Показанием к оперативному лечению служило преимущественно наличие опухоли (при этом размер матки превышал ее величину при 13-недельной беременности), при этом выявлена прямая умеренная корреляционная зависимость между размером опухоли и частотой развития недержания мочи в послеоперационном периоде ($r_{xy} = 0,55 \pm 0,131$ при $t_r = 4,19$) или ее сочетание с кровотечениями, приводящими к анемизации больной, с дегенеративными изменениями в отдельных узлах, с гиперпластическими процессами эндометрия, аденомиозом; или быстрый рост опухоли; или подслизистое, межсвязочное, шеечное или подбрюшинное расположение миоматозных узлов в сочетании с болевым синдромом или кровотечением, а также осложненное течение миомы матки, не поддающееся консервативному лечению.

Так, наиболее часто показанием к операции являлась миома матки с геморрагическим синдромом в 56 ($37,8 \pm 4,0$ %) в основной группе и высоко достоверно чаще у 139 ($56,2 \pm 3,1$ %) пациенток в контрольной группе ($p < 0,001$). Большой размер опухоли с нарушением функции соседних органов был показанием к операции у 45 ($30,4 \pm 3,7$ %) женщин основной группы и достоверно реже у 41 ($16,5 \pm 2,3$ %) женщин в контрольной группе ($p < 0,001$). Укажем, что у большинства из этих женщин наблюдалось шеечное или подбрюшинное расположение миоматозных узлов. Что создавало дополнительные технические трудности при оперативном лечении и вело к дополнительной травматизации тканей. Развитие болевого синдрома у больных с миомой матки при отсутствии эффекта от консервативной терапии было показанием к оперативному лечению у 13 ($8,7 \pm 2,3$ %) в основной группе и у 8 ($3,2 \pm 1,1$ %) женщин в контрольной группе. Быстрый рост опухоли, требующий оперативного вмешательства, выявлен у 18 ($12,1 \pm 2,6$ %) больных основной группы и у 47 ($19,0 \pm 2,5$ %) в контрольной группе ($p > 0,05$). Аденомиоз с выраженным спаечным процессом, сопровождающийся болевым и геморрагическим синдромом, был показанием к гистерэктомии у 16 ($10,8 \pm 2,5$ %) женщин основной группы и у 12 ($4,8 \pm 1,3$ %) контрольной группы ($p < 0,05$).

Выявлена прямая умеренная корреляционная зависимость между увеличением продолжительности выполнения операции более 1 ч частотой развития инконтиненции в послеоперационном периоде ($r_{xy} = 0,71 \pm 0,137$ при $t_r = 5,2$).

В послеоперационном периоде всем больным проводилась интенсивная терапия по общепринятым принципам: адекватное обезболивание и психофизическая коррекция, по показаниям – возмещение кровопотери, внутривенное введение растворов, обеспечивающих потребности организма в белках, электролитах и т.д.; проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений, продолжалась начатая в предоперационный период посиндромная терапия.

С целью профилактики септических осложнений интраоперационно и в послеоперационном периоде всем больным назначалась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия. Также в послеоперационном периоде проводилось восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. С целью стимуляции кишечника назначались прозерин и церукал через 8 ч. Применялось активное ведение раннего послеоперационного периода: на 2-е сутки больным разрешалось поворачиваться на бок, еще через 24 ч при отсутствии противопоказаний, разрешалось садиться и вставать, всем больным назначалась лечебная физкультура.

Длительность нахождения в стационаре женщин в послеоперационном периоде была различной и в среднем составила $9,9 \pm 1,4$ в основной группе и $8,2 \pm 1,3$ дня в контрольной группе ($p > 0,05$).

После выписки из стационара всем больным проводились реабилитационные мероприятия, направленные на создание наиболее благоприятного физиологического и психологического состояния и обеспечивающие достойное качество жизни больных.

Для определения неблагоприятных факторов развития инконтиненции нами на основании анамнестических данных изучены особенности менструальной функции у женщин основной и контрольной групп.

Анализ менструальной функции показал, что у большинства женщин как в основной, так и в контрольной группе возраст менархе соответствует среднероссийским показателям и в среднем составляет $13,9 \pm 0,3$ года в основной и $14,2 \pm 0,4$ года в контрольной группе соответственно, при этом достоверных различий в показателях изучаемого контингента женщин выявлено не было ($p > 0,05$).

Анамnestические данные свидетельствовали, что у подавляющего большинства женщин в основной и в контрольной группах нарушений становления менструальной функции не было, менструальный цикл установился практически сразу, менструации женщины расценивали как регулярные. Необходимо отметить, что выявленные показатели возраста менархе и становления менструальной функции подчеркивают репрезентативность выборки основной и контрольной групп, что очень важно для сравнительных выводов.

Учитывая, что в периодической литературе большое значение придается специфической функции, в частности числу родов и абортс как одному из факторов риска развития недержания мочи у женщин, мы также подробно проанализировали особенности репродуктивной функции у пациенток диспансерной группы.

На каждую женщину основной группы приходилось в среднем по $5,43 \pm 0,24$ беременности и высоко достоверно меньше у пациенток в контрольной группе $3,54 \pm 0,21$ ($p < 0,001$). Выявленная разница в частоте беременностей у пациенток основной группы достигалась большим числом медицинских абортов ($2,59 \pm 0,17$ на одну женщину) и поздних самопроизвольных выкидышей ($0,16 \pm 0,03$ на одну женщину), в контрольной группе их было достоверно меньше ($1,69 \pm 0,14$ и $0,08 \pm 0,01$ на одну женщину). При этом у 49 ($33,1 \pm 3,8$ %) в основной и у 16 ($6,1 \pm 3,5$ %) женщин в контрольной группах медицинских абортов было более 5 ($p < 0,001$).

Родов у женщин основной группы было достоверно больше, чем контроле – $1,92 \pm 0,02$ и $1,50 \pm 0,02$ на одну женщину соответственно ($p < 0,05$). Укажем, что у 46 ($31,1 \pm 3,8$ %) в основной и у 21 ($8,5 \pm 1,7$ %) женщин на каждую приходилось 3 и более родов. Выявлена прямая умеренная корреляционная зависимость между числом родов более 3 и частотой развития недержания мочи у женщин в послеоперационном периоде ($r_{xy} = 0,61 \pm 0,142$ при $t_r = 4,2$).

Значительный интерес представляло изучение родового травматизма в анамнезе. Так, у пациенток основной группы на одну женщину приходилось $1,16 \pm 0,03$ родовой травмы, в группе контроля только $0,58 \pm 0,03$ ($p < 0,001$).

У женщин, страдающих недержанием мочи в послеоперационном периоде, в анамнезе отмечено достоверно большее число разрывов шейки матки ($60,1 \pm 4,0$ %), разрывов влагалища ($25,6 \pm 3,6$ %) и промежности ($14,8 \pm 2,9$ %), в сравнении с группой контроля ($22,6 \pm 2,6$; $16,5 \pm 2,3$; $6,4 \pm 1,5$ % соответственно) ($p < 0,05$).

Согласно программе исследования нами была проведена оценка состояния мочевогоделительной системы у 395 женщин, перенесших радикальные операции на матке и придатках, из них у 148 из основной группы и 247 из группы контроля. Сразу укажем, что выявленные нарушения мочевогоделительной системы у пациенток контрольной группы носили эпизодический характер, были слабо выражены, не требовали проведения терапии и самостоятельно купировались к третьему месяцу послеоперационного периода.

При изучении жалоб у женщин диспансерной группы было выявлено, что наиболее часто выявлялось непроизвольное выделение мочи при физической нагрузке у 142 ($95,9 \pm 1,6$ %) женщин в основной, против 3 ($1,2 \pm 0,7$ %) в контрольной группе ($p < 0,001$). На учащенное мочеиспускание (более 8 раз в сутки), недержание мочи при половом сношении и недержание мочи в положении лежа указало 76 ($51,3 \pm 4,1$ %), 33 ($22,2 \pm 3,4$ %), 18 ($12,1 \pm 2,6$ %) женщин основной группы соответственно. У 59 ($39,8 \pm 4,0$ %) женщин в основной и у 2 ($0,8 \pm 0,5$ %) в контрольной группах наблюдались эпизоды неудержания мочи при сильном позыве ($p < 0,001$). У 39 ($26,3 \pm 3,6$ %) в основной и у 1 ($0,4 \pm 0,4$ %) в контрольной группах наблюдалось обострение состояния при употреблении алкоголя, раздражающей пищи ($p < 0,001$). Часть женщин отмечала ночное мочеиспускание 41 ($27,7 \pm 3,6$ %) и 2 ($0,8 \pm 0,5$ %) ($p < 0,001$).

При проведении урофлуометрии выявлено, что у пациенток основной группы происходило некоторое снижение времени мочеиспускания до $18,4 \pm 3,2$ с, в контроле $23,6 \pm 4,8$ с ($p > 0,05$). Возраста как максимальная объемная, так и средняя скорость мочеиспускания: $39,6 \pm 8,9$ и $20,4 \pm 5,1$ мл/с против $21,3 \pm 9,5$ и $10,3 \pm 5,3$ мл/с соответственно ($p < 0,001$). Происходило некоторое снижение времени достижения максимальной скорости: $5,9 \pm 0,8$ с и $7,4 \pm 0,9$ с ($p > 0,05$). Резко уменьшался суммарный объем мочеиспускания ($194 \pm 54,9$ мл) в основной и ($397 \pm 68,5$ мл) в контрольной группах ($p < 0,001$).

Проведенное в послеоперационном периоде ультразвукографическое исследование показало, что у 144 ($97,2 \pm 1,3$ %) женщин основной группы были выявлены выраженные изменения уретровезикального отношения, у 119 ($80,4 \pm 3,2$ %) – везикализация проксимального отдела уретры, у 68 ($45,9 \pm 4,1$ %) – снижение визуализации уретровлагинальной перегородки, у 85 ($57,4 \pm 4,1$ %) больных основной группы было выявлено цистоцеле ($p < 0,001$).

Проведенные уродинамические исследования показали, что у пациенток основной группы происходит достоверное уменьшение функциональной длины уретры (отрезок уретры, где уретральное давление выше давления в мочевом пузыре). У женщин основной группы она составила $17,5 \pm 4,5$ мм, в контроле $24,8 \pm 3,2$ мм ($p < 0,05$). При этом у пациенток основной группы повышалась максимальная скорость потока, составив в среднем $36,4 \pm 2,1$ мл/с, против $22,8 \pm 3,2$ мл/с в контрольной группе ($p < 0,001$). Что, в свою очередь, выразилось в снижении времени мочеиспускания ($16,4 \pm 0,7$ с) в основной и ($23,2 \pm 0,8$ с) в контрольной группах ($p < 0,001$). Время задержки (время от момента получения инструкции помочиться до начала мочевого выделения) не отличалось от результатов в контрольной группе и составило в среднем $7,2 \pm 1,8$ и $9,1 \pm 1,9$ с соответственно ($p > 0,05$).

Максимальный цистометрический объем (МЦОП) зависел от скорости наполнения, сенсорных нервных путей и функционирования детрузора. У пациенток из основной группы максимальный цистометрический объем составил $285,8 \pm 78,2$ мл, в контрольной достоверно выше – $452,9 \pm 81,4$ мл ($p < 0,05$). При этом разница между максимальным уретральным давлением и пузырным давлением была отрицательной у женщин основной группы и положительной у женщин группы контроля.

Выявлена обратная умеренная корреляционная зависимость между максимальным уретральным давлением и возрастом обследованных женщин ($r_{xy} = 0,47 \pm 0,089$ при $t_r = 5,2$).

Проведение функциональных проб позволило подтвердить факт недержания мочи и его связь с физическими нагрузками. Способность самопроизвольно прерывать акт мочеиспускания («стоп-тест») позволила судить о контрактильной способности поперечнополосатых мышц тазового дна, участвующих в образовании сфинктерной системы мочевого пузыря и уретры (m. bulbocavernosus, m. ischiocavernosus и m. levator ani).

Учитывая выраженные уродинамические изменения, развивающиеся в послеоперационном периоде, всем пациенткам основной группы проводилась коррекция выявленных изменений. Лечение проводилось по нескольким направлениям: поведенческая терапия, лечебная физкультура и медикаментозная коррекция.

Поведенческая терапия подразумевала изменение образа жизни, отказ от курения, снижение массы тела у больных с ожирением (вес у большинства пациенток превышает норму на 30 %), рациональное потребление жидкости, отказ от употребления алкоголя, кофе, регулярное опорожнение кишечника, лечение легочных заболеваний. Совместно с врачом-физиотерапевтом проводилась тренировка мочевого пузыря, которая заключалась в постепенном удлинении промежутков времени между мочеиспусканиями. Результатом явилось увеличение функциональной емкости мочевого пузыря. Мочеиспускание «по часам» позволило сократить количество теряемой мочи.

Лечебная физкультура (ЛФК), направленная на укрепление мышц промежности и тазового дна, являлась неотъемлемой частью комплексного лечения указанных форм недержания мочи. Мы использовали наиболее простой метод: пациентка зажимала теннисный мячик ногами на уровне верхней трети бедра и передвигалась «семенящими» шагами по 15 мин 3 раза в день в течение месяца. Эффект оценивался через 4 недели. Курс упражнений составлял не менее 6 месяцев.

Также проводилось физиотерапевтическое лечение в виде электростимуляции области расположения мочевого пузыря, при которой наблюдаются увеличение функциональной емкости, повышение тонуса сфинктеров за счет нормализации оксигенации тканей и обменных процессов, улучшение кровоснабжения мышц тазового дна. Курс терапии проводился длительно в течение 5–6 месяцев. Эффективность данного метода лечения составила 50–70 %.

Медикаментозное лечение включало в себя заместительную гормональную терапию, α -адреномиметики, антихолинэстеразные препараты, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

При недержании мочи на фоне наступившей посткастрационной менопаузы в ряде случаев успешно применялась заместительная гормональная терапия. К наиболее широко применяемым препаратам относили овестин, ливиял, климонорм.

Из адреномиметических препаратов применяется эфедрин (эфедрин), доза которого для взрослых составляет 25–50 мг 4 раза в сутки.

Из препаратов группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина применяется дулоксетин (дулоксетин, симбалта). Препарат назначался в однократной дозе 25 мг на ночь с последующим повышением каждый третий день на 25 мг до тех пор, пока пациенты не начинают удерживать мочу, либо до достижения дозы 150 мг.

Проведенное лечение позволило снизить частоту симптомов инконтиненции в послеоперационном периоде к 3-му месяцу до $55,4 \pm 4,1$ %, к 6-му

месяцу – до $23,6 \pm 3,5$ %, к 12-му месяцу послеоперационного периода – до $12,8 \pm 2,7$ %. При этом симптомы носили стойкий характер, не поддавались проводимой терапии и требовали хирургической коррекции.

Нами была проведена оценка значимости факторов риска в формировании инконтиненции, которая осуществлялась с помощью определения показателей относительного риска и границ его возможных колебаний – ОР (Сi).

Рассматривая соматическую патологию в зависимости от величины относительного риска и границы его возможных колебаний, было выявлено, что I место в основной группе принадлежит хроническому циститу (ОР = 5,85), II – хроническому пиелонефриту (ОР = 3,38), III – сахарному диабету (ОР = 3,00), IV – алиментарному ожирению (ОР = 2,07) и V место – хроническому бронхиту (ОР = 1,86).

При анализе гинекологической патологии выявлено, что I место в основной группе принадлежит нейроэндокринным синдромам (ОР = 14,9), II – выпадению матки и стенок влагалища (ОР = 5,74), III – патологии шейки матки (ОР = 5,14), IV – хроническим воспалениям гениталий (ОР = 1,68).

При изучении особенностей оперативного лечения в зависимости от величины относительного риска и границы его возможных колебаний выявлено, что среди факторов, формирующих в послеоперационном периоде инконтиненцию, I место в основной группе принадлежит оперативному доступу по Пфаненштилю (ОР = 3,3); II – миоме матки, сопровождающейся болевым синдромом (ОР = 2,88); III – аденомиозу (ОР = 2,37); IV – большим размерам опухоли со сдавлением соседних органов (ОР = 2,20); V – экстирпации матки чрезбрюшинным доступом (ОР = 1,91); VI – удалению придатков матки при ампутации (ОР = 1,53).

При рассмотрении особенностей репродуктивной функции в зависимости от величины относительного риска и границы его возможных колебаний выявлено, что I место в основной группе принадлежит пяти и более медицинским абортam (ОР = 7,15); II – разрывам шейки матки (ОР = 5,14); III – трем и более родам (ОР = 4,85); IV – разрывам промежности (ОР = 2,52); V – поздним самопроизвольным выкидышам (ОР = 2,08); VI – разрывам влагалища (ОР = 1,74).

Выделенные факторы риска и балльный расчет диагностического коэффициента (ДК) в плане формирования инконтиненции в послеоперационном периоде послужили основанием для создания табл. 1, позволяющей прогнозировать степень возможных нарушений.

Предложенная прогностическая таблица, основанная на факторах риска развития инконтиненции в послеоперационном периоде, позволила разработать программу профилактики недержания мочи у женщин, перенесших радикальные операции на органах малого таза.

Принципиальное отличие предложенной методики выделения факторов риска заключается в балльной оценке, которая позволяет формировать группы не по одному какому-либо фактору, а основана на учете комплекса достоверно информативных факторов риска, рассматриваемых и оцениваемых в различных сочетаниях.

При формировании программы профилактики уродинамических расстройств у гинекологических больных методологически важным является представление о том, что риск развития патологии значительно повышается при наличии сразу нескольких факторов, но реализация их в патологическое состояние может быть предупреждена устранением или ослаблением действия

хотя бы одного из них. Смысл профилактики, согласно этому положению, заключается в коррекции имеющихся факторов риска, основанных на современных представлениях о механизмах развития патологии. В состав комплекса, таким образом, должны войти меры первичной и вторичной профилактики.

Таблица 1

Дифференциальная информативность наиболее значимых факторов риска развития инконтиненции в послеоперационном периоде

Факторы	ДК	J	Балл
Хронический цистит	7,3	0,26	7
Хронический пиелонефрит	5,2	0,17	5
Сахарный диабет	3,8	0,31	4
Ожирение	2,7	0,11	3
Хронический бронхит	2,2	0,09	2
Хронические воспалительные заболевания	1,3	0,08	1
Опущение влагалища	6,3	0,75	6
Патология шейки матки	4,2	0,79	4
Посткастрационный синдром	9,5	1,80	9
Доступ по Пфаненштилю	3,4	0,44	3
Миома матки с болевым синдромом	4,3	0,11	4
Аденомиоз II–III степени	3,5	0,10	4
Большой размер опухоли с признаками сдавления соседних органов	2,6	0,18	3
Экстирпация матки	2,2	0,08	2
Ампутация матки с придатками	1,1	0,05	1
Более 5 аборт в анамнезе	7,3	0,99	7
Разрыв шейки матки в родах	4,2	0,79	4
3 родов и более	5,6	0,63	6
Разрыв промежности в родах	3,6	0,15	4
Поздний самопроизвольный выкидыш	2,8	0,10	3
Разрыв влагалища в родах	1,9	0,08	2

Примечание. До 30 баллов – низкая степень риска; от 31 до 60 баллов – средняя степень риска; от 61 балла и более – высокая степень риска.

Первичная профилактика – это комплекс мер, направленных на предупреждение самой возможности развития патологии:

1. В процессе проведения профилактических гинекологических осмотров необходимо выявлять женщин с опущением и выпадением половых органов, травматическими повреждениями органов репродуктивной системы для своевременного восстановления анатомических соотношений (восстановление мышц тазового дна, шейки матки в послеродовом периоде).

2. В предоперационном периоде: коррекция метаболических нарушений, выявление и лечение урогенитальных инфекций, устранение факторов, вызывающих повышение внутрибрюшного давления.

Вторичная профилактика – это выявление и лечение ранних форм патологии или предрасполагающих к ней состояний. Планирование оперативного вмешательства должно предусматривать адекватный доступ (лапароскопия) и органосохраняющую тактику.

Нами была проведена апробация представленной тактики ведения женщин с гинекологической патологией, имеющих показания к оперативно-

му лечению на органах малого таза. Выделенная группа женщин была сопоставима с основной и контрольной группами по основным медико-социальным и возрастным параметрам, а также показаниям к оперативному лечению.

Предложенная нами тактика при проведении радикальных операций на органах малого таза позволила снизить частоту развития недержания мочи в послеоперационном периоде в 2,6 раза.

Выводы

Таким образом, уродинамические расстройства у гинекологических больных, перенесших операции на органах малого таза, развиваются на фоне предшествующих расстройств соматического и гинекологического здоровья: хронический цистит (ОР = 5,85), пиелонефрит (ОР = 3,38), сахарный диабет (ОР = 3,00), а также нейроэндокринный синдром (ОР = 14,9), выпадение матки и стенок влагалища (ОР = 5,74), патология шейки матки (ОР = 5,14). При этом наибольшее прогностическое значение в развитии урогенитальных расстройств в послеоперационном периоде имеют такие факторы, как посткастрационный синдром (ДК = 9,5), хронический цистит (ДК = 7,3), отягощенный репродуктивный анамнез (ДК = 7,3) и опущение стенок влагалища (ДК = 6,3).

Программа профилактики уродинамических расстройств в послеоперационном периоде у гинекологических больных, включающая в себя мероприятия по коррекции и устранению факторов риска развития патологии, выбора метода и объема оперативного вмешательства, а также использование заместительной гормональной терапии у женщин, позволяет снизить частоту уродинамических нарушений в послеоперационном периоде в 2,6 раза.

Список литературы

1. **Адамян, Л. В.** Состояние мочевыделительной и эндокринной систем у больных доброкачественными опухолями матки и придатков / Л. В. Адамян, З. Р. Зурбабани, И. Т. Торганова, М. Л. Алексеева // *Акушерство и гинекология*. – 1984. – № 4. – С. 19–22.
2. **Краснопольский, В. И.** Диагностика типов недержания мочи у женщин при пролапсе гениталий / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, В. Д. Петрова // *Вестник российской ассоциации акушеров гинекологов*. – 1999. – № 3. – С. 24–28.
3. **Латыпов, А. С.** Реабилитация женщин, перенесших неотложную гистерэктомию при акушерской патологии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. С. Латыпов. – М., 1997. – 19 с.
4. **Amann, R.** Neural regulation of ureteric motility, in *Nervus Control of the Urogenital System* / R. Amann ; ed. C. A. Maggi. – Harwood, Chur, Switzerland, 1993. – P. 209–229.
5. **Балан, В. Е.** Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. Е. Балан. – М., 1998. – 48 с.
6. **Богдасаров, А. Ю.** Профилактика урогенитальных расстройств у женщин, перенесших радикальные операции на матке и придатках / А. Ю. Богдасаров, Д. В. Олейникова // *Морфологические ведомости*. – Вып. 2 (2). – Самара, 2010. – С. 64–66.
7. **Бессмертный, Б. С.** Статистические методы в эпидемиологии / Б. С. Бессмертный, М. Н. Ткачева. – М., 1991. – 241 с.
8. **Савицкий, Г. А.** Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии) / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2000. – С. 90–139.

9. **Felsen, D.** Jr. Renal hemodynamic and ureteral pressure changes in response to ureteral obstruction: the role of nitric oxide / D. Felsen et al. // J. Urol. – 2003. – V. 169, № 1. – P. 373–376.

Богдасаров Азат Юрьевич

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра хирургии, Институт медицины,
экологии и физической культуры,
Ульяновский государственный
университет

E-mail: azat-01@mail.ru

Олейникова Диана Валерьевна

кандидат медицинских наук, старший
преподаватель, кафедра последиplomного
образования и семейной медицины,
Институт медицины, экологии
и физической культуры, Ульяновский
государственный университет

E-mail: azat-01@mail.ru

Демин Александр Владимирович

аспирант, Институт медицины, экологии
и физической культуры, Ульяновский
государственный университет

E-mail: theone007@yandex.ru

Качурина Елена Владимировна

аспирант, Институт медицины, экологии
и физической культуры, Ульяновский
государственный университет

E-mail: theone007@yandex.ru

Давидян Лиана Юрьевна

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра последиplomного образования
и семейной медицины, Институт
медицины, экологии и физической
культуры, Ульяновский
государственный университет

E-mail: a.bogdasarov@mail.ru

Bogdasarov Azat Yuryevich

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of surgery, Institute of med-
icine, ecology and physical training,
Ulyanovsk State University

Oleynikova Diana Valeryevna

Candidate of medical sciences, senior
lecturer, sub-department of postgraduate
education and family medicine, Institute of
medicine, ecology and physical training,
Ulyanovsk State University

Dyomin Alexander Vladimirovich

Postgraduate student, Institute of medicine,
ecology and physical training, Ulyanovsk
State University

Kachurina Elena Vladimirovna

Postgraduate student, Institute of medicine,
ecology and physical training, Ulyanovsk
State University

Davidyan Liana Yuryevna

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of postgraduate education
and family medicine, Institute of medicine,
ecology and physical training, Ulyanovsk
State University

УДК 618.1-089.87

Богдасаров, А. Ю.

Урогенитальные расстройства у женщин после радикальных операций на матке и придатках / А. Ю. Богдасаров, Д. В. Олейникова, А. В. Демин, Е. В. Качурина, Л. Ю. Давидян // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 1 (17). – С. 56–65.