

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-04.1-07
УДК 618.3+618.7-06:616.62-008.222

Оцінювання чинників розвитку дисфункції тазового дна

Г. Є. Важова^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²НП «Київська міська клінічна лікарня № 6»

Мета дослідження: оцінювання чинників розвитку дисфункції тазового дна.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 100 пацієнток з пролапсом геніталій II–IV стадії за класифікацією POP-Q. Жінок було розподілено на 4 групи відповідно до скарг, наявності або відсутності порушення функції суміжних органів з пролапсом геніталій. У 1 групу включено 25 пацієнток з пролапсом геніталій без порушення функції суміжних органів. У 2 групу включено 25 пацієнток з пролапсом геніталій і порушенням функції сечового міхура. У 3 групу включено 25 пацієнток з пролапсом геніталій і порушенням функції прямої кишки. До 4 групи включено 25 пацієнток з пролапсом геніталій і порушенням функції як сечового міхура, так і прямої кишки.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи.

Результати. Провідними чинниками ризику для всіх типів порушень сечовипускання у жінок із пролапсом геніталій у постменопаузі є: наявність в анамнезі пологів через природні родові шляхи, $RR = 1,88$ (95% ДІ 1,4–2,31; $p=0,03$; індекс маси тіла більше 25 кг/м^2 , $RR = 1,88$ (95% ДІ 1,4–2,31; $p=0,031$); тривалість постменопаузи більше 6 років, $RR = 4,5$ (95% ДІ 1,7–10,0; $p=0,01$); наявність вульвовагінальної атрофії ($RR = 1,32$ (95% ДІ 1,02–1,5; $p=0,01$)); поява періодичних симптомів захворювання до настання менопаузи, $RR = 1,05$ (95% ДІ 1,02–1,32; $p<0,05$); екстрагенітальні захворювання, особливо бронхолегеневі, $RR 1,08$ (95% ДІ 1,03–1,34; $p<0,02$).

Висновки. Отримані нами результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: генітальний пролапс, дисфункція тазового дна, чинники ризику, нетримання сечі.

Останніми роками частота операцій з приводу пролапсу геніталій – pelvic organ prolaps (POP) – неухильно зростає [1, 2]. З усіх оперативних втручань, що проводяться, в гінекологічній практиці на корекцію пролапсу геніталій (ПГ) припадає понад третина [3, 4]. Крім того, унаслідок зміни демографічної ситуації можна чекати постійного збільшення числа пацієнток з дисфункцією тазового дна, оскільки жінки літнього і старечого віку є найбільшим сегментом населення [5, 6]. Світові дані свідчать, що протягом життя приблизно одна з десяти жінок оперується з приводу ПГ, причому в третині випадків потрібні повторні втручання [7, 8].

За даними зарубіжних авторів, 50% жінок мають клінічні форми ПГ, але лише 10–20% з них звертаються по медичну допомогу [9, 10]. Опущення передньої стінки

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

піхви є захворюванням, що діагностується частіше, ніж опущення задньої стінки піхви та апікальний пролапс. Частота цистоцеле становить 9 на 100 жінок, ректоцеле – 6 на 100 жінок, апікального пролапсу – 1,5 на 100 жінок [11, 12]. Особлива проблема становить випадання куполу піхви після гістеректомії. Його мають від 6% до 12% пацієнток із пролапсом [13, 14].

Дисфункція тазового дна – поєднана проблема: 73% пацієнток із пролапсом повідомляють про нетримання сечі, 86% – про імперативні позиви, 34–62% – про дисфункції випорожнення сечового міхура і 31% – про фекальне нетримання [15, 16].

Оцінювання пацієнтів з ПГ вимагає всебічного вивчення повного спектра симптомів тазового дна і насамперед – оцінки якості їх життя [17, 18]. Зважаючи на постійний розвиток хірургічної техніки і впровадження нових малоінвазивних і сітчастих технологій, частота рецидивів ПГ трохи знизилась – з 33% до 29,2% [19, 20], проте виникли нові важкі ускладнення, пов'язані зокрема із застосуванням сітчастих протезів.

Мета дослідження: оцінювання чинників розвитку дисфункції тазового дна.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим спостереженням перебували 100 пацієнток із ПГ II–IV стадії за класифікацією POP-Q [1, 2], яких було розподілено на 4 групи відповідно до скарг, наявності або відсутності порушення функції суміжних органів у пацієнток з ПГ:

- 1 група – 25 пацієнток з ПГ без порушення функції суміжних органів;
- 2 група – 25 пацієнток з ПГ та порушенням функції сечового міхура;
- 3 група – 25 пацієнток з ПГ та порушенням функції прямої кишки;
- 4 група – 25 пацієнток з ПГ з порушенням функції як сечового міхура, так і прямої кишки.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати опитування та анкетування жінок продемонстрували, що різні види порушень сечовипускання були у кожній третій із включених у дослідження пацієнток (68,0%). Така висока частота поєднаної патології відзначена в багатьох вітчизняних і зарубіжних дослідженнях [3, 4]. Практично завжди ПГ поєднується з порушенням функції тазових органів. Частота поєднання пролапсу із стресовим нетриманням сечі може перевищувати 80% [5, 6].

За даними низки авторів [7, 8], 73% пацієнток з ПГ повідомляють про нетримання сечі (НС), 86% – про імперативні позиви, 62% – про порушення спорожнення сечового міхура і 31% – фекальному нетриманні [9, 10]. Часто діагностується і сексуальна дисфункція [11, 12].

При аналізі вікового розподілу пацієнток з різними типами порушень сечовипускання достовірних відмінностей виявлено не було.

Аналізуючи скарги пацієнток, можна дійти висновку про те, що практично однаково зустрічається стресова інконтиненція і симптоми гіперактивного сечового міхура (ГСМ) (рис. 1).

У 45 (45,0%) пацієнток 2 і 4 груп одночасно визначалися симптоми ГСМ і стресового НС. Проте у 70,0% домінували ургентні симптоми, а в 30,0% – симптоми НС при напруженні. Тобто, стресове НС у «чистому» вигляді в обстежених хворих фіксували у 35,0% пацієнток, а ізольований ГСМ – у 22,0% відповідно.

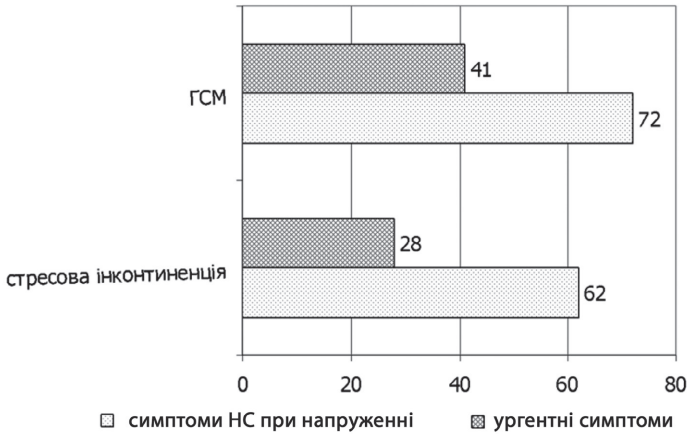


Рис. 1. Структура порушень сечовипускання у пацієнток з дисфункцією тазового дна (%)

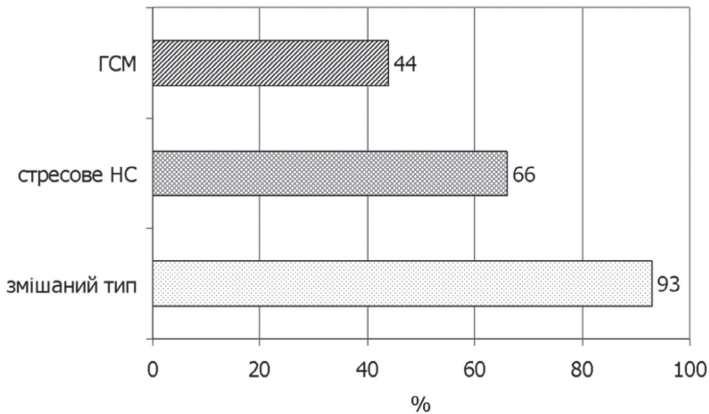


Рис. 2. Частота зустрічання змішаного НС при дисфункції тазового дна (%)

Співвідношення між симптомами ГСМ і НС при напруженні при змішаному НС набагато складніше, ніж прийнято вважати, а патогенез – далекий від повного розуміння [13, 14]. Сьогодні використовують терміни «змішане НС з переважанням стресового компонента» і «змішане НС з переважанням ургентного компонента» [15, 16]. Проте оцінка переважання ургентного або стресового компонента до цього моменту не стандартизована [17, 18].

Отже, серед пацієнтів з ПГ зустрічаються всі види НС, але домінує ($p < 0,05$) змішане.

Автори багаточисельних досліджень намагаються розглянути і систематизувати загальні чинники ризику розвитку дисфункції тазового дна [19, 20].

Найповнішою сьогодні слід визнати класифікацію чинників ризику за розвитком НС, розроблену низкою авторів [1, 2]. У цій класифікації виділяють сприяючі, провокуючі і сприятливі чинники.

Сприяючі чинники:

- стать хворої;
- генетичний чинник;
- расовий чинник;
- культурологічні особливості;
- неврологічний чинник;
- анатомічний чинник;
- стан сполучної тканини (колагеновий статус).

Провокуючі чинники:

- вагітність, пологи;
- хірургічні втручання;
- ушкодження тазових нервів або м'язів;
- радіація.

Сприяючи чинники:

- розлади кишечника;
- дратівна дієта;
- рівень активності;
- надмірна маса тіла хворої;
- менопауза;
- інфекції;
- вживання медикаментів.
- бронхолегеневі захворювання;
- психічний статус.

Згідно з наведеною класифікацією, вагітність і пологи відносять до основних чинників, що провокують розвиток НС, проте цей самий чинник ризику є найважливішим і в розвитку ПГ.

Отже, причини розвитку НС при пролапсі тазових органів різноманітні. Але безперечним є той факт, що в більшості випадків страждають народжуючі жінки.

Оскільки пусковим чинником у розвитку ПГ і НС є пологи і вживані акушерські посібники, особлива увага приділялася аналізу передуючих пологів. У процесі ретельного аналізу клініко-анамнестичних даних, виявлялися особливості репродуктивної функції, кількості пологів і способу розродження у жінок з порушеннями сечовипускання у поєднанні з ПГ.

Характер розродження у хворих з ПГ і різними формами НС.

Лише у 2,0% пацієток зі всіх груп в анамнезі не було пологів, в 1,0% хворих в анамнезі були два абдомінальні розродження. Останні 52,0% пацієток були такими, що багато народжували. При цьому кількість пологів у всіх групах була зіставна. Пологи через природні пологові шляхи відбулися у 97,0% пацієток, з них у 34,0% були одні пологи, у 47,0% – двоє пологів, у 23,0% – троє і більше. Стрімкі пологи відзначено у 12,0% хворих, травматичні пологи (з розривом промежини) – у 35,0% пацієток, пологи крупним плодом – у 19,0% хворих, багатоплідні пологи – у 2,0% хворих, кесарів розтин за різними показаннями проведено 15,0% пацієток, епізіотомію – 47,0%. Середня маса тіла новонароджених у пацієток з ПГ становила 3446,3±310,9 г.

Хворі з поєднаною патологією достовірно частіше мали пологи через природні пологові шляхи ($p=0,02$), Встановлено підвищення ризику розвитку захворювання у жінок, що мають пологи через природні пологові шляхи в анамнезі [$RR = 1,88$ (95% ДІ: 1,4–2,31; $p=0,03$)]. Виявлено, що показник RR збільшувався з підвищенням числа пологів через природні родові дороги від 1,7 до 2,1, тобто практично в 1,5 раза.

Порушення жирового обміну відіграє важливу роль у розвитку як ПГ, так і різних видів НС, що ще раз свідчить про єдині патогенетичні механізми цього захворювання. У нашому дослідженні ожиріння відзначено у 43,0% пацієнток з ПГ і НС, з надмірною масою тіла (ІМТ 25–29,9) – у 37,0%, тобто в кожній третій пацієнтки виявлено порушення жирового обміну різного ступеня вираженості.

Середній ІМТ пацієнток 2 і 4 груп був зівставний і становив $28,4 \pm 2,4$ кг/м². Оцінка чинника відносного ризику порушень сечовипускання продемонструвала його підвищення у жінок з величиною ІМТ більше 25 кг/м², [$RR = 1,69$ (95% ДІ: 1,07–2,23; $p=0,04$)], що збігається з даними інших авторів [3, 4].

Отже, закономірний розвиток метаболічних порушень, включаючи збільшення ІМТ, особливо в період пери- і постменопаузи, може негативно впливати на генез ПГ, поєднаного з НС. Взаємозв'язок розвитку симптомів порушень сечовипускання і високою масою тіла, частково обумовлено несприятливою дією підвищеного внутрішньочеревного тиску на нижні відділи сечового тракту, особливо за наявності атрофічних змін в уrogenітальному тракті.

У 47,0% пацієнток перебіг основного захворювання посилювався наявністю вираженої клінічно значущої соматичної патології, зокрема серцево-судинної системи, захворюваннями травного тракту, ендокринною патологією. Отримані дані були ідентичні у всіх досліджуваних групах. Такі прояви хронічних захворювань, як закрепи (у 22,0% пацієнток з патологією травного тракту) і кашель (у 8,0% пацієнток з хронічною бронхолегеневою патологією) спричинюють підвищення внутрішньочеревного тиску, що за вже наявної патології підвищуючого і фіксуємого зв'язкового апарату малого таза може призводити до розвитку і прогресу як ПГ, так і НС, особливо стресового.

Відомо, що 33,0% обстежених жінок періодично пред'являли скарги, починаючи з репродуктивного періоду, особливо під час вагітності, в післяпологовому періоді і під час захворювань бронхолегеневої системи, відзначали посилювання симптомів у період постменопаузи. Кореляційний аналіз виявив пряму помірну залежність між наявністю симптомів порушень сечовипускання до настання менопаузи і такими у постменопаузі ($r=0,71$; $p=0,04$).

Практично у всіх жінок у постменопаузі (80,0%) наголошувалися прояви вульвовагінальної атрофії – генітоурінарного синдрому, ступінь якого визначали як за характерними скаргами (сухість і дискомфорт у піхві, диспареунія), так і за допомогою ІВЗ [5, 6].

Серед усіх пацієнток у постменопаузі у 20,0% ступінь атрофії відповідав 1 балу (вищий ступінь атрофії), у 42,0% хворих був вищий ступінь вагінальної атрофії (2 бала), у 38,0% ступінь атрофії визначали як помірний. Легкий ступінь атрофії виявлено лише у 2,0% пацієнток.

Використання кореляційного аналізу дозволило виявити виражений взаємозв'язок між наявністю симптомів вульвовагінальної атрофії і порушеннями сечовипускання ($r=1,0$; $p=0,02$).

Результати проведеного аналізу свідчать, що провідними чинниками ризику для всіх типів порушень сечовипускання у жінок з ПГ в постменопаузі є:

- наявність в анамнезі пологів через природні пологові шляхи, $RR = 1,88$ (95% ДІ 1,4–2,31; $p=0,03$);

- величина ІМТ більше 25 кг/м², RR = 1,88 (95% ДІ 1,4–2,31; p=0,031);
- тривалість постменопаузи більше 6 років, RR = 4,5 (95% ДІ 1,7–10,0; p=0,01);
- наявність вульвовагінальної атрофії (RR = 1,32 (95% ДІ 1,02–1,5; p=0,01);
- поява періодичних симптомів захворювання до настання менопаузи, RR = 1,05 (95% ДІ 1,02–1,32; p<0,05);
- екстрагенітальні захворювання, особливо бронхолегеневі, RR 1,08 (95% ДІ 1,03–1,34; p<0,02), що співпадає з результатами проведених раніше досліджень.

ВИСНОВКИ

Отримані результати дослідження необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Estimation of factors of development of disfunction of pelvic floor H. E. Vazhova

The objective: to conduct estimation of factors of development of disfunction of pelvic floor.

Materials and methods. Under our supervision there were 100 patients with pelvic organ prolaps of II-IV of the stage for classifications of POP-Q, which were up-diffused on 4 groups in accordance with complaints, presence or absence of dysfunction of contiguous organs for patients with pelvic organ prolaps. In a 1 group 25 patients are plugged with pelvic organ prolaps without the dysfunction of contiguous organs. In 2 groups 25 patients are plugged with pelvic organ prolaps by the dysfunction of bladder. In 3 groups 25 patients are plugged with pelvic organ prolaps by the dysfunction of rectum. 4 groups were made by 25 patients with pelvic organ prolaps by the dysfunction of both bladder and rectum. Clinical, instrumental, laboratory and statistical methods were plugged in the complex of the conducted researches.

Results. By the leading factors of risk for all types of urination for women with pelvic organ prolaps in postmenopause is: presence in anamnesis of births through natural birth caanal, RR = 1,88 (95% confidence interval (CI) 1,4–2,31; p=0,03; body mass index of more than 25 kg/m², RR = 1,88 (95% CI 1,4–2,31; p=0,031); duration of postmenopause more than 6 years, RR = 4,5 (95% CI 1,7–10,0; p=0,01); presence of vulvovaginal atrophy (RR = 1,32 (95% CI 1,02–1,5; p=0,01); appearance of periodic symptoms of disease to the offensive of menopause, RR = 1,05 (95% CI 1,02–1,32; p<0,05); extragenital diseases, especially broncopulmonary, RR 1,08 (95% CI 1,03–1,34; p<0,02)

Conclusions. It is got by us results it is necessary to take into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: pelvic organ prolaps, disfunction of pelvic floor, factors of risk, incontinence of urine.

Відомості про автора

Важова Ганна Євгенівна – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (097) 964-97-33. E-mail: a.e.vazhova@gmail.com
ORCID: 0009-0003-2430-1166

Information about the author

Vazhova Hanna E. – graduate student department of obstetric, gynecology and perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kiev; tel.: (097) 964-97-33. E-mail: a.e.vazhova@gmail.com
ORCID: 0009-0003-2430-1166

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Barber MD, Maher C. Apical prolapse. *Int Urogynecol*. 2021;34:1815–33.
2. Baud D, Meyer S, Vial Y, Hohlfield P, Achdari C. Pelvic floor dysfunction 6 years post-anal sphincter tear at the time of vaginal delivery. *Int Urogynecol*. 2021;32(9):1127–34.
3. Bo K, Fleten C, Nystad W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. *Obstet Gynecol*. 2019;126(6):1279–84.
4. Boroumandfar K, Rahmati MG, Farajzadegan Z, Hoseini H. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. *Iran J Nurs Mid Res*. 2020;25(4):220–3.
5. Borstad E, Abdelnoor M, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. *Int Urogynecol*. 2019;31:179–86.
6. Bortolini MA, Drutz HP, Lovatsis D, Alarab M. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *Int Urogynecol*. 2020;31(8):1025–30.
7. Bucknor A, Egeler SA, Chen AD, Chattha A, Kamali P, Brownstein G, et al. National Mortality Rates After Outpatient Cosmetic Surgery and Low Rates of Perioperative Deep Vein Thrombosis Screening and Prophylaxis. *Plast Reconstruct Surg*. 2018;142(1):90–8.
8. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart E, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020 18 November. [Internet]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004010.pub4>
9. Campagna G, Panico G, Vacca L, Caramazza D, Gallucci V, Rumolo V, et al. Laparoscopic sacral colpopexy for pelvic organ prolapse recurrence after transvaginal mesh surgery. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;248:222–6.
10. Chaliha C. Postpartum pelvic floor trauma. *Cur Opin Obstet Gynecol*. 2019;31(6):474–9.
11. Chanterreau P, Brieu M, Kammal M. Mechanical properties of pelvic soft tissue of young women and impact of aging. *Int Urogynecol*. 2019;30:1–7.
12. Chen B, Wen Y, Wang H, Polan ML. Differences in estrogen modulation of tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1 and matrix metalloproteinase-1 expression in cultured fibroblasts from continent and incontinent women. *Am Obstet Gynecol*. 2013;199(1):59–65.
13. Chow D, Rodriguez LV. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol*. 2013;23(4):293–8.
14. Connell KA, Guess MK, Chen H. HOXA11 is critical for development and maintenance of uterosacral ligaments and deficient in pelvic prolapse. *Clin Invest*. 2018;128(3):1050–5.
15. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS. Rationale for the study methods and design of the epidemiology of lower urinary tract symptoms (EpiLUTS) study. *BJU Int*. 2019;114(3):348–51.
16. Crepin G, Cosson M, Lucot JP. Genital prolapse in young women: a topical issue. *Acad Natl Med*. 2017;197(4-5):827–36.
17. Davidson ERW, Thomas TN, Lampert EJ. Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolpopexy does not affect postoperative outcomes. *Int Urogynecol*. 2019;30(4):649–55.
18. Demirci F, Ozdemir I, Somunkiran A. Perioperative complications in abdominal sacrocolpopexy and vaginal sacrospinous ligament fixation procedures. *Int Urogynecol*. 2020;11:29–33.
19. Demirci F., Ozdemir I., Somunkiran A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: results of 20 cases. *Reprod Med*. 2016;61(7):539–43.
20. Denman M.F., Gregory T., Boyles S.H., et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 2018;125(1):555–6.