

# Çanaq dibi xəstəlikləri və uroloji inkontinensiyanın müalicəsi

Quliyeva K.D.

Bakı şəhəri, 3 saylı doğum evi, Bakı, Azərbaycan

**Açar sözlər:** çanaq dibi, uroloji inkontinensiya, prolaps

Qadın çanağının xüsusiyyətləri yanaşı orqanların anatomiya və fiziologiyası ilə sıx qarşılıqlı əlaqədə olduğundan istənilən dəyişikliklər bütün sistemin funksiyasının pozğunluqlarına gətirib çıxarır. İlk növbədə bu, uşaqlıq yolu və uşaqlığın sallanması və düşməsinə, sidik ixracı pozulmalarına aiddir. Xəstəlik daha çox reproduktiv yaşda başlayır, progressiv xarakter daşıyır, proses davam etdikcə anatomik və funksional pozğunluqlar dərinləşir, əmək qabiliyyətinin hissəvi və ya tam pozulması baş verir. Cinsi orqanların prolapsı ginekoloji xəstəliklərin strukturunda 28-38,9%, ginekoloji əməliyyatların 15%-ni təşkil edir (2,18,23,30). Avropa və ABŞ-n statistik məlumatlarına görə 40-60 yaşlı qadınların 45%-də bu və ya digər dərəcədə sidinin qeyri iradi ixracı baş verir (5,24,28). Uşaqlıq yolu və uşaqlığın sallanması və düşmələri ilə sidik ixracının pozulması 50-84% halda olur (19,24,27). Kiçik çanaq orqanlarının anatomo-funksional dəyişiklikləri tibbi problem olmaqla yanaşı qadının həyat keyfiyyətinin pozulmasına səbəb ola bilər. Çanaq dibi xəstəlikləri ilə uroloji xəstəliklərin birlikdə rastlaşmasının yüksək faizi (85,5%), patoloji prosesin cavanlaşması problemin çoxəhatəli olmasını və tibbi sferadan kənara çıxmasını sübut edir (8,14,17,21,25).

Çanaq dibi xəstəliklərinin patogenezdəki evalyusiyanın dəyişiklikləri ilə yanaşı xəstəliklərin aparılması taktikası da dəyişmişdir. Hal hazırda uşaqlıq yolu divarlarının sallanmasına pubovesikal və rektovaginal arakəsmələrin defekti və onların çanaq divarlarından qopması kimi baxılır (1,9,11,23). Birləşdirici toxumanın displaziyası reproduktiv dövrdə xəstəliyin inkişafının səbəblərindən biri kimi götürülür. Birləşdirici toxumanın anadangəlmə anomaliyası kollagenin quruluş pozulmaları və ya onun möhkəmliyinin azalması ilə əlaqədardır. Kollagen defektləri ətraf mühit faktorlarının təsiri və irsiyyət ilə əlaqəli ola bilər. Çanaqdaxili fassiya daimi mexaniki təsirlərə, maddələr mübadiləsi, hormonal və nevroloji aktivliklərə reaksiya ve-

rir. Cinsi orqanların sallanması və düşməsi sidik saxlamazlıq ilə birgə proseslərin etiologiyasında kollagenin rolunun müəyyənləşdirilməsi aktual problemdir (5,7,11,23).

Çanaq dibi xəstəliklərinin əsas etioloji faktorlarına aiddir: çanaq dibi əzələlərinin zədələnməsi, aralığın dərin cırıqları, doğuşda cərrahi müdaxilə (məşaların qoyulması, dölün şanaq ucundan ixracı), sidik-cinsiyyət diafraqmasının innervasiya pozulmaları (yayılmış skleroz, çanaq nahiyəsinin anadangəlmə qüsurları, birləşdirici toxuma xəstəlikləri).

Çoxsaylı tədqiqatlara əsasən risk faktorlarına aşağıdakılar aid edilir: anamnezdə çoxsaylı doğuşlar, ahıl yaş, qarındaxili təzyiqin artması və s. (11, 14, 24, 27).

Cinsi orqanların prolapsı sidik saxlamazlıq ilə birlikdə təbabətin aktual problemi olmaqla yanaşı qadının əmək qabiliyyətinin və həyat keyfiyyətinin pozulmasına gətirib çıxaran və sosioloji əhəmiyyət kəsb edərək müalicə prinsiplərinin yaxşılaşdırılmasını tələb edir.

Bu məqsədlə 20 qadın tədqiq olunmuşdur.

İlkin tədqiqat anamnezin əhatəli toplanmasından və ginekoloji baxışdan ibarət olmuşdur. Şikayətlərin qiymətləndirilməsində aşağıdakılara diqqət yetirilmişdir: xəstəliyin başlanma müddəti, həyat keyfiyyətinə təsiri, ailə anamnezi, dərman maddələrinin qəbulu, doğuşun sayı, yanaşı ginekoloji xəstəliklər, nefroloji xəstəliklər, keçirilmiş əməliyyatlar, öskürək, asqırmada sidik saxlamazlıq, sidik ixracına tez-tez çağırış, sutka ərzində sidik ixracının ritmi və tezliyi, qarının aşağı hissəsində ağrılar və ağırlıq hissi, aralıqda yad cisim hissiyatının olması.

Ginekoloji kresloda baxış funksional sınaqlarla birgə aparılmışdır ki, bu da ilkin diaqnoz qoymağa və sonrakı taktikanı müəyyənləşdirməyə imkan vermişdir. Baxış xarici cinsiyyət üzvlərindən və vestibulyar nahiyədən başlayır. xəstədə atrofik dəyişikliklər müəyyən edilmişdir ki, bu da estrogen hormonun çatışmazlığını göstərməklə yanaşı, uretranın tonusunun azalmasına və qapayıcı aparatın pozulmasının göstiricisidir.

Sonrakı baxışda aşağıdakılar qiymətləndirilmişdir: uşaqlıq yolunun ölçüsü- 1) böyüməyib-4 xəstə (20%), 2) böyümüşdür-8 (40%) xəstə, 3) cox böyümüşdür-8 (40%) xəstə, selikli qişanın vəziyyəti: hiperemik-7 (35%) xəstə, hipertrofik-13(65%) xəstə, çarıq dəyişiklik –5 (25%) xəstə, sistosele-2 (10%) xəstə, uretrosele-6(30%) xəstə, ureta və sidik kisəsi boynunun vəziyyəti:1) dəyişib-14 (70%) xəstə, dəyişməyib- 6 (30%) xəstə, uşaqlıq boynunun düşməsi-6 (30%) xəstə, uşaqlığın düşməsi-2(10%) xəstə, uşaqlıq yolunun sallanması – 12 (60%)xəstə.

Bütün xəstələrdə bimanual müayinə aparılaraq paravezikal sahə qiymətləndirilmişdir. Uşaqlıq və sidikliyin hərəkətliliyi: var- 10 (50%) xəstə, yoxdur-10 (50%) xəstə. Bonni testi aparılmışdır: müsbət –18 (90%) xəstə, mənfi- 2 (10%) xəstə. Konus test: 10-20q-2 (10%) xəstə, 30-40q-6 (30%) xəstə, 50-60q- 8 (40%) xəstə, 70-80q –4 (20%) xəstə. Valsalva sınağı: müsbət-2 (10%) xəstə, mənfi-18(90%) xəstə.

Cinsi orqanların prolapsı və sidik inkontensansı olan qadınlarda müalicə metodlarının seçilməsi indiyə qədər problem olaraq qalır.

Bir sıra faktorlarla əlaqəlidir: cinsi orqanların sallanma dərəcəsi, uşaqlıqdoğma və menstrual funksiyanın saxlama imkanları, sidikliyin, uretranın, düz bağırsağın funksiya pozulmalarının xüsusiyyətləri, yanaşı ekstragenital xəstəliklər, cərrahi müdaxilənin risk dərəcəsi.

Birgə patologiyanın cərrahi müalicəsi nəticələrində olan müvəffəqiyyətlərə baxmayaraq, 9-30% halda sidik saxlamamazlıq aradan götürülmür, 33-61,5% % halda isə prolapsın residivləşməsi baş verir (7,15,19). Bu da yeni müalicə metodlarının tətbiq olunmasını tələb edir.

20 qadın müvafiq əməliyyatözü hazırlıq keçdikdən sonra əməliyyat olunmuşdur. 18 (90%) xəstədə puborektal plastika TOT əməliyyatı ilə, 2 (10%) xəstədə puborektal plastika pubovesikal arakəsmənin bərpası ilə icra olunmuşdur.

Beləliklə, sidik saxlamamazlıq və cinsi orqanların prolapsının birlikdə rast gəldiyi proseslərin patogenetik aspektlərin öyrənilməsi aktualdır, tədqiqatların aparılmasını, müalicəsində yeni, effektiv metodların işlənilib hazırlanmasını tələb edir.

## Ədəbiyyat:

1. Абдуризаев А.А., Мин А.В. ЭффективностьTVT-О при стрессовом недержании мочи у женщин. // I съезд белорусской ассоциации урологов, Минск, 2008. –С. 72-73.
2. Аполихина И.А., Ибинаева И.С., Саидова А.С., Железнякова А.И. Особенности тактики ведения женщин с недержанием мочи в амбулаторно-поликлинических условиях // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – Москва. – 2008. – С. 305-306.
3. Атанесян Э.А., Хачатурова М.Д., Акопова С.Д. Профилактика и лечение недержания мочи у женщин с гипоэстрогенией медикаментозного характера // Акушерство и гинекология. – 2008. – №1. – С. 60-63.
4. Балан В.Е., Сметник В.Е., Балан П.В., Тихомирова Е.В., Ермакова Е.И., Рябинкина И.Н. Применение поведенческой терапии при различных видах недержания мочи // Акушерство и гинекология. – 2006– №6. – С. 64-67.
5. Нечипоренко Н.А., Егорова Т.Ю., Юцевич Т.Ю. Синтетические протезы в хирургическом лечении женщин с выпадением половых органов // Акуш. и гин. – 2009. – №2. – С. 64-67.
6. Дивакова Т.С., Мастыков А.Н. Оперативное лечение больных со стрессовым недержанием мочи и опущением передней стенки влагалища // Безопасное материнство в XXI веке. Материалы VIII съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. – Витебск: ВГМУ, 2007. – С. 94-96.
7. Мицкевич Е.А., Мастыков А.Н. Этиопатогенетические аспекты выпадения внутренних половых органов и стрессового недержания мочи у женщин // Актуальные вопросы современной медицины и фармации. Материалы 61 итоговой научно-практической конференции студентов и молодых учен– Витебск. – ВГМУ. – 2009. – С. 415-416.
8. Строчкий А.В., Рябчевский А.Н. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин // I съезд белорусской ассоциации урологов, Минск, 2008. – С. 312-313.
9. Комяков Б.К., Линде В.А., Носкова А.В., Стецки О.М. Травмы мочевыводящих путей в акушерскогинекологической хирургии и возможности их профилактики // Акуш. и гин. – 2009. – №1. – С. 18-20.

10. Кузьмин И.В. Патогенез, клиническое течение и лечение гиперактивности мочевого пузыря: Автореф.дис. ... докт. мед. наук. – С.-Пб. – 2007.
11. Горбенко О.Ю. Новые подходы к оперативному лечению опущения и выпадения внутренних половых органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. – 2007. –С. 14.
12. Ищенко А.И., Горбенко О.Ю. Комбинированное хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007.– Том 6. – №5. – С. 30-35.
13. Краснопольский В.И., Титченко Л.И., Чечнева М.А. et al. Ультразвуковой диагностический алгоритм при стрессовой инконтиненции. – 2003. – №3.
14. Дьяков В.В., Пушкарь Д.Ю. Предварительные результаты оперативного лечения недержания мочи по методике ТОТ у женщин пожилого возраста // Клиническая геронтология. – 2003. – Т.9. – №9. – С. 79-80.
15. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1996. – 53 с.
16. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Титченко Л.И. et al. Пропалс митрального клапана как один из фенотипических маркеров генерализованной дисплазии соединительной ткани у женщин с выпадением половых органов // Российские медицинские вести. – 2001. – №3. – Том VI. – С. 41-46.
17. Denman M.F., Gregory T., Boyles S.H., et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence // *Obstetr. And Gynec.* – 2008. – Vol.198. – N1. – P. 555-556.
18. Komeso Y.M., Ketai L.H., Rogers R.G., et al. Restoration of continence by pessaries: magnetic resonance imagine assessment of mechanism of action // *Obstetr. And Gynec.* – 2008. – Vol.198. – N1. – P. 563-565.
19. Mallett V.T., Brubaker L., Stoddard A.M., et al. The expectations of patients who undergo surgery for stress incontinence // *Obstetr. And Gynec.* – 2008. – Vol.198. – N1. – P. 308-310.
20. Pauls R.N., Silva A., Rooney C.M., et al. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence // *Obstetr. And Gynec.* – 2007. – Vol.197. – N1. – P. 622-624.
21. Fialkow M., Symons R.G., Flum D., et al. Reoperation for urinary incontinence // *Obstetr. And Gynec.* – 2008.– Vol.199. – N1. – P. 546-547.
22. Sand P.K., Staskin D., Miller J. et al. Eff ect of a Urinary Control Insert on Quality of Life in Incontinent Women/ *Urogynecol.* – 1999. – Vol.10. – P. 100-105.
23. Coll-Planas L., Denkinger M.D., Nikolaus T. Relationship of urinary incontinence and late-life disability: Implications for clinical work and research in geriatrics // *Gerontol Geriat.* – 2008. – Vol.41. – P. 283-290.
24. Sentilhes L., Berthier A., Loisel C. et al. Female sexual function following surgery for stress urinary incontinence: tension-free vaginal versus transobturator tape procedure. // *Urogynecol.* – 2009. – Vol.20. – P. 393-399.
25. Chene G., Cotte B., Tardieu A.-S. et al. Clinical and ultrasonographic correlations following three surgical antiincontinence procedures (TOT, TVT and TVT-O) // *Urogynecol.* – 2008. – Vol.19. – P. 1125-1131.
26. Araki I., Haneda Y., Mikami Y. et al. Incontinence and detrusor dysfunction associated with pelvic organ prolapse: clinical value of preoperative urodynamic evaluation // *Urogynecol.* – DOI 10.1007/s00192-009-0954-2.
27. Patel. D. A., Xu X., Thomason A.D. et al. Childbirth and pelvic floor dysfunction: An epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery // *Obstetr. And Gynec.* – 2006. – Vol.195. – N1. – P.23-28.
28. Melville J.L., Newton K., Fan M.-Y. et al. Health care discussions and treatment for urinary incontinence in U.S.women // *Obstetr. And Gynec.* – 2006. – Vol.194. – N1. – P. 229-237.
29. Farrell S.A., Baydock S., Amir B., et al. Effectiveness of a new self-positioning for the management of urinary incontinence in women // *Obstetr. And Gynec.* – 2007. – Vol.196. – N1. – P. 474-475.
30. Tegerstedt G., Miedel A., Mahle-Schmidt M., et al. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: A population-based approach // *Obstetr. And Gynec.* – 2006. – Vol.194. – N1. – P. 75-81.

## Лечение заболеваний тазового дна и урологического инконтиненции

### РЕЗЮМЕ

*Кулиева К.Д.*

*Город Баку, родильный дом № 3, Баку, Азербайджан*

**Ключевые слова:** тазовое дно, урологическое недержание мочи, пролапс

Опущение и выпадение половых органов в структуре общих гинекологических заболеваний составляет 28-38,9%. У женщин с пролапсом половых органов нарушения мочеиспускания отмечаются в 50-84%. Общность патофизиологических предпосылок опущения и выпадения внутренних половых органов и стрессового недержания мочи позволяет рассматривать данные состояния как цельную медицинскую проблему, требующую интегративных подходов в диагностике и выборе метода лечения.

Оперативное лечение при дисфункции тазового дна является основным. В последние годы при сочетанных заболеваниях внутренних половых органов и нарушениях мочеиспускания хирурги все чаще отдают предпочтение плановым симультанным операциям с использованием синтетических имплантатов. Однако ближайшие и отдаленные результаты использования синтетических имплантатов неоднозначны и требуют дальнейшего изучения. Несмотря на значительные успехи оперативного лечения сочетанной патологии, от 9 до 30% оперативных вмешательств не приводят к устранению недержания мочи. По данным ряда авторов, частота рецидивов пролапса гениталий составляет от 33 до 61,3%.

## Treatment of diseases pelvic floor and urology incontinence

### SUMMARY

*Guliyeva K.D.*

*Baku maternity hospital No 3, Baku, Azerbaijan*

**Key words:** pelvic floor, urologic incontinence, prolapsed

Pelvic organ prolapse in structure of the general gynecologic diseases makes 28-38,9 %. At women with pelvic organ prolapse urinary incontinence are marked in 50-84 %. The generality path physiological preconditions of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence allows to consider the given conditions as the integral medical problem demanding integrative approaches in diagnostics and a choice of a method of treatment.

Operative treatment at pelvic floor dysfunction is the core. Last years at a combination of diseases surgeons prefer scheduled simultaneous operations with use synthetic implants. However the nearest and remote results of use synthetic implants are ambiguous and demand the further studying. Despite of significant successes of operative treatment pathologies, from 9 up to 30 % of operative interventions do not lead to elimination urinary incontinence. According to of some authors, frequency of relapses pelvic organ prolapse makes from 33 up to 61,3 %.