

STRESZCZENIE

Wstęp: Wśród dolegliwości uroginekologicznych wymienia się obniżenie narządów miednicy mniejszej, nietrzymanie moczu i nietrzymanie stolca, co stanowi istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Objawy te doprowadzają do obniżenia komfortu życia, niezdolności do efektywnej pracy, obniżenia własnej wartości i depresji. Z czego kobiety młodsze postrzegają problemy uroginekologiczne jako bardziej uciążliwe. Dlatego też uszkodzenia miednicy po porodzie powinny podlegać szybkiej diagnostyce i terapii, aby zapobiec bądź opóźnić występowanie powyższych powikłań. Poród drogami natury ma największy wpływ na zaburzenia dna miednicy. Uważa się, iż cięcie cesarskie wykonywane w trybie planowym, przed rozpoczęciem porodem, daje ochronę przed urazami struktur miednicy, w przeciwieństwie do porodu operacyjnego z użyciem kleszczy położniczych. Znamienny związek między awulsją mięśnia dźwigacza odbytu a występowaniem POP pokazuje, iż prewencja urazów dna miednicy powinna stanowić priorytet. Prewencja może być bardziej efektywna u pacjentek z wysokim ryzykiem urazów okołoporodowych, stąd identyfikacja takich indywidualnych kobiet może mieć potencjalną wartość w opiece zdrowotnej i badaniach naukowych.

Cele: Celem głównym pracy było ustalenie częstości występowania w krótkim czasie po pierwszym porodzie wybranych dolegliwości uroginekologicznych oraz zaburzeń satysfakcji seksualnej w zależności od sposobu zakończenia porodu.

Celami szczegółowymi było:

1. Ustalenie czy nasilenie zaburzeń statyki, uszkodzenie mięśnia łonowo-odbytniczego, stopień napięcia spoczynkowego oraz stopień możliwości uruchomienia mięśni dna miednicy mają wpływ na częstość występowania analizowanych dolegliwości uroginekologicznych w krótkim czasie po pierwszym porodzie.
2. Określenie, czy zwiększona ruchomość szyi pęcherza moczowego zwiększa częstość występowania WNM.
3. Analiza wpływu wybranych czynników matczynych, płodowych i porodowych na częstość występowania dolegliwości uroginekologicznych oraz zaburzeń satysfakcji seksualnej po porodzie.

Materiał i metoda: Badanie miało charakter metody retrospektywno-prospektywnej

i objęto 100 kobiet w okresie 9-18 miesięcy po porodzie zakończonym operacją kleszczową oraz po porodzie fizjologicznym, elektywnym cięciu cesarskim i po cięciu cesarskim wykonywanym przy pełnym rozwarciu w wieku po 18 roku życia. Badanie zostało przeprowadzone w Klinice Perinatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w okresie od 12.03.2019-01.12.2021. W badaniu zastosowano dobór losowy pacjentek. Grupa porównawcza (kontrolna) nie została utworzona. Analizą objęto badania ankietowe dotyczące sposobu zakończenia ciąży i danych noworodka, objawów uroginekologicznych, zaburzeń satysfakcji seksualnej oraz badania fizykalne i ultrasonograficzne. W pracy wykorzystano skalę PFDI-20, ankietę satysfakcji seksualnej PISQ, skalę POP-Q, ocenę napięcia spoczynkowego mięśni krocza (ang.*Resting Tone*), ocenę umiejętności kurczenia mięśni krocza (skalę Oxford), ultrasonograficzną ocenę pozycji i ruchomości szyi pęcherza moczowego, kliniczną ocenę uszkodzenia mięśnia łonowo-odbytniczego.

Wyniki:

1. Objawy nietrzymania moczu (NTM) występowały najrzadziej po elektywnym cięciu cesarskim - u 72% pacjentek, najczęściej po cięciu cesarskim wykonywanym przy pełnym rozwarciu (92%) i po porodzie kleszczowym (88%). Natomiast objawy wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) najczęściej zgłaszały kobiety po cięciu cesarskim wykonywanym przy pełnym rozwarciu (64%) i po porodzie pochwowym (64%), najrzadziej po elektywnym cięciu cesarskim (48%).
2. Uczucie obniżenia narządów miednicy mniejszej oraz kliniczne cechy zaburzeń statyki występowały najczęściej po porodzie kleszczowym (odpowiednio 68% i 48%). Kliniczne cechy POP najrzadziej występowały po elektywnym cięciu cesarskim, ale występowały u co trzeciej pacjentki (32%). Subiektywne uczucie POP występowało najrzadziej po porodzie pochwowym (44%) oraz elektywnym cięciu cesarskim (48%).
3. Najmniejsze różnice pomiędzy odczuwaniem POP a potwierdzonym POP w badaniu klinicznym stwierdzono u pacjentek po porodzie fizjologicznym (0%), największe różnice po cięciu cesarskim przy pełnym rozwarciu (32%) oraz po kleszczach (20%).
4. Podczas szczegółowych analiz odpowiedzi na ankietę PISQ potwierdzono, że satysfakcja seksualna była najwyższa u kobiet po elektywnym cięciu cesarskim. Istotnie częściej występowały kłopoty z osiągnięciem orgazmu u kobiet po porodzie

kleszczowym i cięciu cesarskim przy pełnym rozwarciu. Po porodzie pochwowym potwierdzono tylko 1 przypadek (4%) dysfunkcji seksualnej.

5. Najczęściej awulsję mięśnia łonowo-odbytniczego rozpoznawałam po porodzie kleszczowym i pochwowym (48%). Do awulsji podczas porodu drogą cięcia cesarskiego przy pełnym rozwarciu doszło w 16% przypadków.

6. Najwyższe średnie wartości w skali oceniającej napięcie spoczynkowe mięśnia dźwigacza odbytu RT i zmodyfikowanej skali Oxford używanej do oceny możliwości uruchomienia mięśni dna miednicy obserwowano u pacjentek po elektrywnym cięciu cesarskim (odpowiednio 3,9 i 4,3). 7. Najniższe średnie wartości RT obserwowano po porodzie kleszczowym (3,2). Średnia wartość w skali Oxford pozostawała na podobnym poziomie w pozostałych 3 grupach: porodu kleszczowego, porodu fizjologicznego, cięcia cesarskiego przy pełnym rozwarciu (3,4-3,5).

8. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy wartościami poporodowej ruchomości cewki moczowej u pacjentek z 4 analizowanych grup.

9. Stwierdziłam korelację pomiędzy większą masą noworodka a zwiększonym odsetkiem dolegliwości uroginekologicznych ocenionych na podstawie skal PFDI i PISQ. Kobiety, które urodziły noworodka o masie $\geq 4000\text{g}$ charakteryzowały się wyższymi indeksami skali PFDI i PISQ w porównaniu do pacjentek, które urodziły noworodka $<4000\text{g}$.

10. Stwierdziłam korelację między starszym wiekiem rodzącej a wyższymi wartościami indeksu POPDI-6. Więcej dolegliwości z zakresu zaburzeń statyki zgłaszały pacjentki powyżej 30 roku życia w porównaniu z kobietami <30 r.ż.

Wnioski:

1. Analizowane dolegliwości uroginekologiczne występowały najczęściej u pacjentek po porodzie kleszczowym oraz cięciu cesarskim przy pełnym rozwarciu, najrzadziej po elektrywnym cięciu cesarskim. Odsetek kobiet z dolegliwościami zależnie od analizowanej grupy i rodzaju dolegliwości wahał się od 32% do 92%.

2. Wśród badanych pacjentek sposób porodu nie miał wpływu na ruchomość cewki moczowej.

3. Nie stwierdzono zwiększonego ryzyka awulsji mięśnia łonowo-odbytniczego po porodzie kleszczowym w porównaniu do porodu pochwowego. Podczas porodu drogą

cięcia cesarskiego w 16% przypadków doszło do awulsji.

4. Elektywne cięcie cesarskie najkorzystniej wpływało na wartości RT i Oxford. Poród kleszczowy miał najbardziej negatywny wpływ na wartości RT, natomiast na wartości w skali Oxford wpływ porodu kleszczowego był zbliżony do porodu fizjologicznego i cięcia cesarskiego przy pełnym rozwarciu.

5. Satysfakcja seksualna była najwyższa u kobiet po elektywnym cięciu cesarskim, natomiast najniższa po porodzie kleszczowym i cięciu cesarskim przy pełnym rozwarciu.

6. Potwierdziłam negatywny wpływ masy noworodka $\geq 4000\text{g}$ na występowanie dolegliwości uroginekologicznych wyrażonych sumarycznym indeksem PFDI i pogorszenie satysfakcji seksualnej wyrażonej punktacją skali PISQ.

7. Potwierdziłam negatywny wpływ wieku rodzącej >30 r.ż. na występowanie dolegliwości z zakresu zaburzeń statyki wyrażonych indeksem POPDI-6.

8. Nie potwierdzono wpływu objawów infekcji wewnątrzmacicznej, wyższego indeksu masy ciała rodzącej, przedłużonego II okresu porodu, stosowania Oxytocyny w czasie porodu, znieczulenia zewnątrzoponowego, większego obwodu głowy noworodka, długości noworodka oraz długości hospitalizacji po porodzie na występowanie dolegliwości uroginekologicznych i zaburzeń satysfakcji seksualnej.

9. Potwierdzono korelację pomiędzy uszkodzeniem mięśnia łonowo-odbytniczego, nasileniem zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej, niskim napięciem spoczynkowym (skala RT) oraz gorszą możliwością uruchomienia mięśni dna miednicy (zmodyfikowana skala Oxford) a nasileniem dolegliwości uroginekologicznych.

10. Potwierdzono wpływ nadmiernej ruchomości cewki moczowej po porodzie na zwiększoną częstość występowania WNM u kobiet po porodzie.

Słowa kluczowe: uraz okołoporodowy, poród, dolegliwości uroginekologiczne, wysiłkowe nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, obniżenie narządów miednicy mniejszej, dysfunkcje seksualne, mięśnie dna miednicy.