

Original scientific paper

- 7** СОВРЕМЕНИ ПРИСТАПИ ВО КОРОНАРНАТА АНГИОГРАФИЈА: КЛИНИЧКИ И БЕЗБЕДНОСНИ АСПЕКТИ НА ДИСТАЛНИОТ ТРАНСРАДИЈАЛЕН ПРИСТАП
Владимир Ристовски
- 18** INTRAHOSPITAL OUTCOME IN CASE SERIES OF PATIENTS WITH AORTIC PATHOLOGIES TREATED WITH THE FROZEN ELEPHANT TRUNK PROCEDURE
Shokarovski M, Grazhdani S, Mehmedovic N, Papestiev V

Profesional paper

- 24** FREQUENCY OF COMORBIDITY DIAGNOSES IN PARKINSON AND ALZHEIMER DISEASES
Arbnore Qaili Nazifi¹, Sadi Bexheti¹
- 29** КОРЕЛАЦИЈА НА СОЦИОДЕМОГРАФСКИ КАРАКТЕРИСТИКИ СО ПОЗИТИВЕН CAPTURE ТЕСТ ВО ИДЕНТИФИКУВАЊЕ НА ЛИЦА СО НЕДИЈАГНОСТИЦИРАНА ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ ВО ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА
Катерина Ковачевиќ¹, Сашка Јаневска¹, Беким Исмаили², Катарина Ставриќ³, Ирена Кондова Топузовска⁴
- 37** COMPARATIVE ANALYSIS OF PATHOHISTOLOGICAL RESULTS FROM PROSTATE BIOPSY SAMPLES AND RADICAL PROSTATECTOMY SPECIMENS – OUR EXPERIENCES
Minev I^{1,2}, Ivcević J^{1,2}, Markovski D^{1,3}, Izairi A^{1,2}, Stojkovski V¹
- 45** PREOPERATIVE CHARACTERISTICS OF SQUAMOUS KERATINIZING METAPLASIA OF THE BLADDER IN WOMEN
Markovski D^{1,4}, Grozdanovski K^{2,4}, Ivcević J^{1,3}, Minev I^{1,3}, Izairi A^{1,3}
- 50** INCIDENCA E TRAUMAVE GJATË LINDJES TEK TË POSALINDURIT TË ANALIZUAR GJATË NJË PERIUDHE PESË VJEÇARE NË INSTITUCIONIN TONË
Luljeta Beqiri¹, Besa Pocesta¹, Iskra Martinovska¹, Besa Demiri¹
- 54** ASSESSMENT OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF WOMEN IN REPRODUCTION ABOUT THEIR REPRODUCTIVE RIGHTS
Natalija Dechovski¹, Valentina Gorichanec¹, Meral Rexhepi^{1,2}
- 60** INFLUENCE OF COVID 19 ON THE DIAGNOSIS OF COLORECTAL CANCER AT CLINICAL HOSPITAL ACIBADEM-SISTINA IN SKOPJE- STUDY OF 264 CASES
Blagica Krsteska^{1,3}, Vanja Filipovski^{2,3}, Katerina Kubelka-Sabit^{2,3}, Dzengis Jasar^{2,3}, Nevenka Velickova³
- 64** ANALYSIS OF BODY FAT COMPONENT IN MALE ATHLETES AGED FROM 15 TO 18 YEARS ACCORDING TO SPORT CATEGORY
Engin Emini¹, Lidija Todorovska², Ertan Rustemi³, Stevce Spasenovski³
- 69** IMPACT OF COMORBIDITIES ON CLINICAL OUTCOMES IN COVID-19 PATIENTS
Milena Srbinska Bogatinska¹, Rron Elezi¹, Kornelija Gjorgjeska², Evgenija Baneva⁴, Gazmend Amzai²
- 75** RISK FACTORS AND MATERNAL AND NEONATAL COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH VACUUM EXTRACTION DELIVERY
Ilir Shurlani¹, Anita Morarcalieva Chochkova², Ana Kocavska⁴, Iskra Martinovska⁴, Sashko Olumcev³
- 81** QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SARCOPENIA IN REPUBLIC OF NORTH MACEDONIA
Lejla Manchev¹, Savo Trajanovikj², Nikola Orovchanec³, Valentina Koevska⁴
- 85** VESICOVAGINAL FISTULA: ETIOLOGY, DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION
Izairi A^{1,3}, Ivcević J^{1,3}, Minev I^{1,3}, Markovski D^{2,3}, Stoilkovska T¹
- 91** ПРОЦЕНКА НА УСПЕШНОСТА НА ПЛИКАТУРИРАНА КОЛПОСУСПЕНЗИЈА СО АНАЛИЗА НА А И В АГЛИТЕ
Софија Златеска Ѓуриќ¹, Ива Малахова Ѓореска¹, Александра Златеска Дамјановиќ², Дејан Дамјановиќ³, Катерина Николоска¹
- 98** АНАЛИЗА НА БОЛНИЧКИ МОРБИДИТЕТ ВО ПОЛОШКИОТ РЕГИОН (ТЕТОВО И ГОСТИВАР) ВО 2023Г
Видоска Катарина¹, Исмаили Беким², Санева Оливера³, Мустафа-Алиу Мирлинда⁴

Review

- 110** PHYTOESTROGENS IN MENOPAUSE AND PERIMENOPAUSE: A LITERATURE REVIEW
Tofoski Gligor¹, Sejfulai Siandra¹
- 117** УПОТРЕБА НА СКАЛИ ЗА ПРОЦЕНКА НА НЕВРОЛОШКИТЕ СИМПТОМИ КАЈ ВИЛСОНОВАТА БОЛЕСТ: ПРЕГЛЕД НА СТРУЧНА ЛИТЕРАТУРА
Иван Барбов^{1,2,3}, Ѓоце Калцев³
- 121** БИНОКУЛАРЕН ВИД И НЕГОВАТА ВАЖНОСТ ВО РАЗВОЈОТ НА ВИДНАТА ФУНКЦИЈА КАЈ ЧОВЕКОТ – ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА
Ангелка Спиркоска Магероска¹, Емилија Ѓошевска Даштевска², Анастасија Денова³, Мухамедин Рушити⁴
- 125** NAFLD VS MAFLD GLOBAL BURDEN- REVIEW
Aleksandra Toneva Nikolova^{1,2}

Case report

- 134** GIANT RETROPERITONEAL LIPOSARCOMA - A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW
Natmir Mena
- 138** УПОТРЕБА НА НАТРИУМ ФЛУОРЕСЦИН КАКО ДОКАЗ ЗА АДЕКВАТЕН КРВЕН ПРОТОК ПОСЛЕ КЛИПСИРАЊЕ НА МОЗОЧНА АНЕВРИЗМА
Ивчев Љ.^{1,2}, Дамјановски С.^{3,4}, Лозанче К.^{2,3}
- 142** A RARE CASE OF APROLECTIC LEIOMYOMAS OF THE UTERUS
Nikoloska Katerina¹, Gjoreska Malahova Iva¹, Tofilovska Valentina¹, Zlateska Sofija¹, Okleska Angela²
- 144** MIXED LARGE CELL NEUROENDOCRINE CARCINOMA AND
- ENDOMETRIOID ADENOCARCINOMA OF THE ENDOMETRIUM METASTATIC TO THE LEFT FOOT: A CASE REPORT
Vjollca Skenderi Nezir¹, Aleksandra Nikolovska², Vesna Kolevska³
- 147** NJË RAST ME PERFORM IDIOPATIK TË SEPTUMIT TË HUNDËS I DIAGNOSTIKUAR INTRAOPERATIVSHIT
Orana I.¹, Dika A.¹, Hamzai E.¹, Memeti M.², Rexhepi M.²
- 151** PULMONARY THROMBOEMBOLISM AND DEEP VEIN THROMBOSIS (DVT) IN A PATIENT WITH MORBUS CROHN – A CASE REPORT
A. Dobjani¹, F. Deari¹, K. Kercishta¹, I. Bogevska¹, D. Petkoska¹



ПРОЦЕНКА НА УСПЕШНОСТА НА ПЛИКАТУРИРАНА КОЛПОСУСПЕНЗИЈА СО АНАЛИЗА НА α И β АГЛИТЕ

Софија Златеска Ѓуриќ¹, Ива Малахова Ѓореска¹, Александра Златеска Дамјановиќ², Дејан Дамјановиќ³, Катерина Николоска¹

¹Универзитетска Клиника за гинекологија и акушерство-Скопје, Универзитет Св.Кирил и Методиј-Скопје, Република Северна Македонија

²Приватна гинеколошко-акушерска ординација Fertty clinic-Скопје, Република Северна Македонија

³Универзитетска Клиника за Ортопедски болести, Универзитет Св.Кирил и Методиј-Скопје, Република Северна Македонија

Corresponding author : Софија Златеска Ѓуриќ
email: dr.sofijazlateska@gmail.com

Medicus 2025, Vol. 30 (1): 91-97

РЕЗИМЕ

Уринарна инконтиненција (UI) е честа состојба која може да ги афектира жените во било која возраст и е претставена со широк дијапазон на симптоми. Ретко е животна загрозувачка, но влијае на физичката, менталната и социјалната благостостојба. Ултразвукот во урогинекологијата овозможува евалуација на статички и динамички

соодноси на долен уринарен тракт. Материјал и методи: Во оваа студија е прикажана употребата на ултразвукот во пре- и пост- оперативно следење на пациентките со стрес уринарна инконтиненција (SUI). Вкупно 40 жени влегоа во оваа проспективна рандомизирана студија. Беа поделени на две групи од по 20. Со помош на трансперинеален 2D ултразвук, се мереа α и β агли во мир и во тек на Валсалва маневр. Во првата група беше изведена изолирана колпосуспензија, а во втората група беше направена и тотална абдоминална хистеректомија со билатерална салпингоофоректомија.

Резултати: α и β агли беа сигнификантно помали во тек на постоперативните контроли во споредба со предоперативните вредности на истите. Т-тестот го потврди овој инкремент со медицински значајна статистичка сигнификантност($p \leq 0.05$).

Заклучок:Со мониторирање на овие два агли пред и постоперативно, може да се добие објективност во клиничката евалуација и проценка на успешноста на хируршкиот третман на SUI.

Клучни зборови: Стрес уринарна инконтиненција, пликатурирана колпосуспензија, трансперинеален ултразвук, α агол, β агол.

РЕЗИМЕ

Уринарна инконтиненција (UI) е честа состојба, која значително го менува квалитетот на живеење и зафаќа приближно 303 милиони жени и 121 милион мажи во светот во текот на нивниот живот(1).Според најновите епидемиолошки податоци, вкупната преваленца кај жените постари од 20 години, изнесува 17%, додека

кај жените постари од 60 години 38%(2).И покрај оваа голема преваленца, инконтиненцијата сеуште останува недоволно дијагностицирана и лекувана состојба. Проценките сугерираат, дека само 25% од лицата со инконтиненција бараат или добиваат третман. Нелекуваната инконтиненција е поврзана со намален квалитет на живот, намалена продуктивност

во работата, поголеми стапки на депресија и социјална изолација, како и повисоки стапки на хоспитализација и уринарна инфекција(3). Преваленцата на уринарната инконтиненција, е приближно три пати почеста кај жените отколку кај мажите, во сите испитани возрастни групи(4). Хипермобилноста на вратот на мочниот меур е тесно поврзана со појава на Стрес уринарна инконтиненција(СУИ). Патофизиолошката база на СУИ вклучува неадекватна анатомска поддршка на вратот на бешиката и проксималната уретра, што резултира со хипермобилност и спуштање по дејство на зголемен интраабдоминален притисок. Една од неинвазивните, но за жал и не толку атрактивна дијагностичка алатка при евалуација на СУИ е и трансперинеалната ултрасонографија (ТПУС)(5). Од досегашните испитувања, утврдено е дека, станува збор за мошне сензитивен метод за проценка на уретралната мобилност. Се користат многу параметри и агли за соодветно да се евалуира уретралната мобилност, а истражувањата продолжуваат во насока на детерминирање на најсоодветните ултразвучни техники.

Во прилог на ова, предниот уретрален агол(α агол, дефиниран од едната страна со оската која минува низ проксималната уретра, а од другата страна со оската која минува низ symphysis pubica) и ја прикажува мобилноста на вратот на мочниот меур и задниот уретровезикален агол (β агол, лоциран помеѓу проксимална уретра и заден зид на мочен меур), кој пак ја покажува мобилноста на проксималниот дел од уретрата, се најчесто користени параметри. Бидејќи станува збор за честа состојба, евалуацијата на пациентката треба да започне со проценка на степенот на влијание на оваа состојба, на нејзиниот секојдневен живот. Притоа за проценка и евалуација на квалитетот на животот, се употребуваат стандардизирани прашалници. Покрај тоа, темелната анамнеза за историјата на болеста, акушерска анамнеза, присуството на чести инфекции на уринарниот тракт, неврогени и хируршки болести како и целосниот преглед на медикаментозната терапија, се од клучно значење за разбирањето на индивидуалното искуство на пациентка.

Станува збор за проспективна кохортна рандомизирана студија во која беа вклучени 40 пациентки со дијагностицирана СУИ, поделени во две групи еднакво: -прва група-од 20 пациентки со изолирана СУИ без генитален пролапс или евентуално пролапс само

на предниот вагинален сид- уретроцистоцела, кај кои пациентки беше изведена пликатурирана колпосуспензија како терапевско решение за СУИ и

-втора група-20 пациентки со присутен интравагинален генитален пролапс здружен со СИУ и беше направена трансабдоминална тотална хистеректомија + пликатурирана колпосуспензија.

Сите пациентки од двете групи беа комплетно иследени (вагинален, клинички преглед, прашалник и УЗ) предоперативно, по 6 недели и по 6 месеци од операцијата.

Истражувањето се состои од 2 групи на пациентки со евидентна СУИ, потврдена со клиничкиот преглед, кои беа оперирани на нашата клиника:

1. прва испитувана група-со изолиран спад на предниот вагинален сид и евидентна СУИ

2. втора испитувана група со интравагинален (неекстериоризиран) генитален пролапс и евидентна СУИ.

Инклузиони критериуми-присуство на СУИ, која е оперативно третирана со пликатурирана колпосуспензија.

Ексклузиони критериуми:

присуство на екстериоризиран генитален пролапс, кој врши притисок на грлото на мочниот меур и ја маскира СУИ;

постоене на контраиндикации за операција и анестезија кај пациентките;

одбивање на оперативен третман од страна на пациентките.

Цел: Целта на оваа студија е преку ултразвучно иследување на долниот уринарен тракт и проценка на мобилноста на грлото на мочниот меур, предоперативно и постоперативно, да се иследи успешноста на нашата оригинална метода за решавање на СУИ кај жената. Пликатурирана колпосуспензија на Проф. Антоvsка(6), како модификација на Burch-овата операција.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

Студијата беше изведена на Клиниката за гинекологија и акушерство, оддел за Урогинекологија и Тазова статика, од каде се регрутираа пациентките. Секоја пациентка имаше:

Комплетно пополнет прашалник за генитален пролапс и СИУ,

клинички преглед,

ултразвучен преглед на долниот уринарен тракт.

Регрутирањето на пациентките беше рандомизирано, па податоците за возраст, паритет и БМИ произлегоа од рандомизирањето.

1) Комплетно пополнет прашалник, кој ги вклучува следните прашања:

- како го оценувате успехот од операцијата;
- според ваше мислење, каква е вашата состојба по операцијата;
- севкупно колку сте задоволни од постоперативните резултати;
- доколку би ги имале сите потребни информации за операцијата, дали повторно би се одлучиле за истата;
- дали би ја препорачале вашата операција на блиски;
- дали после операцијата се јавила болка од ново или се изменила веќе постоечката болка во малата карлица;
- дали неволно истекува урина и која количина;
- кога истекува урина;
- која е количината и честотата на неволното истекување сега во однос на предоперативниот период;
- дали постои неконтролиран нагон за мокрење, дали постоел и предоперативно и каков е неговиот карактер постоперативно;
- дали постои истекување на урина при кашлање;
- ако се јавило после операција, кога и како се јавило;
- дали носите влошки секој ден и колку влошки користите за 24 часа;
- дали мокрите навечер и колку често;
- каков е карактерот на млазот при мокрење;
- дали имате потешкотии во празнење на бешика;
- дали при подолго стоење осекате болка, притисок и осет за влечење надолу;
- дали имате проблеми со столица и какви;
- дали гореописаните проблеми ви предизвикуваат социјални проблеми;
- дали имате проблеми со сексуалниот живот;

- каков е вашиот сексуален живот после операцијата;

- дали вашиот партнер е задоволен со сегашниот сексуален живот;

- за колку време после операцијата се вративте на вашите домашни и работни задачи;

- дали сега примате некакви лекови и за што.

2) Клинички преглед:

- во литотомна позиција: пациентката се легнува на грб со раширени нозе и свиткани во колена:

2.1) Преглед за присуство на пелвичен пролапс:

- вагинален преглед со прст, при кој пациентката се тера максимално да напне - Валсалва маневар, при што се одредува степенот на спад на преден и заден вагинален сид и спад на грлото на матката и точно се одредуваат дефинираните точки од POPQ систем ('Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) System'), со воведување на баждарен хистерометар, чиј врв се ослонува на секоја од дефинираните точки и тоа:

- на преден вагинален сид:

точка Аа, која е лоцирана во средишната линија на предниот вагинален сид, на 3 cm над orifitium urethrae ext. и одговара на пресликувањето на грлото на мочниот меур на предниот вагинален сид;

точка Ва, која ја означува најдисталната точка, на средишната линија на делот на предниот вагинален сид кој се наоѓа меѓу точката Аа и вагиналниот форникс директно дава увид во големината на присутната цистоцела;

- на горна вагина:

точка С, која ја претставува најниската точка на цервиксот, односно на вагиналниот волт, во состојби после хистеректомија;

точка D, која е лоцирана на задниот сид, која го означува најдлабокиот дел на Douglas-овиот простор;

- на задниот вагинален сид:

точка Ар, лоцирана на средишната линија на задниот вагинален сид, на висина од 3cm над хименот и ја означува проекцијата на врвот на триаголниот septum rectovaginale така што директно зборува за постоење и изразеност на една ниска ректоцела

точка Вр, која ја означува најдисталната точка на делот на задниот вагинален сид, кој се наоѓа над точката Ар и директно го покажува постоењето и изразеноста на

една висока ректоцела

-други карактеристики и мерења:

gh(hiatus genitalis): е мерење на растојанието од средината на meatus urethrae ext. до средината на задната ивица на хименот

pb(перинеално тело): е мерење на растојанието од задната ивица на гениталниот хијатус до средината на аналниот отвор

tv(total vaginal lenght): е најголемата должина на вагината мерена во цм, односно дистанцата меѓу хименот и точката D.

Првите две мерки директно го покажуваат степенот на промената на перинеумот при постоење на негови расцепи, додека третата мерка служи за изразување на степенот на утериниот пролапс.

-Pozzy маневар- со куглцангла се фаќа предната усна на цервиксот и утерусот максимално се повлекува нанадвор, со што се добива максималната подвижност на гениталните органи. Во оваа позиција, исто така се одредува висината на дефинираните точки од POPQ системот.

Добиените резултати се забележуваат сликовно на претходно припремен формулар и остануваат архивирани во урогинеколошкиот картон на пациентката, кој се наоѓа во субспецијалистичката амбуланта за урогинекологија.

2) преглед за присуство на уринарна инконтиненција:

-Marshall test во лежење (пациентката се тера да кашла)
-во стојење со исправени нозе и оддалечени петици за 30 см.

Со репозиција- во лежење веднаш по изведбата на Pozzy маневар се истуркува грлото нагоре кон промоториумот и пациентката се тера да кашла.

При изведбата на овие тестови се набљудува изгледот на истекување на урина: ако се разлива и престанува со кашлањето.

3) ултразвучен преглед на долен уринарен тракт.

Сите пациентки беа испитувани после спонтано полнење на мочниот меур со 300-400мл урина со полна бешика (300 мл. течност, во мирување, во контракција и во тек на Валсалва маневар. Се користеше ултразвучен апарат MindrayM5 со конвексен трансдјусер од 3,5-5 MHz.

Поради едноставниот начин на употреба, неинвазивноста и отсуство на радиоактивно зрачење, ултразвукот во моментот е најпогодна и најдостапна дијагностичка метода. Постојат повеќе пристапи за евалуација на долниот уринарен тракт и тоа : трансабдоминален, трансвагинален, трансректален, перинеален (или транслабијален) и интроитален. Во оваа студија се користеше перинеален ултразвук, кој е метода која овозможува континуирана визуелизација, со што ги прави достапни, за евалуација, урогинеиталните органи. Кабинетот за урогинекологија при Универзитетската гинеколошко-акушерска клиника при Медицинскиот факултет во Скопје, работи според Препораките на Германското здружение за урогинекологија и функционална сонографија, на женскиот долен уринарен тракт, со некои дополненија и модификации. Според овие препораки постојат две главни техники: 1.ендосонографска апликација со вагинална и ректална сонда; 2.екстерна апликација со перинеална, интроитална и трансабдоминална сонда. За вагиналната сонографија се користи сонда меѓу 5 и 7,5 MHz, а за перинеална сонографија сонда меѓу 3,5 и 5 MHz. Нашиот кабинет работи со перинеална сонда од 3,75 MHz.

Препораките по однос на ориентацијата се:

- 1.кранијалните делови треба да се прикажат долу;
- 2.вентралните делови треба да се прикажат на десната страна на сликата.
- 3.Точната позиција на грлото на мочниот меур се одредува со формирање на координатен систем при што: 1. централната позиција на овој координатен систем ($x=0; y=0$) е централната точка на долниот раб на симфизата; 2. X- оската е централната линија која поминува низ целата должина на симфизата; 3. Y- оската е нормалата на X- оската, која поминува низ долниот раб на симфизата. Позицијата на грлото на мочниот меур се одредува во три позиции: во мир, во максимална контракција на тазовата дијафрагма и при напон. Пациентките ќе бидат во дорзална литотомна положба, во истата во која се наоѓаат при најголем дел од урогинеколошките операции, со што при добивање на податоците ќе биде одбегнат позициониот бијас. Мочниот меур треба да исполнет со најмалку 300 мл ,за да може да се добијат реалните соодноси, без пациентката да чувствува нелагодност поради преголема исполнетост на истиот.

Трансперинеален ултразвук-беше изведен во двете

групи пациентки со стрес инконтиненција. Се започна со анамнеза и пополнување на стандарден прашалник во кој пациентката ги објаснува тегобите, зависно или независно од одредена физичка активност. Потоа со помош на абдоминална сонда се изведува трансперинеален ултразвук на долните уринарни патишта и се мерат потребните вредности:

Dx(најмала оддалеченост на грлото од y-оската, Rx-во мир, Cx-во контракција, Vx-при Valsalva),

Dy(најмала оддалеченост на грлото од x-оската, Ry-во мир, Cy-во контракција, Ry-при Valsalva);

дистанца на грлото од долниот раб на симфизата(Sy-BN)-и овој параметар се мери во трите позиции;

растојание H-(висина на грлото) е растојание меѓу грлото на мочниот меур и хоризонталата која поминува низ долниот раб на симфизата;

Rb-ширина на грлото, Rb-во мир, Rc-во контракција, Rv-при Valsalva;

пубоуретрален агол (α) е агол кој го гради отсечката Sy-BN со x-оската;

ретровезикален агол β е агол кој го зафаќа линијата која минува дорзокаудално низ проксималната уретра и линијата тангентна низ базата на мочниот меур;

агол на ротација (ρ), е математичка величина изразена како разлика од котангенсите на количниците на оддалеченостите на грлото од двете оски на координатниот систем во мир и при Valsalva: $\rho = (\cotangent Ry/Rx) - (\cotangent Vy/Vx)$;

дистанца $R \rightarrow V$ е математичка величина изразена како квадратен корен од збирот на квадратните разлики на оддалеченостите на грлото од оските на координатниот

систем во мир и во Valsalva: $R \rightarrow V = \sqrt{(V_x - R_x)^2 + (R_y - V_y)^2}$

Колку се поголеми величините растојание $R \rightarrow V$ и аголот на ротација(ρ), толку е поголема мобилноста, односно ротацијата на грлото на мочниот меур при напон.

СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА

За обработка на податоците беше користена стандардна дескриптивна статистичка анализа со помош на софтверскиот пакет SPSS 27.0(IBM) и

беа определени средните вредности, стандардна девијација, стандардна грешка, варијанса, а за проценка на влијанието на примената на двете методи на хируршката интервенција беше применет двонасочен статистички t-тест.

РЕЗУЛТАТИ

Двете испитувани групи од по 20 пациентки со стрес уринарна инконтиненција (СУИ) беа третирани со различни хируршки методи. Кај првата беше изведена изолирана колпосуспензија, додека кај втората група освен колпосуспензија беше изведена и тотална абдоминална хистеректомија со билатерална салпингоофоректомија. Вредностите на α и β аглиите беа мерени пред и после претходно споменатите хируршки третмани. Контролата на уринарната стрес инконтиненција (СУИ) и нејзина динамика, беше оценета користејќи ги Маршаловиот тест, во мирување и во Валсалва маневр, како и вредностите на α и β аглиите, добиени со помош на трансперинеален ултразвук во две временски точки и тоа 6 недели и 6 месеци после хируршкиот третман. Од дванаесетте параметри и аглиите определувани за секоја пациентка, за податоците беше направена стандардна дескриптивна анализа чии резултати се дадени во Табела 1.



Сл. 1. α агол во мирување



Сл. 2.β агол при мирување



Сл.3. α агол при Валсалва маневар



Сл.4.β агол при Валсалва маневар

Табела 1. Статистички резултати при мирување за α и β аглите.

Агол/°	N	Област	Min	Max	Mean		S.D.	Варијанса
						S.E.		
αr0	40.0	99.0	48.0	147.0	84.9	3.1	19.6	383.2
αv0	40.0	93.0	34.0	127.0	83.0	3.2	20.1	404.1
βr0	40.0	104.0	91.0	195.0	131.9	3.9	24.7	609.7
βv0	40.0	141.0	40.0	181.0	126.1	4.6	29.0	843.4
αr1	40.0	72.0	30.0	102.0	63.7	2.7	16.9	285.5
αv1	40.0	59.0	32.0	91.0	60.3	2.9	18.5	341.3
βr1	40.0	82.0	63.0	145.0	100.4	3.3	20.9	435.0
βv1	40.0	87.0	57.0	144.0	94.1	3.3	21.0	441.5
αr3	40.0	74.0	30.0	104.0	64.6	2.6	16.6	274.7
αv3	40.0	70.0	32.0	102.0	63.8	3.2	20.1	404.3
βr3	40.0	92.0	55.0	147.0	101.5	3.4	21.6	465.3
βv3	40.0	81.0	64.0	145.0	96.2	3.1	19.6	384.1

N,број на испитаници, mean-средна вредност,S.E.- стандардна грешка,S.D.-стандардна девијација

Табела 2. Резултати од примената на двостран t тест во парови за промените на α и β аглите пред и после хируршкиот третман.

Разлика	Mean	S.D	S.E.	Горни и долни граници		t	df	Статистичка сигнификантност (двонасочна)
αr3 - αr0	-16.30	12.55	2.81	-22.17	-10.43	-5.81	19	≤ 0.000
αv3 - αv0	-15.45	18.97	4.24	-24.33	-6.57	-3.64	19	≤ 0.002
βr3 - βr0	-31.55	25.53	5.71	-43.50	-19.60	-5.53	19	≤ 0.000
βv3 - βv0	-34.15	21.40	4.79	-44.17	-24.13	-7.14	19	≤ 0.000

αmβm ; индекси : m- r мирување; v-Валсалва, 0-предоперативно (при прием) и 3 постоперативно

ДИСКУСИЈА

Поради фактот што СУИ е значаен медицински проблем, неговата дијагноза е од исклучително големо значење. И покрај тоа што сеуште, дефинитивната дијагноза се поставува само со физикален преглед, истражувањата се движат во правец на пронаоѓање на стандардна дијагностичка алатка којашто ќе биде со висока повторливост за дијагностичарите. Ултразвукот на долниот уринарен тракт, конкретно на вратот на мочниот меур, неговите соодноси со околните анатомски структури, како статични, при мирување, така и динамични при Валсалва маневар, ветуваат голем исчекор во стандардизирање на дијагностиката, нејзино објективизирање и можност за проценка на успешноста на третманите за СУИ(7).

Во оваа студија се направи проценка на успешноста на пликатурираната колпосуспензија кај пациентки со СУИ, кои беа поделени во две групи, зависно од индикацијата. Првата група опфати пациентки кај кои беше изведена изолирана пликатурирана колпосуспензија, додека во втората група влегоа пациентките кај кои освен пликатурираната колпосуспензија беше направена и тотална абдоминална хистеректомија со билатерална салпингоофоректомија. Преку мерење на вредностите на α и β аголот соодветно пред оперативно, 6 недели и 6 месеци после операција, резултатите покажаа сигнификантно редуцирање на аглиите и во двете групи, посебно во втората група, како и намалување на мобилноста на вратот на мочниот меур. Ова е уште еден чекор напред на патот кон изнаоѓање на дефинитивен дијагностички протокол како и предиктивен фактор за следење на пациентките третирани со СУИ. Постојат неколку студии во кои се земени во предвид вредности на овие два агли во мирување и при Валсалва, меѓутоа споредбата се врши помеѓу здрави и пациентки со СУИ. Независно, резултатите се конзистентни со резултатите добиени во оваа студија, односно, редукција на вредности на овие два агли, што уште повеќе ја зголемува апликабилноста на трансперинеалниот ултразвук како неинвазивна и лесно достапна дијагностичка метода(8).

ЗАКЛУЧОК

Оваа студија во своето спроведување ја истакнува ефективноста на пликатурираната колпосуспензија, кај пациентки со СУИ, независно дали е изведена изолирана или заедно со тотална абдоминална хистеректомија, затоа што овозможува репарирање на егзактната физиолошка анатомија на карличното дно. Со самото тоа, се корегираат симптомите на инконтиненцијата, се подобрува квалитетот на живот. Сето тоа се визуелизира не само субјективно, според исказите на пациентката, туку и директно со помош на трансперинеален ултразвук на долен уринарен тракт. Поконкретно, мерење на вредностите на α и β аглиите, кои ја прикажуваат мобилноста на грлото на мочниот меур. Сите вредности се намалуваат после оперативниот третман, односно се намалува мобилноста на уретрата, што клинички се манифестира со редукција на симптомите. Со тоа, се добива впечаток дека оваа неинвазивна метода, лесно апликативна, може да стане дел од алгоритмот

за дијагностицирање, евалуација и следење на пациентки со СУИ кај кои инконтиненцијата се решава оперативно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Al-Saadi WI. Transperineal ultrasonography in stress urinary incontinence: The significance of urethral rotation angles. *Arab J Urol* [Internet]. 2016 Mar 5;14(1):66–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aju.2015.11.003>
2. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol*. 2014;123(1):141–8.
3. Lin KY, Siu KC, Lin KH. Impact of lower urinary tract symptoms on work productivity in female workers: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(8):2323–34.
4. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric* [Internet]. 2019 May 4;22(3):217–22. Available from: <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>
5. Pregazzi R, Sartore A, Bortoli P, Grimaldi E, Troiano L, Guaschino S. Perineal ultrasound evaluation of urethral angle and bladder neck mobility in women with stress urinary incontinence. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2002;109(7):821–7.
6. Antovska V. Pleated colposuspension: Our modification of Burch colposuspension. *Indian J Urol* [Internet]. 2013;29(3):166. Available from: <https://journals.lww.com/10.4103/0970-1591.117265>
7. Keshavarz E, Pouya EK, Rahimi M, Bozorgan TJ, Saleh M, Tourzani ZM, et al. Prediction of Stress Urinary Incontinence Using the Retrovesical (β) Angle in Transperineal Ultrasound. *J Ultrasound Med*. 2021;40(8):1485–93.
8. de Tayrac R, Deffieux X, Resten A, Doumerc S, Jouffroy C, Fernandez H. A transvaginal ultrasound study comparing transobturator tape and tension-free vaginal tape after surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2006;17(5):466–71.