

Висновки

1. Адиктивна поведінка не може розглядатися у виключно патологічному сенсі, оскільки передумови її закладені у біологічній сутності людини як суб'єкта соціально-інформаційного простору; адиктивній поведінці притаманні адаптаційні функції, контрольовані складним комплексом індивідуальних і соціальних чинників.

2. Поглиблення екзистенційальної кризи призводить до поширення у суспільстві таких форм незрілого пристосування до «інформаційного вибуху», як адиктивна поведінка, причому зростає питома вага «нехімічних» видів залежності (ігрова, комп'ютерна, шопінг, сектантство, кримінальна поведінка, серійні вбивства та ін.).

3. Ігрову залежність — вкрай поширений патерн поведінки у

сучасному суспільстві — доцільно розглядати як прояв нооневрозу, що зумовлює відповідні терапевтичні та реабілітаційні підходи до її лікування.

4. Роль лікаря у сьогоденній кризі етичних і духовних цінностей людини набуває нових рис, які передбачають також ідеологічне наставництво, розширення поля свідомості пацієнта, його орієнтацію на перегляд системи цінностей та пріоритетів.

5. Назріла необхідність створення нової парадигми сучасної адиктології як науки, що базується на принципах ноетики.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Запорожан В. Н.* Проблемы ноетики и механизмы ноогенных психических расстройств / В. Н. Запорожан, В. С. Битенский // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2 (12). — С. 7-10.

2. *Zaporozhan V.* Nooethics and global bioethics / V. Zaporozhan // European citizen's quality of life E. Qua. L : 2nd International Congress. — 2005. — P. 84-85.

3. *Битенский В. С.* Клинико-психопатические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях «информационного взрыва» / В. С. Битенский, К. В. Аймедов, В. А. Пахмурный // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1/2 (9/10). — С. 161-168.

4. *Положий Б. С.* Социальные изменения и расстройства психического здоровья / Б. С. Положий // Обозрение мед. психологии и психиатрии им. В. М. Бехтерева. — 1996. — № 1/2. — С. 136-43.

5. *Адамов А. К.* Ноосферная философия / А. К. Адамов. — Саратов, 2000. — 126 с.

6. *Франкл В.* Доктор и душа / В. Франкл. — СПб. : Ювента, 1997. — 245 с.

7. *Запорожан В. Н.* Биоэтика в XXI столетии: от глобальной биоэтики к ноэтике / В. Н. Запорожан // Интегративна антропология. — 2004. — № 2 (4). — С. 3-9.

УДК 618.1-007.43-06:616.62-008.22]-08

В. М. Запорожан, М. І. Ухаль, О. М. Ухаль, Ю. Ю. Петровський

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ПРОЛАПСОМ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ ЯК ОПТИМАЛЬНЕ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕНЬ УРОДИНАМІКИ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ І СТАТЕВОЇ ФУНКЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Пролапс органів малого таза — захворювання, при якому внутрішні статеві органи та нижні сечові шляхи знаходяться в аномальному положенні відносно анатомічних орієнтирів у малому тазі [1]. Пролапс у буквальному перекладі значить «випадіння», але разом із тим під цим терміном у сучасній гінекології розуміють і опущення тазових органів [2].

Опущення і випадіння органів малого таза найчастіше трапляється у жінок старше 40 років, але може розвинутиися і у 25–30-річних жінок [3, 4]. Основними причинами, які призводять до пролапсу органів малого таза у жінок, є травма тазового дна під час патологічних пологів, вроджена дисплазія сполучної тканини, дефіцит естрогенів під час менопаузи [5; 6]. Окрім того, причинами, які також нерідко призводять до про-

лапсу органів малого таза у жінок є ожиріння, хронічний кашель курців, важка фізична праця у післяпологовому періоді та неправильне положення матки [7]. Опущення і випадіння органів малого таза у жінок практично завжди супроводжуються порушенням уродинаміки сечових шляхів, розвитком хронічного тазового болю, розладом сексуальної функції та значним зниженням якості життя [7–10].



Основними патогенетичними факторами порушення уродинаміки з боку верхніх і нижніх сечових шляхів є натягнення сечоводів у зв'язку зі зміщенням шийки сечового міхура; патологічне стиснення сечоводів і сечівника; порушення виведення сечі із сечового міхура; підвищення тиску у сечовому міхурі під час сечовиділення; розвиток міхурово-сечовідного рефлюксу й інфекційно-запального процесу в сечових шляхах [11; 12]. При цьому у 75–80 % пацієнток виявляється імперативне нетримання сечі [13; 14]. Важливим є також той факт, що після оперативного втручання з ліквідації пролапсу у 50 % випадках нетримання сечі з розряду імперативного переходить у функціональне. При значному випадінні матки та стінок піхви розвивається стиснення уретри, яке призводить до обтураційного порушення відтоку сечі із сечового міхура та верхніх сечових шляхів аж до розвитку уретерогідронефрозу [15].

Враховуючи ці дані, одним із важливих завдань сучасної урогінекології в усьому світі є рання діагностика та лікування пролапсу тазових органів [16; 17]

Сьогодні виділяють три стадії пролапсу тазових органів:

1. Матка опущена донизу, але її шийка знаходиться в межах піхви.

2. Тіло матки знаходиться у піхві, а шийка матки і сечового міхура — у присінку піхви або трохи нижче.

3. Уся матка та стінки піхви вивернуті, а шийка сечового міхура і уретра знаходяться нижче статевої щілини [18].

Лікування пролапсу тазових органів у більшості випадків є оперативним [18]. Разом із тим, досі ефективність оперативного лікування жінок із пролапсом тазових органів, особливо при таких ускладненнях, як нетримання сечі та порушення виведення сечі із сечового міхура і верхніх сечових шляхів, є недостатньо ефективним і потре-

бує подальшого удосконалення [13; 15; 18]

Мета нашої роботи — підвищення ефективності лікування хворих жінок із пролапсом тазових органів, ускладненим нетриманням сечі, порушеннями виведення сечі із сечового міхура та верхніх сечових шляхів, розвитком гіперрефлекторного сечового міхура, хронічного тазового болю та з порушенням сексуальної функції за допомогою реабілітаційних симультанних оперативних втручань на органах статевої та сечової систем і ліквідації ускладнень.

Матеріали та методи дослідження

У 29 жінок із пролапсом тазових органів нами виконано відкриті симультанні операції. Вік хворих коливався від 38 до 65 років. Термін захворювання від 2 до 10 років.

Сьогодні симультанні операції виконуються із відкритого або лапароскопічного доступу [19–21]. При цьому оперативний доступ не повинен бути травматичним, а термін для виконання оперативних втручань має займати небагато часу [22].

Для вирішення тактичних питань у процесі планування методик виконання симуль-

таних операцій на органах статевої та сечової систем важливим є правильне уявлення про рівні підтримки й утримання тазових органів. При цьому умовно виділяють три рівні підтримки тазових органів [22]. Кожний рівень відповідає за підтримку відповідних органів або їх частин та має характерну форму (рис. 1).

I рівень підтримує склепіння піхви та матки. Він має вигляд лійки, верхня широка частина якої фіксована до кісткових структур, а вузька нижня — до шийки матки.

II рівень виглядає як гамак. Він відповідає за підтримання стінок піхви, сечового міхура, уретри та прямої кишки.

III рівень має вигляд м'язової тарілки, на якій «лежать» усі органи малого таза.

Згідно з класифікацією стадій пролапсу тазових органів, у досліджуваних нами хворих перша стадія виявлена у 17 пацієнток. У всіх цих жінок було порушення підтримуючого тазового апарату II рівня, при якому розвинулись опущення стінок піхви, зміна кута та вкорочення уретри, і, як наслідок, функціональне нетримання сечі.

Друга стадія пролапсу була у 12 осіб. У всіх цих хворих діа-

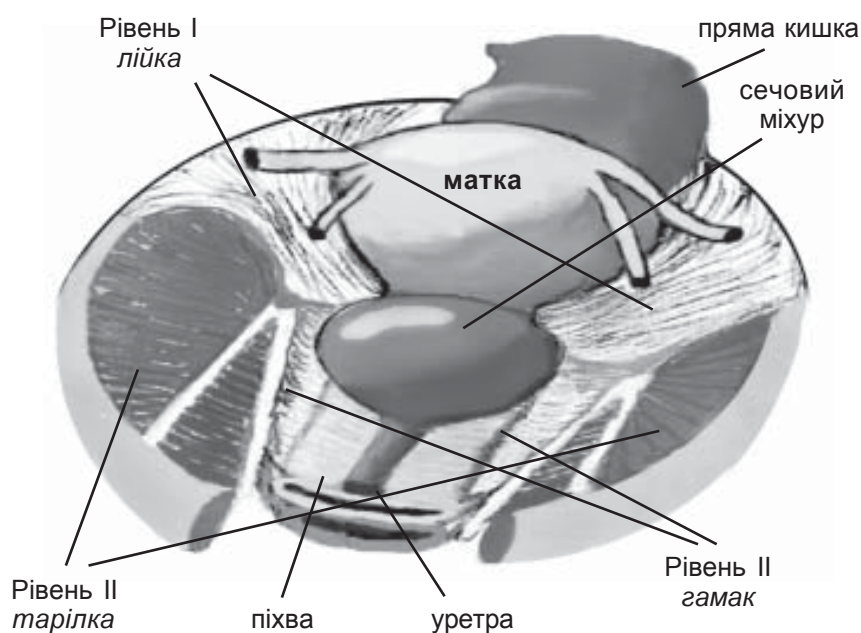


Рис. 1. Рівні підтримки тазових органів

гностоване порушення пітримуючого апарату I рівня, при якому розвинулося випадіння матки, опущення стінок піхви, і, як наслідок, стиснення уретри, яке призводило до obturaційного порушення відтоку сечі із сечового міхура та верхніх сечових шляхів аж до розвитку у 4 пацієнток мегациста та уретерогідронефрозу.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед найбільш характерних клінічних проявів з боку сечових шляхів у 17 хворих із пролапсом першої стадії було нетримання сечі при фізичному напруженні, швидкій ходьбі, кашлі та під час статевого акту. У 8 хворих із цієї групи відзначався хронічний тазовий біль.

Серед найбільш характерних клінічних проявів з боку сечових шляхів у 12 хворих з пролапсом другої стадії були ознаки obturaційного порушення уродинаміки нижніх сечових шляхів та гіперрефлексія детрузора (8 пацієнток). Сечовиділення у цих хворих було частим вдень і вночі (до 10–12 разів протягом дня та 3–4 рази вночі). При цьому сечовиділення здійснювалося малими порціями (до 60–80 мл). У 4 хворих розвинулися значні порушення з боку сечового міхура (мегацист) та верхніх сечових шляхів (уретерогідронефроз). Причина цих порушень була пов'язана з натягом сечоводів у зв'язку із випадінням матки, патологічним стисненням сечоводів, порушенням сечовипускання внаслідок збільшення тиску на уретру та розвитку міхурово-сечовідного рефлюксу.

Серед інших скарг у обстежуваних жінок були хронічний тазовий біль та порушення статевої функції (різке зменшення частоти статевих зносин у 21 пацієнтки, 8 жінок зовсім припинили статеве життя). При цьому основними причинами порушення статевої функції, за даними анкетування, були: виділення сечі під час статевого ак-

ту, зниження лібідо, тривога або депресія. Нетримання сечі при фрикційних рухах частіше траплялося у жінок із порушеннями підтримуючого тазового апарату II рівня (10 пацієнток) і пролапсом тазових органів I ступеня, тимчасом як виділення сечі з уретри при оргазмі частіше відзначалось у жінок із гіперрефлекторним сечовим міхуром (у 4 із 8 пацієнток). У цих хворих також відмічалися значні психологічні проблеми (депресія тощо). Якість життя цих хворих, згідно з результатами анкетування, не перевищувала 2 із 5 балів.

У хворих із порушенням підтримуючого апарату I рівня (12 пацієнток) і пролапсом тазових органів другого ступеня (випадіння матки, опущення стінок піхви, стиснення уретри з розвитком obturaційного порушення відтоку сечі із сечового міхура та верхніх сечових шляхів) наш вибір проведення симультанних операцій залежав від віку жінки, захворювань матки (інволюційна атрофія матки — 8 випадків, фіброміома матки — 4 випадки), а також від змін сечового міхура і верхніх сечових шляхів (інтерстиціальний цистит з вираженою клінікою гіперрефлексії — 8 пацієнток; мегацист із гіпомоторними порушеннями з боку детрузора та розвитком уретерогідронефрозу — 4 пацієнтки).

У 6 хворих з інволюційною атрофією матки нами проведена гістеропексія, а в двох випадках — гістеректомія. У всіх цих пацієнток виявлено супровідний інтерстиціальний цистит з вираженою гіперрефлексією детрузора. У зв'язку з цим усім цим хворим одночасно з операцією на матці за допомогою вільного шкірного шматка за методом М. А. Гончара [23] створено піхвово-надлобкову зв'язку, що дозволило ліквідувати опущення стінок піхви і провести ангуляцію уретри. Шляхом механічної дії на нервові провідникові шляхи під час виділення ближче до шийки боко-

вих стінок сечового міхура виконана часткова деіннервація за методом, розробленим Д. В. Каном [24]. У ранньому післяопераційному періоді цим хворим проводився курс антибактеріальної терапії (Кімацеф по 750 мг двічі на добу протягом 5 днів) і патогенетичне лікування (Диклоберл — свічки по 500 мг один раз на добу протягом 10 днів і м-холінолітик Везикар по 10 мг один раз на добу протягом 30 днів). Комплексне лікування дозволило усунути у післяопераційному періоді явища гіперрефлексії детрузора, імперативне нетримання сечі та хронічний тазовий біль. Ефективність симультанного оперативного втручання та консервативної терапії у післяопераційному періоді підтверджена в усіх 8 пацієнток.

У 4 хворих із фіброміомою та великим пролапсом матки через стиснення уретри розвинувся мегацист з вираженими явищами гіпомоторних порушень детрузора та клінікою уретерогідронефрозу. При цьому у двох хворих на фоні міхурово-уретерального рефлюксу розвинувся двосторонній уретерогідронефроз. У всіх цих випадках хворим проведена гістеректомія з одночасною фіксацією стінок піхви й ангуляції уретри за методом М. А. Гончара [23]. Хворим без міхурово-уретерального рефлюксу виконували часткову резекцію сечового міхура.

Хворим із міхурово-уретеральним рефлюксом і уретерогідронефрозом виконували резекцію більшої частини сечового міхура, а також нижніх відділів сечоводів із пересадженням залишених частин сечоводів у ортопічний сечовий міхур, сформований із клубової кишки.

Із трьох варіантів, наведених на рис. 2 (а, б, в), ми вибрали варіант а — заміна нижніх і середніх відділів сечоводів петлею U-подібної форми з клубової кишки. Для профілактики антиперистальтики та зменшення тиску у сліпих кінцях



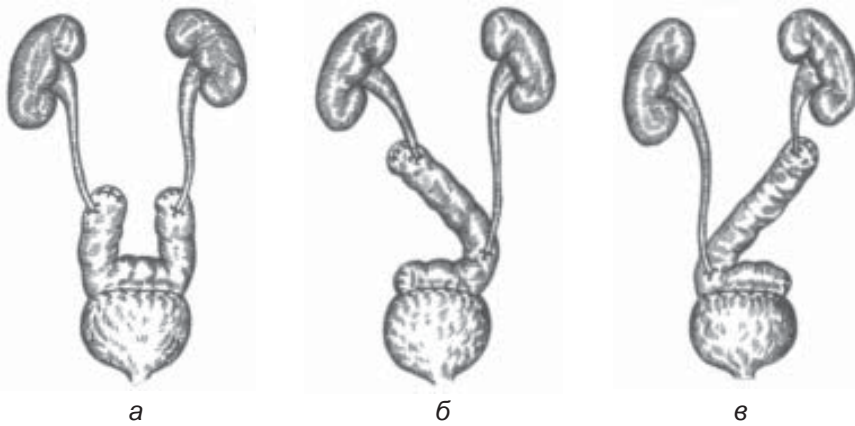


Рис. 2. Варіанти формування ортопічного сечового міхура

сформованого резервуара нижньої медіальний край кишковового трансплантата зшивали по медіальній поверхні та надавали йому Y-форми. Анастомози з кишковим резервуаром формували за типом «кінець у бік».

У хворих із порушеннями пітримуючого тазового апарату II рівня (17 пацієнток) і пролапсом тазових органів першого ступеня (опущення стінок піхви, зміна кута, вкорочення уретри та функціональне нетримання сечі) нами вибраний варіант симультанних операцій, які передбачали фіксацію вільним шкірним шматком опущених стінок піхви за методом М. А. Гончара [23] з одночасною зміною за допомогою ниток «Вікріл» кута уретри та фіксації шийки сечового міхура. У всіх прооперованих за даним методом хворих післяопераційний період, який у середньому становив 12 діб, перебігав гладко. Опущення стінок піхви було ліквідовано в усіх випадках.

У ранньому післяопераційному періоді хворим проводили курс антибактеріальної терапії (Кімацеф по 750 мг двічі на добу протягом 5 днів) і патогенетичне лікування (Диклоберл — свічки по 500 мг один раз на добу протягом 10 діб і Везикар по 10 мг один раз на добу протягом 30 діб). У результаті комплексного лікування нетримання сечі та хронічний тазовий біль було ліквідовано в усіх хворих цієї групи.

Сексуальні порушення у 12 (85,7 %) із 14 хворих з пролапсом тазових органів першого ступеня через 3 міс. після оперативного втручання повністю ліквідовані. Сексуальні порушення у 3 (75 %) із 4 хворих із пролапсом тазових органів другого ступеня через 3 міс. після оперативного втручання повністю ліквідовано.

Висновки

1. Проведення симультанних операцій та медикаментозної патогенетичної терапії у післяопераційному періоді у жінок із пролапсом тазових органів є ефективним способом лікування цих хворих, який дозволяє в короткі терміни ліквідувати уродинамічні ускладнення та порушення статевої функції.
2. Широке впровадження в урологічну та гінекологічну практику лапароскопічних технологій дозволить ще ширше використовувати симультанні оперативні втручання за наявності супровідної урологічної та гінекологічної патології у жінок із пролапсом тазових органів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Переверзев А. С. Клиническая урогинекология / А. С. Переверзев. — Харьков, 2000. — 230 с.
2. Попов А. А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. А. Попов. — М., 2001. — 48 с.
3. Смольнова Т. Ю. Патогенетическое обоснование выбора метода

хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Ю. Смольнова. — М., 1999. — 24 с.

4. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors / E. C. Samuelsson, F. T. Arne Victor, G. Tibblin, K. F. SvArdsudd // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 1999. — Vol. 180 (2). — P. 299-305.

5. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Т. Ю. Смольнова, С. Н. Буянова, С. В. Савельев, В. Д. Петров // Урология — 2006. — № 3. — С. — 32-34.

6. Гагарина С. В. Реконструктивные операции при стрессовом недержании мочи и опущении половых органов / С. В. Гагарина, Е. А. Чунаева // Урология. — 2005. — № 2. — С. 21-24.

7. Лоран О. Б. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза: пособие для врачей / О. Б. Лоран, А. В. Серегин, Л. В. Синякова. — М., 2006. — 180 с.

8. Горовий В. І. Чи впливає стресове нетримання сечі у жінок на сексуальну активність / В. І. Горовий, В. П. Головенко, А. О. Сапсай // Інфекції в урології. — Харьков, 2005. — С. 471-473.

9. Berman J. R. Female sexual dysfunction: new perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment / J. R. Berman, L. A. Berman, K. A. Kanaly // AU Update. Series 1. — 2003. — P. 166-177

10. Effects of urinary incontinence on female sexual function / A. Tasos, I. Pappas, D. Baltogiannis [et al.] // Eur. Urology. — 2003. — Suppl. 2. — P. 115. (XVIIIth Congress of the European association of Urology. Madrid, 2003).

11. Marinkovic S. P. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse / S. P. Marinkovic, S. L. Stanton // J Urol. (Baltimore). — 2004. — Vol. 171 (3). — P. 1021-1028.

12. Docs urodynamic investigation improve outcome in patients undergoing prolapse surgery? / J. P. Roovers, J. O. van Laar, C. Loffeld [et al.] // Neurourol. and Urodyn. — 2007. — Vol. 26 (2). — P. 170-175.

13. Пушкарь Д. Ю. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса гениталий у женщин / Д. Ю. Пушкарь, Г. Р. Касян // Материалы XI Съезда урологов России. — М., 2007. — С. 298-329.

14. Roovers J. P. Clinical relevance of urodynamic investigation tests prior to surgical correction of genital prolapse: a literature review / J. P. Roovers, M. Oelke // Int. Urogynecol. J. Pelvic



Floor Dysfunct. — 2007. — Vol. 18 (4). — P. 455-460.

15. *Minassian V.* Urinary incontinence as a worldwide problem / V. Minassian, H. Drutz, A. Al-Badr // *International Journal of Gynecology & Obstetrics* — 2003. — Vol. 82 (3). — P. 327-338.

16. *Діагностика* типів недержання мочи у жінок при пролапсе геніталій / В. І. Краснополський, С. Н. Буянова, Д. Ю. Петрова, В. І. Балашов // *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.* — 1999. — № 3. — С. 53-58.

17. *Vaginal prolapse and stress urinary incontinence: combined treatment by a single prosthesis* / F. Sergeant, B. Resch, A. Diguët [et al.] // *Progr.*

Urol. — 2006. — Vol. 16 (3). — P. 361-367.

18. *Пушкарь Д. Ю.* Диагностика и лечение сложных форм недержания мочи у женщин / Д. Ю. Пушкарь // *Акушерство и гинекология.* — 2000. — № 1. — С. 3-10.

19. *Лоран О. Б.* Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи / О. Б. Лоран // *Материалы Пленума Правления Российского общества урологов.* — М., 2001. — С. 21-41.

20. *Nihira M.* Epidemiology of urinary incontinence in women / M. Nihira, N. Henderson // *Curr Womens Health Rep.* — 2003. — Vol. 3 (4). — P. 340-347.

21. *Опыт* выполнения симультанных операций в неотложной хирургии

/ В. Н. Ситников, В. А. Бондаренко, М. В. Турбин [и др.] // *Материалы 25 конф. хирургов Российской Федерации.* — Ростов н/Д, 2007. — 180 с.

22. *Гагарина С. В.* Реконструктивные операции при стрессовом недержании мочи и опущении половых органов / С. В. Гагарина, Е. А. Чунаева // *Урология.* — 2005. — № 2. — С. 21-24.

23. *Гончар М. А.* Свободная кожно-подкожная пластика в урологии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. А. Гончар. — Минск, 1973. — 25 с.

24. *Кан Д. В.* Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д. В. Кан. — 2-е изд. — М. : Медицина, 1986. — С. 382-439.

УДК 616.131-007.271/008.331.1-06:616.126.4-007

А. В. Кліменко, В. Г. Карпенко, К. В. Руденко, Я. П. Труба,
О. С. Головенко, М. М. Руденко, В. В. Лазоришинець

ЗВУЖУВАННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ ФОРМОЮ АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СЕПТАЛЬНОГО ДЕФЕКТУ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ВИСОКОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ЛЕГЕНЕВІЙ АРТЕРІЇ

Державна установа «Національний інститут
серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова», Київ

Повна форма атріовентрикулярного септального дефекту (ПАВСД) належить до однієї з найбільш складних вроджених вад серця (ВВС), яка виявляється з частотою 3–7 % випадків від загальної кількості серцевих аномалій [1; 4; 6–8]. Різноманітність анатомічних форм вади у значній мірі утруднює її діагностику й адекватну хірургічну корекцію. Дана вада характеризується широким спектром анатомічних порушень внутрішньосерцевих структур і несприятливим природним перебігом. Про тяжкість клінічного перебігу ПАВСД свідчить той факт, що до 6 міс. доживає 52 % хворих із ПАВСД, до 12 міс. — 34 %, до двох років — 12 %, а до 5 років — лише 2 % хворих [1–3; 7; 8]. Ці дані свідчать,

що альтернативи хірургічним методам лікування ПАВСД сьогодні не існує.

Найбільш частим ускладненням природного перебігу вади, що призводить до раннього летального кінця, є досить швидкий розвиток легеневої гіпертензії (ЛГ), що супроводжується необоротними легенево-судинними змінами і взагалі унеможлиблює корекцію вади [4–8]. Прогноз захворювання — несприятливий. Середня тривалість життя неоперованих хворих із ПАВСД не перевищує 5–6 років. Це ускладнення в більшому ступені притаманне повній формі даної вади, хоча нерідко воно трапляється і при перехідній формі патології.

Симптомокомплекс анатомічних змін при даній ваді вклю-

чає наявність первинного дефекту міжпередсердної перегородки (МПП), загального атріовентрикулярного клапана (АВК) з аномаліями підклапанного апарату, звуження вивідного відділу лівого шлуночка (ВВЛШ) і дефект міжшлуночкової перегородки (ДМШП).

Мета дослідження: вивчити післяопераційні результати у пацієнтів з ПАВСД, що супроводжувався високою гіпертензією в ЛА, та визначити показання до звужування легеневої артерії (ЛА).

Матеріали та методи дослідження

Клінічні дослідження проведено у 39 пацієнтів раннього дитячого віку з різними типами ПАВСД, що супроводжувався

