

О. В. Лук'янчук, Ф. І. Костєв, О. М. Чайка, В. В. Сажієнко

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ДОСВІДУ ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ У ЖІНОК В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.62/618.1-007.44-08:001.8

О. В. Лукьянчук, Ф. И. Костев, А. М. Чайка, В. В. Сажиенко

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Проанализированные архивные материалы позволяют утверждать, что в структуре обращений женщин в многопрофильную университетскую клинику по поводу генитального пролапса преобладают клинически манифестированные формы III–IV степеней тяжести. Для большинства женщин с урогенитальным пролапсом присущи нарушения уродинамики, требующие коррекции во время оперативного вмешательства. Хирургическое лечение генитального пролапса следует проводить на основе комплексного подхода и индивидуального выбора комбинации различных способов коррекции заболевания, адекватной видам и степеням выраженности дефектов вагинальной анатомии и нарушениям функции тазовых органов, с учетом возраста пациентки, наличия гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Ключевые слова: генитальный пролапс, лечение, университетская клиника.

UDC 616.62/618.1-007.44-08:001.8

O. V. Lukyanchuk, F. I. Kostyev, O. M. Chayka, V. V. Sazhienko

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF UROGENITAL PROLAPSE UNDER CONDITIONS OF MULTIPROFILE UNIVERSITY CLINIC

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Background. Genital prolapse and stress incontinence are the pertinent problem of urogynecological practice. Last years there were developed new methods of diagnostics and treatment of this pathology. The study was aimed to analyze respectively the experience of the treatment of urogenital prolapse amongst females under conditions of multiprofile university clinic.

Material and methods. The study was conducted in the Center of Rehabilitative and Reconstructive Medicine of Odessa National Medical University. The retrospective analysis of the medical documentation of the patients operated in the department of surgery with invasive methods of diagnosis and treatment during 2010–2012 years. Statistical processing of obtained data was conducted with the software Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA).

Results. Analysed records provide the evidence of the prevalence of clinically manifested forms of genital prolapse with III–IV degree of the severity amongst females requested health care in the university clinic. The majority of females have the disorders of urodynamics requiring the correction during operative treatment.

Conclusion. Surgery of genital prolapse requires complex approach and individual choice of the combination of the various methods of disease correction adequate to the types and degrees of the defects of vaginal anatomy as well as pelvic disorders, taking patient's age and presence of gynecological and extragenital pathology into the consideration.

Key words: genital prolapse, treatment, university clinic.

Вступ

На думку багатьох фахівців, генітальний пролапс (ГП) і не-тримання сечі при напруженні є актуальними проблемами в урогінекологічній практиці. Останніми роками кількість публікацій, присвячених лікуванню, діагностиці, реабілітації та прогнозуванню цих станів, значно збільшилася [1–3]. Це, насамперед, пов'язано з розробкою

нових високоінформативних методів діагностики, а також із впровадженням у клінічну практику нових високоефективних методик хірургічного лікування з використанням різних імплантів, зокрема сітчастих алотрансплантатів [1; 4–6].

При аналізі факторів ризику виникнення ГП у пацієнток як найбільш важливі у прогностичному сенсі різні автори називають наявність пологової

травми, перенесені оперативні втручання на органах черевної порожнини й малого таза, наявність хронічних захворювань, асоційованих із дисплазією сполучної тканини, надмірну масу тіла, вік, гіпоестрогенні стани тощо.

Сьогодні існує більше 400 різних способів хірургічного лікування ГП. Це зумовлено як поліпшенням технічного та методологічного забезпечення



операцій, так і тим, що у зв'язку зі збільшенням тривалості життя зростає кількість літніх пацієнток, стурбованих станом свого здоров'я, збереженням активного способу життя та поліпшенням його якості протягом якомога більшого терміну [4; 5]. Традиційно часто виконуються передня, задня й середина кольпорафія, манчестерська операція, за показаннями — вагінальна гістеректомія за Мейо, кульдопластика за Макколом, сакроспинальна кольпосуспензія. Останнім часом широко застосовується лапароскопічна сакрокольпопексія. Значного розповсюдження набули передня, задня й тотальна екстраперитонеальна кольпосуспензія з використанням поліпропіленових сітчастих алотрансплантатів [6–10].

Також відомі різноманітні схеми консервативного лікування ГП, які застосовуються переважно за відсутності значних порушень анатомічних співвідношень органів малого таза [11; 12].

Втім, зважаючи на суперечливість і неповноту епідеміологічних даних про поширеність ГП та його причини, а також відсутність чітких алгоритмів вибору різних методів лікування даної патології, значний інтерес викликають узагальнення й аналіз наявної у світовій фаховій літературі інформації з питань діагностики, прогнозування та лікування ГП.

На думку багатьох дослідників, лікування генітального пролапсу у жінок слід проводити у багатопрофільних стаціонарах із застосуванням мультидисциплінарного підходу, коли участь у лікувальному процесі беруть і урологи, і гінекологи [12]. Найперспективнішими серед таких медичних установ є університетські клініки, в яких сконцентровано науково-технічний і кадровий потенціал.

Мета даного дослідження — ретроспективний аналіз досвіду лікування уrogenітального

пролапсу у жінок в умовах багатопрофільної університетської клініки.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведене на базі Центру відновлювальної та реконструктивної медицини ОНМедУ. Проведений ретроспективний аналіз медичної документації пацієнток, прооперованих у відділенні хірургії з інвазивними методами діагностики та лікування протягом 2010–2012 рр. Статистична обробка одержаних даних проводилася за допомогою програмного забезпечення Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) [13].

Результати дослідження та їх обговорення

За нашими спостереженнями, протягом 2010–2012 рр. на базі Центру було прооперовано 126 жінок, переважно віком після 45 років (98,4 %). Серед хворих превалювали клінічно маніфестовані форми з різними порушеннями уродинаміки. Генітальний пролапс I–II ступенів виявлений лише у 28 (22,2 %) жінок, у решти 98 (77,8 %) осіб були констатовані тяжкі форми захворювання. Уперше звернулися до лікаря з причини даної патології 120 (95,2 %) осіб, а у 6 (4,8 %) хворих приводом для звернення став рецидив ГП

після попереднього лікування. Супровідна гінекологічна патологія була виявлена у 81,0 % пацієнток.

Серед порушень сечовипускання превалювала стресова інконтиненція (27,0 %), рідше траплялися інфравезикальна обструкція (19,0 %) і нетримання сечі змішаного генезу (17,5 %). У 7,9 % пацієнток відзначалася полакіурія. За даними урофлоуметрії, у пацієнток найчастіше реєструвався переривчастий — у 32 (25,4 %) осіб або обструктивний — у 24 (19,0 %) жінок тип урофлоуметричної кривої. Рідше виявлялися стрімкий і перерваний типи (рис. 1).

Цистотометрію проводили пацієнткам, починаючи з березня 2012 р., однак, незважаючи на обмежений досвід застосування цієї діагностичної методики, вдалося виявити у деяких пацієнток патологічні феномени у вигляді гіперсенсорного низькоеластичного сечового міхура, у тому числі у вигляді термінальної гіперактивності.

При аналізі оперативної активності з приводу уrogenітального пролапсу визначено, що у більшості пацієнток виконувалися поєднані багатоетапні операції, найчастіше — вагінальна екстирпація матки у поєднанні з кольпорафією та сакроспинальною кольпосуспензією. Відносно часто прово-

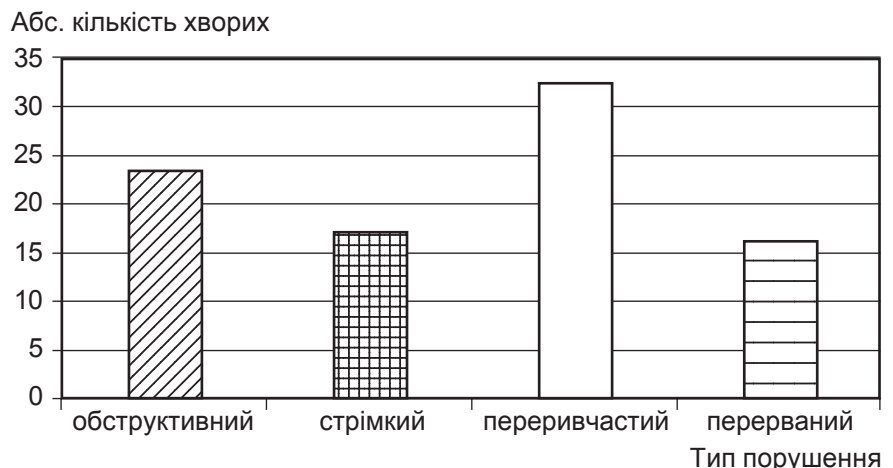


Рис. 1. Результати урофлоуметрії у жінок із генітальним пролапсом



Оперативні втручання з приводу генітального пролапсу у жінок (ретроспективний аналіз)

Таблиця 1

Вид операції	Абс. (%)
Вагінальна екстирпація матки у поєднанні з кольпорафією	14 (11,1)
Кольпорафія у поєднанні з сакроспінальною кольпосуспензією	2 (1,6)
Вагінальна екстирпація матки у поєднанні з кольпорафією та сакроспінальною кольпосуспензією	72 (57,2)
TVT-O пластика уретри	10 (8)
Вагінальна екстирпація матки у поєднанні з TVT-O пластикою уретри, кольпорафією та сакроспінальною кольпосуспензією	2 (1,6)
Вагінальна екстирпація матки у поєднанні з TVT-O пластикою уретри та кольпорафією	2 (1,6)
TVT-O пластика уретри у поєднанні з кольпорафією та сакроспінальною кольпосуспензією	8 (6,4)
Кольпорафія у поєднанні з ліпографтингом парауретральної клітковини, стінок піхви, вульварного кільця	2 (1,6)
Вагінальна екстирпація матки у поєднанні з кольпорафією та ліпографтингом парауретральної клітковини, стінок піхви, вульварного кільця	14 (11,2)

дили слінгові операції (TVT-O), серединну кольпорафію за Лефором тощо (табл. 1). В окремих випадках вдавалися до ліпографтингу парауретральної клітковини, який давав добрі функціональні результати у катamnестичному періоді.

Наш досвід показує, що хірургічне лікування ГП потребує комплексного підходу, що включає передопераційне обстеження, передопераційну підготовку, вибір методів хірургічної корекції захворювання і ведення післяопераційного періоду. На етапі передопераційного обстеження слід визначити наявність застійних і трофічних змін піхви та шийки матки, провести діагностику видів і ступеня вираженості дефектів вагінальної анатомії та порушень функції суміжних органів.

При дослідженні стану сечовивідної системи доцільне активне виявлення стресового нетримання сечі та наявності залишкової сечі, що свідчить про зниження тону сечового міхура. Передопераційну під-

готовку необхідно здійснювати за такими основними напрямками: санація сечостатевої системи, зменшення венозного застою і трофічних порушень у пролабуючих органах, відновлення тону м'язів промежи-ни та сечового міхура.

Визначаючи тактику хірургічного лікування, потрібно використовувати принцип індивідуального вибору комбінації різних способів корекції захворювання, адекватної видам і ступеням вираженості дефектів вагінальної анатомії та порушенням функції тазових органів, з урахуванням віку пацієнтки, наявності гінекологічної та екстрагенітальної патології. У репродуктивному віці та під час перименопаузи перевагу слід віддавати застосуванню органозберігаючих методів лікування.

Висновки

1. У структурі звернень жінок до багатопрофільної університетської клініки з приводу генітального пролапсу пре-

валюють клінічно маніфестовані форми III–IV ступеня тяжкості, що свідчить про незадовільну роботу з профілактики та раннього виявлення захворювання на попередніх етапах медичної допомоги.

2. Для більшості хворих із генітальним пролапсом властиві порушення уродинаміки, які потребують корекції під час оперативного втручання.

3. При хірургічному лікуванні генітального пролапсу потрібні комплексний підхід та індивідуальний вибір комбінації різних способів корекції захворювання, адекватної видам і ступеням вираженості дефектів вагінальної анатомії та порушенням функції тазових органів, з урахуванням віку пацієнтки, наявності гінекологічної й екстрагенітальної патології.

Перспективи подальших досліджень. Передбачається проведення проспективного когортного дослідження з оцінки клінічної ефективності застосування комбінованих оперативних втручань з приводу генітального пролапсу у жінок із використанням методу парауретрального ліпографтингу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Etude des facteurs de risque du prolapsus genital chez les femmes jeunes / N. Mathlouthi, B. Ben Ayed, M. Dhoub [et al.] // Tunis Med. – 2011. – Vol. 89 (7). – P. 627–631.*
2. *Onwude J. L. Genital prolapse in women / J. L. Onwude // Clin Evid (Online). – 2012. – pii: 0817*
3. *Maher C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women / C. Maher, B. Feiner, K. Baessler // Cochrane Database Syst Rev. – 2010. – Vol. 4. – CD004014.*
4. *Potential relevance of pre-operative quality of life questionnaires to identify candidates for surgical treatment of genital prolapse: a pilot study / C. Chauvin, E. Chéreau, M. Ballestier, E. Daran // BMC Urol. – 2012. – Vol. 12. – P. 9.*
5. *Etat des lieux de l'épidémiologie des prolapsus genitaux / R. Lousquy, P. Costa, V. Delmas, F. Haab // Prog Urol. – 2009. – Vol. 19 (13). – P. 907–915.*
6. *Prise en charge laparoscopique des prolapsus genitaux par suspension*



laterale au moyen d'une prothese: une serie de 377 cas / I. Eperon, C. Luyet, M. Yaron [et al.] // *Rev Med Suisse*. – 2011. – Vol. 7 (314). – P. 2084–2088.

7. *Transvaginal mesh in repair of pelvic organs prolapse as a minimally invasive surgical procedure* / R. Argirović, M. Berisavac, I. Likić-Ladević [et al.] // *Vojnosanit Pregl*. – 2011. – Vol. 68 (7). – P. 583–588.

8. *Mid-term outcome of laparoscopic sacrocolpopexy with anterior and posterior polyester mesh for treatment of genito-urinary prolapse* / F. Sergent, B. Resch, C. Loisel [et al.] // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. – 2011. – Vol. 156 (2). – P. 217–222.

9. *Transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse by the transobturator-infracoccygeal hammock technique: long-term anatomical and functional outcomes* / F. Sergent, B. Resch, M. Al-Khattabi [et al.] // *Neurourol Urodyn*. – 2011. – Vol. 30 (3). – P. 384–389.

10. *Hamann M. F. Deszensuschirurgie : Auffangnetze oder Sakropexie?* / M. F. Hamann, R. M. Bauer // *Urologe A*. – 2011. – Bd. 50 (7). – S. 798–801.

11. *Ahmed F. Management of pelvic organ prolapse* / F. Ahmed, T. Sotelo // *Can. J. Urol*. – 2011. – Vol. 18 (6). – P. 6050–6053.

12. *Запорожан В. Н. Оперативное лечение урогенитального пролапса влагалищным доступом* : практ. ру-

ководство / В. Н. Запорожан, А. А. Проценко. – Одесса : Одес. гос. мед. ун-т, 2010. – 157 с.

13. *Textbook "STATISTICA"* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.statsoft.com/textbook>

REFERENCES

1. Mathlouthi N., Ben Ayed B., Dhouib M. et al. *Etude des facteurs de risque du prolapsus genital chez les femmes jeunes*. *Tunis Med*. 2011; 89(7): 627-631.

2. Onwude J.L. *Genital prolapse in women*. *Clin Evid (Online)*, 2012. pii: 0817.

3. Maher C., Feiner B., Baessler K. *Surgical management of pelvic organ prolapse in women*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010; 4: CD004014.

4. Chauvin C., Chéreau E., Ballester M., Daran E. *Potential relevance of pre-operative quality of life questionnaires to identify candidates for surgical treatment of genital prolapse: a pilot study*. *BMC Urol*, 2012; 12: 9.

5. Lousquy R., Costa P., Delmas V., Haab F. *Etat des lieux de l'épidémiologie des prolapsus genitaux*. *Prog Urol*. 2009; 19(13): 907-915.

6. Eperon I., Luyet C., Yaron M., Dubuisson J., Dubuisson J.B. *Prise en charge laparoscopique des prolapsus genitaux par suspension laterale au*

moyen d'une prothese: une serie de 377 cas. *Rev Med Suisse*. 2011; 7(314): 2084-2088.

7. Argirović R., Berisavac M., Likić-Ladević I. et al. *Transvaginal mesh in repair of pelvic organs prolapse as a minimally invasive surgical procedure*. *Vojnosanit Pregl*. 2011; 68(7): 583-588.

8. Sergent F., Resch B., Loisel C. et al. *Mid-term outcome of laparoscopic sacrocolpopexy with anterior and posterior polyester mesh for treatment of genito-urinary prolapse*. 2011; 156(2): 217-222.

9. Sergent F., Resch B., Al-Khattabi M. et al. *Transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse by the transobturator-infracoccygeal hammock technique: long-term anatomical and functional outcomes*. *Neurourol Urodyn*. 2011; 30(3): 384-389.

10. Hamann M.F., Bauer R.M. *Deszensuschirurgie : Auffangnetze oder Sakropexie?* *Urologe A*. 2011; 50(7): 798-801.

11. Ahmed F., Sotelo T. *Management of pelvic organ prolapse*. *Can J Urol*. 2011; 18(6): 6050-6053.

12. *Zaporozhan V.N. Operative treatment of urogenital prolapse via vaginal approach [practical manual]* Odessa, 2010: 157.

13. *Textbook "STATISTICA"*. Electronic resource. Retrieved from: <http://www.statsoft.com/textbook>

Надійшла 12.11.2012

УДК 616.126.42-007.43-053.2-02:616.2-022.7

Г. С. Попік, Г. А. Данильчук

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ЧАСТО ХВОРІЮЧИХ ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.126.42-007.43-053.2-02:616.2-022.7

Г. С. Попик, Г. А. Данильчук

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель настоящего исследования — изучение характера вегетативной регуляции и обеспеченности у часто болеющих детей с пролапсом митрального клапана (ПМК). Обследовано 116 часто болеющих детей с ПМК и 22 ребенка с ПМК, которые болели острыми респираторными заболеваниями до 6 раз в год, в возрасте от 6 до 16 лет. Для оценки функционального состояния ВНС использовался метод кардиоинтервалографии. Установлено, что у часто болеющих детей с ПМК наблюдаются более выраженные изменения временных и спектральных показателей вариабельности сердечного ритма, состояния регуляторных систем и вегетативной обеспеченности сердечной деятельности по сравнению с группой детей с ПМК, которые болели острыми респираторными заболеваниями до 6 раз в год.

Ключевые слова: вегетативная нервная система, часто болеющие дети, пролапс митрального клапана.

