

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ У ПАЦІЄНТОК ПОХИЛОГО ВІКУ З УРОЛОГІЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

Ф.І. Костєв, О.М. Чайка, Л.І. Красилюк

Одеський національний медичний університет

Вступ. Пролапс тазових органів є актуальною сучасною міждисциплінарною проблемою. Ця патологія значно знижує якість життя жінок, а інколи призводить до їх повної дезадаптації. Порушення функцій нижніх сечових шляхів відзначає кожна третя пацієнтка з генітальним пролапсом. У деяких випадках симптоми нижніх сечових шляхів мають прямий взаємозв'язок з генітальним пролапсом [1–3].

В Україні серед жінок віком від 45 років генітальний пролапс III ступеня зустрічається у 13% випадків, а генітальний пролапс IV ступеня – у 12% випадків. Генітальний пролапс III та IV ступенів у жінок репродуктивного віку спостерігається у 4,7% випадків, у жінок пременопаузального віку – у 5,3%, менопаузального віку – у 65,0% [1]. Згідно з даними Американської асоціації урологів у кожній четвертій жінки, старшої 60 років, зустрічаються різні форми пролапсу внутрішніх органів. Близько 36 млн. жінок у США та Європі страждають на генітальний пролапс, близько 7 млн. потребують хірургічного лікування (ICS) [3].

При важкому генітальному пролапсі нерідко окрім нетримання сечі зустрічаються інші урологічні ускладнення, в тому числі двосторонній уретерогідронефроз, який потребує відповідного лікування. Основними патогенетичними факторами порушення уродинаміки нижніх сечових шляхів у жінок на пролапс тазових органів є зміщення уретри та шийки сечового міхура, порушення виведення сечі з сечового міхура і верхніх сечових шляхів, підвищення тиску в сечовому міхурі, що призводить до виникнення інконтиненції, гіперактивності детрузора, обструкції нижніх сечових шляхів, яка підвищує ризик розвитку порушень уродинаміки верхніх сечових шляхів, розвиток інфекційно-запальних процесів. У зв'язку з цим фахівці рекомендують застосування симультанних втручань, спрямованих на нормалізацію уродинаміки та одночасне усунення їх причини.

Мета дослідження: оцінка поширеності симультанних хірургічних втручань при генітальному пролапсі у жінок.

Матеріали та методи дослідження. Проведений інформаційний пошук у базах даних EMBASE та MEDLINE за наступною стратегією: Simultaneous [AllFields] AND genital [AllFields] AND («prolapse» [MeSHTerms] OR «prolapse» [AllFields]) AND («therapy» [Subheading] OR «therapy» [AllFields] OR «treatment» [AllFields] OR «therapeutics» [MeSHTerms] OR «therapeutics» [AllFields]).

Для подальшого аналізу відібрано 20 інформаційних джерел.

Крім того, проаналізовані записи медичної документації урологічних відділень МКЛ № 10 (м. Одеса) та хірургічного відділення Центру відновлювальної та реконструктивної медицини ОНМедУ.

Результати та їх обговорення. За даними проаналізованих інформаційних джерел найчастіше симультанні втручання включають заходи, спрямовані на відновлення відтоку сечі та усунення постренальних факторів хронічної ниркової недостатності, рідше виконується нефректомія при необоротних змінах у паренхімі нирки. Основна частина подібних випадків реєструється у країнах СНД та країнах, що розвиваються, що обумовлено пізнім виявленням генітального пролапсу, недостатнім розвитком мережі спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів та соціально-економічними причинами [4–6].

У клінічних керівництвах EAU [7] та [8] зазначається, що пролапс тазових органів часто поєднується з нетриманням сечі при напрузі, тому рекомендації з діагностики та лікування повинні враховувати обидва цих стани одночасно. У деяких проведених дослідженнях обґрунтовується доцільність одномоментної операції з корекції пролапсу тазових органів та накладення середньоуретрального слінгу TVT з превентивною метою [9]. Проте, в європейських рекомендаціях вказується на те, що тільки у випадках, коли є симптоматичне або доведене «приховане» нетримання сечі при пролапсі тазових органів, симультанна операція є кращою.

У роботі Hui S.V, et al. (2012) показано, що у пацієток похилого віку за наявності додаткових чинників ризику, зокрема надлишкової ваги, цукрового діабету та високого паритету в анамнезі більш часто виникає гідронефроз (ВШ=3,4 95% ДІ: 1,3–9,2), що відповідає 10,3% від загальної кількості хворих з генітальним пролапсом III та IV ступенів тяжкості. У 95% пацієток застосуванням симультанного хірургічного втручання було досягнуто відновлення уродинаміки та ліквідовані прояви хронічної ниркової недостатності.

За період із 2010 до 2014 року нами спостерігалися 14 випадків виникнення урологічних ускладнень у вигляді постренальної хронічної ниркової недостатності, обумовлених двостороннім уретерогідронефрозом. Наводимо характерний клінічний приклад:

Пацієнтка П., 77 років, поступила в приймальне відділення зі скаргами на затруднене сечовипускання, зменшення об'єму сечі, слабкість, нездужання. На момент первинного огляду: повне випадіння матки (генітальний пролапс IV ст.), при вправленні матки – позитивна проба Вальсальви і кашльовий тест. На УЗД – двосторонній уретерогідронефроз. Лабораторно: сечовина крові – 29 ммоль/л, креатинін крові – 560 мкмоль/л.

Виставлено діагноз: Генітальний пролапс IV ст. (повне випадіння матки). Двосторонній уретерогідронефроз. ХНН – II ст. (обумовлена обструктивною нефропатією), стресове нетримання сечі (приховане). Гіпертонічна хвороба II ст., середнього ризику. Ішемічна хвороба серця. Атеросклеротичний кардіосклероз. Серцева недостатність II-A ступеня.

Враховуючи тяжкість загального стану, обумовленого нирковою недостатністю та супутньою вторинною анемією середнього ступеня важкості, хворій виконано етапне хірургічне лікування: уретроцистоскопія, стентування обох сечоводів. На тлі проведеної комплексної терапії та відновлення відтоку сечі з нирок стабілізувався загальний стан і лабораторні показники (сечовина крові понизилась до 11 ммоль/л, креатинін крові – до 160 мкмоль/л). На даному етапі виконана хворій трансвагінальна гістеректомія, передня кольпорафія, TVT-уретропексія. У післяопераційному періоді протягом 3 місяців спостереження стресової інконтиненції у хворої не спостерігалось.

Висновки. Симультанне застосування хірургічних методів лікування генітального пролапсу важкого ступеня, з етапним, за показаннями, лікуванням супутньої урологічної патології є патогенетично спрямованим, доцільним та може бути рекомендоване для широкого застосування у клінічній практиці.

Список літератури

1. Запорожан В.Н. *Оперативное лечение урогенитального пролапса влагалищным доступом: [практ. рук.] / В.Н. Запорожан, А.А. Проценко. – О. : Одес. медуниверситет, 2010. – 157 с.*
2. *Ретроспективний аналіз опыта лечения генитального пролапса у женщин в условиях многопрофильной университетской клиники / О.В. Лукьянчук, Ф.И. Костев, А.М. Чайка, В.В. Сажиненко // Одеський медичний журнал. – 2013. – № 1. – С. 60–63.*
3. Ahmed F. *Management of pelvicorgan prolapse / F. Ahmed, T. Sotelo // Can J Urol. – 2011. – V. 18(6). – P. 6050–6053.*
4. Миронов В.Н. *Уретерогідронефроз при пролапсе тазових органів у жінок / В. Н. Миронов // Урологія. – 2012. – № 5. – С. 21–23.*
5. *Hydronephrosis and pelvicorgan prolapse / Costantini E., Lazzeri M., Mearini L. et al. // Urology. – 2009. – V. 73(2). – P. 263–267.*
6. *A prospective study on the prevalence of hydronephrosis in women with pelvicorgan prolapse and theirout comes after treatment / Hui S.Y., Chan S.C., Lam S.Y., Lau T.K., Chung K.H. // Int. Urogynecol. J. – 2011. – V. 22(12) – P. 1529–1534.*
7. Керівництво EAU. *Електронний ресурс. Режим доступу: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/ESFFU-in-EUT-2012-4.pdf>.*
8. Collins C.W., Winters J.C. *American Urological Association. Society of Urodynamics Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. AUA/SUFU urodynamics guideline: a clinical review // Urol. Clin. North. Am. – 2014. – V. 41(3). – P. 353–362.*
9. *A midure thrals lingtor educe in continence after vaginal prolapse repair / Wei J.T., Nygaard I., Richter H.E. [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2012. – V. 366(25). – P. 2358–2367.*

Реферат

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОК ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА С УРОЛОГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Ф.И. Костев, А.М.Чайка, Л.И. Красилюк

Целью исследования была оценка распространенности симультанных хирургических вмешательств при генитальном пролапсе у женщин. По данным проанализированных информационных источников наиболее часто симультанные вмешательства включают мероприятия, направленные на восстановление оттока мочи и устранение постренальных факторов хронической почечной недостаточности, реже выполняется нефрэктомия при необратимых изменениях в паренхиме почки. Основная часть подобных случаев регистрируется в странах СНГ и развивающихся странах, что обусловлено поздним выявлением генитального пролапса, недостаточным развитием сети специализированных лечебно-профилактических учреждений и социально-экономическими причинами. Показано, что симультанное применение хирургических методов лечения генитального пролапса тяжелой степени, с этапным, по показаниям, лечением сопутствующей урологической патологии является патогенетически направленным, целесообразным и может быть рекомендовано для широкого применения в клинической практике.

Ключевые слова: генитальный пролапс, лечение, симультанные вмешательства.

Адреса для листування

Красилюк Леонид Иванович
E-mail: Krasilyuk@gmail.com

Summary

SIMULTANEOUS SURGICAL INTERVENTIONS IN PATIENTS OF ADVANCED AGE WITH UROLOGICAL COMPLICATIONS OF GENITAL PROLAPSE

F.I. Kostev, A.M.Chayka, L.I. Krasilyuk

The aim of the study was to estimate the prevalence of simultaneous surgical interventions for genital prolapse in women. By analyzed data and information sources most often simultaneous interventions include measures aimed at restoring the flow of urine and elimination postrenal factors of chronic renal failure, rarely performed nephrectomy in irreversible changes in the renal parenchyma. The majority of the cases are among the CIS countries and developing countries, due to late detection of genital prolapse, the development of a network of specialized health care institutions and socioeconomic issues. It was shown that a simultaneous use of surgical treatment of genital prolapse, severe, with a landmark, according to testimony, concomitant treatment of urological diseases is pathogenetically directed, appropriate and can be recommended for wide spread use in clinical practice.

Keywords: genital prolapse, treatment, simultaneous intervention.