

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО АКУШЕРСТВА

УДК 618.11+618.14]-089.87:616.-08

Венцівський Б.М., Яроцький М.Є., Пирогов В.О., Сокол І.В.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК ПІСЛЯ ГІСТЕР- І ГІСТЕРОВАРИОЕКТОМІЇ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Інститут урології АМН України, м. Київ

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК ПІСЛЯ ГІСТЕР- І ГІСТЕРОВАРИОЕКТОМІЇ – Гістероваріоектомія призводить до порушення функції нижніх сечовивідних шляхів, таких як ургентне нетримання сечі та нейрогенні розлади сечових шляхів. Застосування направленої фармако-терапії, електростимуляції та лікувальної фізкультури в ранній післяопераційний період дозволяє зменшити кількість ускладнень функції нижніх сечових шляхів.

КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕР-И ГИСТЕРОВАРИОЭКТОМИИ – Гистероваріоектомія приводить к нарушению функции нижних мочевыводящих путей, таких как ургентное недержание мочи и нейрогенные нарушения мочевых путей. Использование целенаправленной фармако-терапии, электростимуляции и лечебной физкультуры в раннем послеоперационном периоде разрешает уменьшить количество осложнений функций нижних мочевых путей.

CLINICO-PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF PREVENTIVE MAINTENANCE AND TREATMENT OF UROGENITAL INFRINGEMENTS AT WOMEN AFTER HYSTERO-AND HYSTEREOVARIOECTOMY – Hysterovarioectomy results in disturbance of function of lower urinary ducts, such as acute enuresis and neurogenic dysfunctions of uric ways. Use of the directed pharmacotherapy, electrostimulation and physiotherapeutic exercises in the early postoperative period allows to reduce quantity of complications of function of lower urinary ducts.

Ключові слова: гістероваріоектомія, нижні сечові шляхи, електростимуляція.

Ключевые слова: гистеровариоэктомия, нижние мочевые пути, электростимуляция.

Key words: hysterovarioectomy, lower urinary ducts, electrostimulation.

ВСТУП На сучасному рівні накопичено достатню кількість робіт про часті порушення сечовидільної функції у хворих з доброякісними пухлинами матки і придатків [1, 2, 3].

У жінок з фіброміомою матки у 42 % випадків спостерігались як суб'єктивні скарги, так і підтверджені об'єктивними методами досліджень порушення функції (від 13 до 27 %) нижніх сечовивідних шляхів [3].

В ранній післяопераційний період після гістероваріоектомії кількість скарг збільшилась на 21 %, а порушення функції нижніх сечовивідних шляхів змінились різними показниками у 15-20 % випадків [4].

В зв'язку з чим, лікувальна тактика повинна бути направлена на ліквідацію порушень функції сечового міхура та сфінктерного апарату залежно від характеру змін.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під нашим спостереженням знаходились 126 жінок, які поступили в клініку для оперативного лікування в зв'язку з доброякісними пухлинами матки, у яких вивчалась функція нижніх сечовивідних шляхів.

Із прооперованих жінок під нашим спостереженням знаходилось 63 жінки, які були прооперовані з приводу фіброміоми матки. Хворі були розділені на групи залежно від обсягу оперативного втручання. В першу групу ввійшли жінки (42), яким було виконано гістероваріоектомію, в другу (21) – гістеректомію. Вік жінок коливався від 30 до 70 років, середній вік становив 45,4±15.

Для вивчення функції нижніх сечовивідних шляхів у всіх хворих до операції проводили детальний збір анамнезу (початок і прогресування хвороби, попередні оперативні методи лікування). Вивчались показники сечі та крові. У разі необхідності проводився посів сечі на стерильність з

визначенням антибіотикограми. При наявності показань проводилось рентгенологічне обстеження сечового міхура у вигляді цистографії і мікційної цистографії з контрастним препаратом (урографін). Спеціальними методами дослідження нижніх сечовивідних шляхів були урофлоуметрія, а при показаннях цистометрія і профілометрія.

Ці дослідження проводилися на апараті "Mercur-4000", фірми "WIEST" (Німеччина).

Вивчались наступні параметри сечовипускання:

- об'єм виділеної сечі – V мл;
- тривалість сечовипускання – T с;
- максимальна швидкість току сечі – Qmax мл/с;
- середня швидкість витікання сечі – Qave мл/с.

Qmax – максимальний потік сечі залежить від ступеня наповнення сечового міхура, а також від віку хворої.

T – тривалість сечовипускання не залежить від ступеня наповнення сечового міхура.

Qave – середній потік сечі, який характеризує тонус детрузора під час сечовипускання.

Було проведено детальне клінічне обстеження, при показаннях хворим виконувалась оглядова, екскреторна урографія за загальноприйнятою методикою.

Всім хворим з фіброміомою матки було виконано спеціальні методи дослідження нижніх сечовивідних шляхів – урофлоуметрія, а також, при показаннях, цистометрія і профілометрія.

Всі ускладнення у хворих після оперативного втручання можна поділити на дві групи. В першу групу ввійшли хворі з діагнозом ургентне нетримання сечі (12 хворих), в другу – нейрогенні розлади сечовипускання (14 хворих).

Для електростимуляції ми рекомендуємо апарат "Ампліпульс"; режим роботи – I, рід робіт – II, частота – 70 Гц, модуляція 100 %, тривалість пакета сигналів відносно паузи 4-6, електроди куприк (S2-S4) – над лоном. Курс лікування – 14 щоденних процедур тривалістю 15 хвилин, між курсами – місячна перерва, усього 3-6 курсів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для лікування післяопераційних ускладнень застосовували методику направленої фармако-терапії в комплексі з електростимуляцією нервово-м'язових структур нижніх сечових шляхів із врахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта, виявлених під час, до- та післяопераційного дослідження.

Враховуючи, що однією з ланок патогенезу при ургентному нетриманні сечі є підвищення тону детрузора та зниження тону м'язів сфінктера сечового міхура, для лікування хворих використовувались блокатори мускаринових М-холінорецепторів та стимулювання а-адренорецепторів. М-холінорецептори відносяться до постгангліонарних закінчень парасимпатичної нервової системи, які розташовані переважно в гладеньких м'язах детрузора і виконують функції стимуляції цього м'яза [5]. Фармако-терапія такими препаратами, як дріптан, детрузитол призводить до блокади М-холінорецепторів та прямої спазмолітичної дії, що викликає розслаблення детрузора сечового міхура, що веде до збільшення його об'єму та зменшення спонтанної активності. А-адреноміметики відносяться до симпатичної

нервової системи, розташовані в зоні сфінктера сечового міхура та уретри. А-адреноміметики (ефедрин, дефедрин) використовуються при недостатності функції сфінктерного апарату.

Фармакотерапія поєднується з електростимуляцією детрузора і сфінктерного апарату. Під впливом електростимуляції відбувається дія не тільки на периферичні нервові структури, а й на нервові центри, що веде до нормалізації реактивності обох відділів вегетативної нервової системи. Відзначається також трофічна дія електростимуляції, розширення венул, збільшення кількості працюючих капілярів.

В першу групу з діагнозом ургентне нетримання сечі ввійшли 12 хворих. Основними скаргами були: полакіурія (8-12 разів на день), імперативні позиви (2-3 рази на день), ургентне нетримання сечі (1-2 на день). Лабораторні дослідження крові та сечі – без особливостей.

Всі хворі цієї групи пройшли 3 курси електростимуляції та фармакотерапії блокаторами М-холінорецепторами (дріпан 1 таблетка тричі на добу, протягом 14 днів, чи детрузитол 1 таблетка двічі на добу 14 днів).

Показники уродинаміки у хворих цієї групи через місяць після гістероваріоектомії та після 3 курсів лікування представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Показники уродинаміки у хворих ургентної форми нетримання сечі до та після лікування

Показники УФМ	До лікування	Після лікування
V, см ³	290±19	320±21
Q max, мл/с	25,6±2,1	27,7±2,4
Q ave, мл/с	148±1,1*	22,61,4*
T, с	19,6±1,8*	14,1±1,0*

Примітка. * – p<0,05.

Під впливом лікування у хворих зникли епізоди нетримання сечі, знизилась кількість імперативних позивів (до 1 разу на 2-3 дні), зменшилась кількість сечовипускання (до 5-6 разів на день). Покращилась функція нижніх сечовивідних шляхів за показниками УФМ. Зросла ємність сечового міхура на 9,4 % (p>0,05), зросла Qmax на 7,6 % (p>0,05), статистично вірогідно зросло середнє сечовипускання на 34,4 % (p<0,05) та скоротився його час на 28,1 % (p<0,05), що вказує на підвищення тону детрузора, нормалізацію його скоротливої активності.

В другій групі хворих (14 жінок) основними скаргами були: утруднене сечовипускання, відчуття залишкової сечі, кількість сечовипускання не перевищувало 3-4 рази на добу.

Всі хворі цієї групи пройшли 3 курси електростимуляції та фармакотерапії М-холіноміметиками (прозерин) і а-адреноблокаторами (піросан).

Показники уродинаміки у хворих цієї групи через місяць після гістероваріоектомії та після 3 курсів лікування представлені в таблиці 2.

Таблиця 2. Показники уродинаміки у хворих із нейрогенними розладами сечовипускання до і після лікування

Показники УФМ	До лікування	Після лікування
V, см ³	382±22	296±19
Q max, мл/с	22,1±1,8	25,8±1,9
Q ave, мл/с	12,6±1,0*	17,6±1,3*
T, с	30,2±1,9*	16,8±1,3*

Примітка. * – p<0,05

В результаті лікування у хворих покращилось сечовипускання (5-7 разів на день), зникло почуття залишкової сечі.

Покращилась функція нижніх сечовивідних шляхів за показниками УФМ. Зменшилась ємність сечового міхура на 22,5 %, зросла Qmax на 14,4 %, статистично вірогідно зросла Qave на 28,4 % (p<0,05) та час сечовипускання на 44,4 % (p<0,05).

Ці показники свідчать про покращання скоротливої активності детрузора, нормалізацію акту сечовипускання.

ВИСНОВКИ: Таким чином, застосування в ранній післяопераційний період, після гістероваріоектомії, направленої фармакотерапії, електростимуляції та ЛФК дозволяє значно зменшити кількість ускладнень функції нижніх сечовивідних шляхів.

ЛІТЕРАТУРА

- Адамян Л.В., Ханзяян М.Л., Гречихина Н.Ф., Аскольская С.И., Стрижакова М.А. Функциональные состояния мочевыделительной системы у больных миомой матки до и после гистерэктомии// Эндоскопические и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. – М.: ПАНТОРИ. – 2001. – С. 77-80.
- Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М.: Медицина, 1999. – 132 с.
- Венцківський Б.М., Яроцький М.Є., Пирогов В.О., Сокол І.В. Вплив розміру фіброміоми матки на функціональний стан нижніх сечовивідних шляхів// Зб. наук. праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – 2003. – С. 393-397.
- Пирогов В., Яроцький Н.Е. Функциональные состояния нижних мочевыводящих путей у женщин с фибромиомой матки до и после гистер- и гистероваріоэктомии// Здоровье женщины. – 2003. – №4(16). – С. 78-81.
- Drife J. Couseviny the cervix at hysterectomy: commentaries // Br. J. Obstet. Gynecol. –1994. – Vol.101. – P. 563-564.