

О.М. Проценко¹, Я.М. Вітовський¹, С.В. Маркітанюк²¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ²Перинатальний центр м. Києва

ГЕНІТОУРИНАРНИЙ СИНДРОМ ПІСЛЯ ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

Міома матки — найрозповсюдженіша пухлина в структурі гінекологічних захворювань, і частота її за останні десятиріччя зростає у жінок репродуктивного та перименопаузального віку, становлячи близько 35–45%, а радикальне хірургічне лікування зазвичай залишається методом вибору у цих жінок. Нами прооперовано 64 жінки репродуктивного віку з лейоміомою матки, яким виконано трансвагінальну гістеректомію без додатків. Майже кожна третя пацієнтка до п'ятого року моніторингу після гістеректомії відзначала неспроможність тазового дна та ознаки цисто-ректоцеле I–II ступеню, синдром релаксації тазового дна, а ступінь вираженості генітоуринарних розладів на пряму залежав від оперативних технік, віку, коли було проведено оперативне лікування та ступеня гіпоестрогенії. Підходи до реабілітації таких пацієнток після гістеректомії, що існують на сьогодні, носять суперечливий характер, висвітлюючи тільки окремі аспекти корекції її наслідків.

Ключові слова: міома матки, гістеректомія, генітоуринарний синдром.

АКТУАЛЬНІСТЬ

У структурі гінекологічних захворювань найрозповсюдженішою пухлиною репродуктивної системи жінки є лейоміома матки, і частота її виникнення за останні десятиріччя проявляє тенденцію до підвищення у жінок репродуктивного та перименопаузального віку, становлячи близько 35–45% [2, 8]. Як демонструють зарубіжні джерела, третина жінок віком до 60 років у США перенесли гістеректомію, у Німеччині до 18% пацієнток репродуктивного віку зазнали такого оперативного втручання [9].

Оперативне лікування, що здійснюється в період найактивнішого соціального життя жінки, її самореалізації у суспільстві і сім'ї та продуктивної професійної діяльності, вимагає розробки систематизованої цілеспрямованої системи реабілітації таких хворих після гістеректомії, підходи до якої, що існують на сьогодні, мають суперечливий характер, висвітлюючи тільки окремі аспекти корекції наслідків хірургічного втручання [4, 6].

Враховуючи збільшення частки радикальних операцій у жінок активного репродуктивного віку, відсутність уніфікованих підходів до діагностики та профілактики віддалених післяопераційних наслідків щодо яєчників та неспроможності тазового дна, розроблення системи надання лікувально-профілактичної допомоги у вказаному аспекті зберігає свою актуальність як у науковій, так і в практичній площині. На сьогодні відсутня однозначна думка щодо ранньої діагностики післяопераційних ускладнень, таких як пролапс органів

малого тазу та синдром хронічного тазового болю після радикальних хірургічних втручань з приводу лейоміоми матки, що зумовлює доцільність пошуку прогностичних предикторів віддалених післяопераційних ускладнень та розробку й оптимізацію хірургічних технік, спрямованих на покращення параметрів якості життя у цієї когорти пацієнтів [1, 3, 5–7].

Усе вищевикладене і визначило мету даного наукового пошуку — розробити діагностичний алгоритм і програми профілактики віддалених післяопераційних ускладнень у жінок репродуктивного віку після радикального хірургічного лікування з приводу лейоміоми матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У ході виконання даної частини наукового дослідження нами проліковано методом хірургічного втручання 64 жінки репродуктивного віку з лейоміомою матки, яким виконано трансвагінальну гістеректомію без додатків (основна група). У групу порівняння увійшли 20 пацієнток із гістеректомією, проведеною трансабдомінальним доступом. Критеріями виключення були: оварієктомія в анамнезі, злоякісні захворювання будь-якої локалізації, тяжка соматична патологія, відмова пацієнток від участі в дослідженні. Контрольну групу сформували 30 умовно здорових жінок репродуктивного віку. До діагностичного алгоритму включали оцінку стану тазового дна та урогенітальної дисфункції із використанням стандартизованої системи POP-Q, характеристику параметрів якості життя як на ета-

пі передопераційного спостереження, так і протягом 12 міс, 3 та 5 років після оперативного втручання, ультразвукову сонографію органів малого тазу та оцінку структури яєчників. Для визначення ознак неспроможності тазового дна та дисфункції органів малого тазу використовували кашлеву пробу, пробу Вальсальви, «стоптест»-пробу із конусами Кегеля тощо. Статистичну обробку матеріалу здійснювали за допомогою пакету «STATISTICA 6,0» прикладної програми Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Як вказують літературні джерела, радикальні оперативні втручання з приводу лейоміоми матки, без сумніву, спричиняють порушення не тільки функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової осі та асоціативних зв'язків з наднирниковими залозами та щитоподібною залозою, але й зумовлюють зміни іннервації, кровопостачання та лімфовідтоку органів малого тазу, що призводить до зміни функції як тазових органів, так і тазового дна в цілому [3, 7]. Наші дослідження дозволили підтвердити думку щодо особливостей генітоуринарного статусу пацієнток репродуктивного віку після гістеректомії. Отримані в динаміці післяопераційного періоду результати продемонстрували високий рівень урогенітальної інфекції та порушень мікробіоти статевих шляхів у 53 хворих (63,1%) уже до 3 років після гістеректомії, десценція тазового дна була діагностована у кожній третій пацієнтки, полакіурія — у 14,3% випадків (у половини з них — у нічні години), стресова інконтиненція сечі — у 9,5%, імперативна форма нетримання сечі — у 11,9% хворих, цистоцеле та ентероцеле у їх поєднанні — у 13,1%, причому без статистично значущих відхилень у групах.

Синдром хронічного тазового болю верифіковано до 3 років спостереження у 27 пацієнток (32,1%), причому в групі порівняння больові відчуття відмічали у 1,8 раза частіше ($p < 0,05$), як і обмеження рухомості культі, тяжистість у проєкції придатків, інфільтрацію та ущільнення тканин. Метеоризм, дискомфорт у кишечнику та закрепи відзначали практично в однаковій частки пацієнток обох груп.

Слід відмітити, що у 12 випадках у віддалений післяопераційний період (до 5 років спостереження) пацієнтки зазнали повторних оперативних втручань (з приводу спайкового процесу і хронічного тазового болю, захворювань культі та післяопераційного пролапсу геніталій). Доцільно вказати, що вираженість віддалених післяопераційних ускладнень, урогенітальної дисфункції та клінічних проявів спайкового процесу була більш значущою у пацієнток групи порівняння, а також демонструвала чіткі кореляційні зв'язки з перименопаузальним віком жінки, що підтверджують дані щодо вагомого впливу естрогенового статусу в післяопераційному адгезіогенезі та дисфункції тазового дна [1, 3, 5, 7, 8, 10].

Зіставлення симптомів урогенітальної дисфункції з тривалістю моніторингу в післяопераційний

період дозволили відзначити збільшення їх частки у віддаленіші терміни після оперативного втручання. Так, клінічні прояви генітоуринарного синдрому спостерігали у 3,6% пацієнток до року спостереження зі збільшенням верифікації симптомів у 2,7 раза (до 9,5% випадків) через 12 міс та збереженням прогресивної динаміки протягом усього періоду моніторингу. Найвищий ступінь дискомфорту був у пацієнток після трансабдомінальної гістеректомії з давністю оперативного лікування більше 5 років.

ВИСНОВКИ

Абдомінальна гістеректомія є додатковим фактором ризику десценції тазового дна, так званого «нереалізованого» пролапсу геніталій, а також порушення генітоуринарного статусу. Власне не діагностовані й некориговані помірні форми пролапсу стінок піхви та безсимптомна урогенітальна дисфункція, що маніфестують у післяопераційний період, поряд з гіпоестрогенією формують основні патогенетичні аспекти генітоуринарного синдрому [10].

За даними проведених аналітичних досліджень, слід відзначити зростання частки і різноманітності порушень сексуальної та урогенітальної функцій у пацієнток вже до року після гістеректомії (у кожному третьому випадку); в порівняльному контексті вказані дисфункції переважали у пацієнток групи порівняння, а також у жінок перименопаузального віку.

У кожній четвертій пацієнтки до 5-го року спостереження відзначали десценцію тазового дна та ознаки пролапсу I–II ступеня, синдром релаксації тазового дна, передне та задне ректоцеле, що, без сумніву, є результатом порушення архітектоніки анатомічно-функціональних структур стромально-м'язового компоненту тазового комплексу.

Отримані результати ще раз доводять доцільність розробки нових діагностичних підходів, визначення ранніх діагностичних предикторів і програми реабілітаційних заходів, спрямованих на відтермінування клінічних проявів генітоуринарного синдрому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Балан В.Е., Ковалева Л.А. (2015). Урогенітальний синдром в климактерії. Возможности терапии. Акушерство и гинекология, 5: 104–108.
2. Заболотнов В.А., Рыбалка А.Н., Шатила В.И. та ін. (2015) Современная классификация лейомиом матки. Здоровье женщины, 1(97): 70–73.
3. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э. (2011) Генитальный пролапс: этиология, диагностика, лечение: учебно-методическое пособие. М., 37.
4. Лашкул О.С. (2017) Концепция ранней реабилитации (fast track) в оперативной гинекологии. Запорожский медицинский журнал, 2(101): 186–189.
5. Лашкул О.С. (2018) Качество жизни и сексуальная функция у женщин, оперированных на органах репродуктивной системы. Запорожский медицинский журнал, 1(106): 76–81.
6. Новиков А.И., Михайличенко В.В., Александров В.П. и др. (2008) Влияние оперативного доступа на функциональ-

ное состояние нижних мочевых путей при гистерэктоми. Андрология и генитальная хирургия, 4: 21–24.

7. **Петрос П.** 2016 Женское тазовое дно. Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с интегральной теорией. МЕДпресс-информ, Москва, 293–332.

8. **Потапов В.А., Мутана Эллуми, Степанова Д.Ю. и др.** (2013) Диагностические и прогностические критерии полноценности репаративной регенерации в матке после реконструктивно-пластических операций у женщин с лейомиомой матки. Медико-социальные проблемы семьи, 18: 37–39.

9. **Fernandez H., Farrugia M., Jones S.E. et al.** (2009) Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England. Minim Invasive Gynecol., 16(1): 40–46.

10. **Vomvolaki E., Kalmantis K., Kioses E. et al.** 2006. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. Eur J Contracept Reprod Health Care, 11 (1): 23–27.

GENITOURINARY SYNDROME AFTER VAGINAL HYSTERECTOMY

*O.M. Proshchenko¹, Ya.M. Vitovsky¹,
S.V. Markitanyuk²*

¹*Bohomolets National Medical University, Kyiv*

²*Perinatal Center of Kyiv*

Summary. *Uterine myoma are the most common tumor in the structure of gynecological diseases, and its*

frequency has increased in recent decades in women of reproductive and perimenopausal age, accounting for about 35–45%, and radical surgical treatment usually remains the method of choice in these women. We promptly rehabilitated 64 women of reproductive age with uterine leiomyoma who underwent transvaginal hysterectomy without appendages. Almost every third patient before the fifth year of monitoring after hysterectomy noted pelvic floor failure and signs of cysto-rectocele I–II degree, pelvic floor relaxation syndrome, and the severity of genitourinary disorders directly depended on surgical techniques, age of treatment and degree of hypoeutrogenism. The current approaches to the rehabilitation of such patients after hysterectomy are scattered and contradictory, highlighting only some aspects of the correction of its consequences.

Key words: *uterine myoma, hysterectomy, genitourinary syndrome.*

Адреса для листування:

Прощенко Ольга

E-mail: proshchenko777@gmail.com

Отримано 10.09.2020