

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРАКТИВНИЙ СЕЧОВИЙ МІХУР ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Генітальний пролапс (ГП) є широко розповсюдженою хворобою серед жіночого населення усього світу. Близько 50 % жінок віком 45–55 років мають симптоми, пов'язані з опущенням і випадінням органів малого таза [1]. Незважаючи на суттєвий і всебічний вплив цієї патології на якість життя, психологічний та емоційний стан, соціальні взаємовідношення та сексуальне життя, більшість пацієнток не звертаються за спеціалізованою медичною допомогою і вважають прояви ГП невід'ємною ознакою старіння організму [2; 3].

Кількість операцій з вагінальним доступом, що проводяться у гінекологічних та урологічних стаціонарах, щороку збільшується. Останніми роками в усьому світі спостерігається стійка тенденція до зростання кількості операцій з приводу ГП. Це зумовлено як підвищенням уваги, що приділяється цій проблемі, покращанням технічного та методологічного забезпечення операцій, так і тим, що сьогодні у зв'язку з подовженням середнього терміну життя збільшується кількість літніх пацієнток, стурбованих станом свого здоров'я, збереженням активного способу життя та поліпшенням його якості протягом щонайбільшого часу.

У медичній літературі описано більше 200 технічних різновидів операцій з приводу корекції ГП та нетримання сечі при напруженні. Більшість сучасних їх модифікацій (передня, задня та середня кольпорафія, передній, задній та тотальний Prolift®, сакроспинальна кольпосуспензія) мають досить високу клінічну ефективність, особливо в ранньому післяопераційному періоді (70–95 %), тимчасом як довгострокові результати суттєво відрізняються залежно від конкретної техніки. Урологічні ускладнення оперативної корекції уrogenітального пролапсу виникають у середньому у 21–42 % випадків і, насамперед, включають прояви гіперактивного сечового міхура (ГСМ) (18–31 %), формування урогенітальних норичь (0,5–4 %), ерозивні зміни слизової оболонки сечового тракту (2,2–5,1 %), обструктивні (2,6–5,3 %) та інфекційно-запальні (7,1–10,9 %) процеси органів сечової системи [11].

Актуальним і все ще не вирішеним питанням є ефективна ліквідація клінічних проявів ГСМ ускладнює у 23–37 % хворих ранній післяопераційний період після лікування з приводу ГП, має стійкий характер і суттєво погіршує якість життя хворих, їх задоволеність результатами лікування, збільшує термін реабілітації та соціальної адаптації пацієнтів.

Гіперактивний сечовий міхур є одним із тих станів, які, згідно з Х. Брауном, «... не вбивають, а просто крадуть наше життя». Як симптомокомплекс ГСМ визначається поєднанням ургентності (без або з нетриманням сечі), полакіурії й ніктурії з відсутністю локальних патоморфологічних і гормональних змін [4] і є досить розповсюдженим клінічним синдромом. У європейській популяції поширеність цієї патології досягає 17 %, істотно збільшується з віком і в осіб старше 75 років сягає 45 % [5], отже, формує розповсюджену патологію, на яку страждають мільйони людей: понад 33 млн у США, близько 22 млн у 6 європейських країнах, 70–120 млн хворих у світі (за даними Міжнародного товариства із боротьби з нетриманням сечі) [6; 7].

Будучи у числі десятки найпоширеніших захворювань, ГСМ за частотою випереджає цукровий діабет, виразкову хворобу шлунка й дванадцятипалої кишки, а розлади сечовипускання при ГСМ погіршують якість життя та самооцінку хворих більше, ніж артеріальна гіпертензія, атеросклероз і цукровий діабет [5; 8]. Вплив розладів сечовипускання на якість життя при ГСМ є багатограним і всебічним, охоплює трудове, соціальне та сексуальне життя пацієнтів. Суттєвий негативний вплив ГСМ

на якість життя в європейських дослідженнях відмітили 65 % чоловіків і 67 % жінок. Статистичні дані щодо поширеності даної патології в Україні сьогодні відсутні. Характерним є низький рівень звертань пацієнтів із ГСМ до лікарів, внаслідок чого тільки 27 % хворих отримуватиме лікування з приводу цієї патології протягом життя. Поширеність і значний вплив розладів сечовипускання на якість життя пацієнтів із ГСМ визначають високу медичну й соціальну актуальність даної проблеми [9].

Відсутність достатньо ефективних і безпечних засобів для лікування даної патології — актуальна й усе ще не розв'язана проблема. Холінолітичні засоби — основа сучасного симптоматичного лікувального підходу до ведення хворих на ГСМ [5]. Пригнічення спонтанних скорочень сечового міхура у фазі наповнення, зниження аферентної імпульсації й зростання функціональної ємності сечового міхура — основна мета фармакологічної терапії. Тривалість фармакотерапії холінолітиками обмежена розвитком побічних ефектів більш ніж у 75 % хворих, тільки 20 % пацієнтів із позитивною відповіддю на ініціальну терапію холінолітичними засобами продовжують лікування протягом понад 6 міс. від початку прийому внаслідок виражених негативних ефектів терапії або недостатньої її ефективності [5; 7].

Низький і короточасний сумарний терапевтичний ефект (9 % у плацебо-контрольованих дослідженнях із толтеродином) холінолітичних засобів, пов'язаний з врівноваженням ефекту від прийому та проблем побічних дій, змушує більшість пацієнтів надалі відмовитися від прийому препарату [7] та зумовлює доцільність і науковий інтерес до перспективи ви-

користання альтернативних патогенетичних засобів лікування розладів сечовипускання у вказаній групі хворих. Позитивні результати пілотних досліджень використання периферичних агоністів опіоїдних рецепторів дозволяють розглядати цей метод як дійсно безпечну та патогенетичну альтернативу існуючим підходам із перспективою впровадження у широку клінічну практику [8; 10].

Даларгін (агоніст δ - та μ -опіоїдних рецепторів, тирозил-2-аланіл-гліцил-фенілаланіл-лейцил-аргінін) є високоактивним синтетичним аналогом людського лейцин-енкефаліну, однієї з ключових речовин у функціонуванні стрес-лімітуючих і стрес-реалізуючих систем, і проявляє багатогранні фізіологічні ефекти відносно тканин та органів у стані порушення мікроциркуляції, тканинного дихання, в умовах хронічного тканинного стресу, глибокої гіпоксії, клітинної альтерації та дезадаптації, які є характерними супутниками тканинних змін при ГСМ. Даларгін у лікуванні розладів сечовипускання при ГСМ-асоційованих станах є патогенетичним засобом, який забезпечує локальний стрес-протекторний та антистресовий ефекти, усунення тканинного адаптаційного синдрому (тканинного стресу), нормалізацію внутрішньотканинного контролю клітинної маси як фізіологічної функції контролю адаптаційних механізмів тканинного стресу. Цей лікарський засіб впливає на формування неспецифічної резистентності клітин у консервативній фазі тканинного адаптаційного синдрому, безпосередньої та опосередкованої інгібіції ефекторів тканинного стресу, гальмування проліферації та запрограмованої загибелі клітин (апоптозу) в динамічній фазі тканинного адаптаційного синдрому при ГСМ.

Ефективність прийому цього периферичного опіоїдного нейропептиду раніше досліджена нами на групі хворих із ГСМ без пролапсу тазових органів [8].

Мета нашого дослідження — оптимізація лікувальної тактики хворих з ургентними розладами сечовипускання після перенесеного оперативного усунення пролапсу тазових органів.

Завдання дослідження:

1. Вивчити частоту та структуру ускладнень урологічного характеру у хворих після оперативної корекції пролапсу тазових органів.

2. Дослідити ступінь порушення якості життя у хворих з ургентними розладами сечовипускання, що перенесли оперативне усунення пролапсу тазових органів.

3. Оцінити вплив вітчизняного препарату — агоніста опіоїдних рецепторів периферичного типу Даларгіну в комплексному лікуванні жінок із ГСМ після перенесеного оперативного втручання з приводу пролапсу тазових органів на динаміку суб'єктивних та об'єктивних показників якості життя та зміни якісних і кількісних характеристик сечовипускання у пацієнток.

4. На підставі проведеного дослідження запропонувати шляхи оптимізації тактики ведення хворих із розладами сечовипускання, асоційованими із ГСМ, після перенесених оперативних втручань на органах малого таза.

Матеріали та методи дослідження

У гінекологічній клініці Одеського державного медичного університету з приводу ГП і супровідних розладів сечовипускання протягом останніх 5 років проведено оперативне лікування 228 жінкам (табл. 1) віком 19–72 роки (середній вік —

Таблиця 1

Структура виконаних оперативних втручань з приводу пролапсу тазових органів

Назва операції	Кількість виконаних операцій	Кількість ускладнень, абс. (%)
Передня кольпорафія	93	24 (26)
Задня кольпорафія	46	2 (4)
Середня кольпорафія	21	7 (33)
Передній Prolift®	23	8 (35)
Задній Prolift®	12	1 (8)
Тотальний Prolift®	34	9 (26)
Сакроспінальна кольпосуспензія	37	11 (30)
Усього	248	53 (21)

53,1±7,1). У післяопераційному періоді усі пацієнтки отримували звичайне лікування, що включало антибіотик широкого спектра, антикоагуляційну терапію, суворий постільний режим протягом 2 діб, обмеження часу знаходження у сидячому положенні.

На першому етапі нами проведено дослідження частоти та структурного складу ускладнень з боку органів сечової системи шляхом ретроспективного аналізу 228 історій хвороб пацієнок, які перенесли оперативну корекцію з приводу уrogenітального пролапсу. Патологічні стани органів сечової системи вивчали за показниками динаміки клінічних, фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень у хворих у ранньому та пізньому післяопераційних періодах (по 30-ту добу післяопераційного періоду). Згідно з результатами ретроспективного аналізу, симптоми, асоційовані з ГСМ, після операційного усунення уrogenітального пролапсу мали 53 (23,24 %) хворих, що збігається з даними літератури [12], із них інформовану згоду на участь у подальшому дослідженні дали 48 жінок, одна пацієнтка відмовилася від участі за сімейними обставинами. Було втрачено контакт із двома хворими, які

почали курс лікування, але не закінчили його, не вказавши причин.

На другому етапі дослідження хворі на ГСМ після оперативного усунення ГП були розподілені на дві групи, порівнювані за чисельністю, віком і клінічними проявами: першу (n=25; 55,55 %) та другу (n=23; 44,44 %). Пацієнти обох груп не мали істотних відмінностей між тяжкістю ГП, структурою супровідної патології та видом оперативних втручань.

У післяопераційному періоді 25 хворим першої групи з приводу симптомів ГСМ з метою патогенетичного усунення розладів сечовипускання ми призначали периферичний агоніст опіоїдних рецепторів Даларгін. Хворі другої групи додатково лікування з приводу симптомів ГСМ не отримували.

Препарат призначали не раніше 14 діб після перенесеного оперативного втручання. До призначення медикаментозного лікування усім пацієнтам проводилося об'єктивне обстеження, оцінка скарг, даних анамнезу, УЗ-дослідження геніталій та органів сечової системи з визначенням залишкової сечі, клінічні та лабораторні дослідження, бактеріологічний посів сечі, аналіз щоденників сечовипускань; у жінок із дітородним

потенціалом — тест сечі на вагітність. Жодна з пацієнок раніше не отримувала лікування з використанням антихолінергічних засобів, 10 (35,7 %) хворих мали прояви ургентної інконтиненції.

Тривалість прийому агоніста опіоїдних рецепторів становила 12 тиж., протягом яких хворі першої групи отримували препарат як монотерапію по 0,001 г з внутрішньом'язовим введенням двічі на добу без перерви.

Об'єктивний і суб'єктивний стан хворих обох груп оцінювали з допомогою стандартизованих анкет оцінки якості життя SF-36 та опитувальника для хворих із ГСМ ОАВ-Q.

Обов'язкове ведення щоденника сечовипускань здійснювалося всіма хворими з симптомами ГСМ протягом трьох діб до чергового візиту в клініку (кожні 4 тиж.). Під час аналізу щоденників мікцій, згідно з їх структурою, визначали час й об'єм кожного сечовипускання, імперативні позиви (наявність і виразність у балах), епізоди нетримання сечі, режим добової активності, функціональний об'єм сечового міхура.

Ефективність проведення терапії протягом прийому препарату й в одномісячний проспективний період спостереження після лікування визначалась аналізом змін клінічних показників і динаміки параметрів якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Оцінка ефективності лікування включала аналіз динаміки змін середньої добової кількості сечовипускань (полакіурії), кількості епізодів ургентного нетримання сечі за 24 год, кількості сечовипускань протягом часу сну, змін числа епізодів ургентності та їх виразності, кількості випадків ургентного нетримання сечі, динаміки об'єму сечі, що виділяється протягом одного сечовипускання (функціональний об'єм сечо-

випускання, що відповідає цистометричній функціональній ємності), а також показників якості життя, пов'язаної зі здоров'ям.

Статистичну обробку й аналіз динаміки змін якості життя проводили з допомогою програмного пакета статистичного аналізу SPSS 15. Для дослідження було використано статистичний t-тест для залежних і незалежних вибірок.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті ретроспективного аналізу 228 історій хвороб хворих на урогенітальний пролапс, які перенесли оперативне лікування, отримані дані щодо частоти урологічних ус-

кладень у пацієнок цієї групи та їх структурного розподілу (табл. 2).

У 36,8 % хворих, які перенесли оперативне втручання з приводу пролапсу тазових органів, були відмічені пізні урологічні ускладнення. Як видно з табл. 2, найбільш розповсюдженим негативним проявом з боку органів сечової системи є формування ГСМ, який ускладнює післяопераційний перебіг оперативної корекції ГП у 23,2 % випадків.

На другому етапі дослідження усі хворі добре переносили медикаментозне лікування, негативних проявів терапії під час лікування не було. Самооцінка толерантності до лікування у хворих дістала «відмінно» та

«добре» у 91,7 % випадків. Протягом періоду лікування дві пацієнтки з першої групи вибули з-під нагляду через сімейні причини.

Ефективність терапії пацієнток і толерантність хворих до лікування оцінювали відповідно до встановлених критеріїв.

Під час аналізу динаміки показників щоденників сечовипускань виявлені статистично вірогідні зміни у хворих першої групи (табл. 3). Середня добова кількість мікцій у хворих першої групи, які отримували лікування із застосуванням агоніста опіоїдних рецепторів, знизилася з $16,64 \pm 7,70$ до $12,58 \pm 2,20$, середня кількість сечовипускань протягом часу сну — з $2,68 \pm 0,46$ до $1,97 \pm 0,43$; зміни цих показників у хворих другої групи статистично не вірогідні.

Динаміка змін показників середньої кількості епізодів ургентного сечовипускання за 24 год у хворих першої групи характеризувалася зниженням імперативних позивів з $12,67 \pm 3,30$ до $7,92 \pm 3,50$. Зміни виразності ургентності хворих першої групи охарактеризувалися зниженням її інтенсивності на 36,1 %.

Динаміка функціональних показників сечовипускання характеризувалася зростанням

Таблиця 2

Характер і структура урологічних ускладнень після оперативного усунення пролапсу тазових органів

Ускладнення	Кількість хворих, абс. (%)	У структурі урологічних ускладнень, %
Інфравезикальна обструкція	7 (3,1)	5,6
Інфекційно-запальні стани	14 (6,1)	11,3
Формування урогенітальних норниць	5 (2,2)	4,0
Ургентні розлади сечовипускання	53 (23,2)	42,7
Ерозивні зміни слизової оболонки сечової системи	6 (2,6)	4,8
Перфорація органів сечової системи	2 (0,9)	1,6
Диспареунія	37 (16,2)	29,8
Усього	84 (36,8)	100,0

Таблиця 3

Динаміка показників унаслідок лікування хворих із гіперактивним сечовим міхуром

Показник	Група 1			Група 2			Відмінність між групами (p)	
	До	Після	p	До	Після	p	До	Після
Тридобовий щоденник сечовипускань								
Кількість сечовипускань за добу	$16,64 \pm 7,70$	$12,58 \pm 2,20$	0,013	$16,27 \pm 5,50$	$15,27 \pm 3,30$	0,461	0,831	0,001
	$2,68 \pm 0,46$	$1,97 \pm 0,43$	<0,001	$2,64 \pm 0,44$	$2,55 \pm 0,19$	0,344	0,762	<0,001
Нетримання сечі за 24 год	$2,98 \pm 0,52$	$2,60 \pm 0,37$	0,005	$2,97 \pm 0,56$	$2,81 \pm 0,12$	0,177	0,988	0,011
Кількість епізодів ургентції за 24 год	$12,67 \pm 3,30$	$7,92 \pm 3,50$	<0,001	$12,52 \pm 3,50$	$10,94 \pm 3,67$	0,144	0,882	0,005
Середній об'єм сечовипускання, мл	$67,01 \pm 11,10$	$79,66 \pm 12,40$	<0,001	$68,52 \pm 10,70$	$72,32 \pm 10,40$	0,229	0,626	0,031

Показник	Група 1			Група 2			Відмінність між групами (р)	
	До	Після	р	До	Після	р	До	Після
ОАВ-Q (Якість життя, пов'язана з гіперактивним сечовим міхуром)								
Виразність симптомів ГСМ	26,18±5,20	23,10±4,80	0,012	26,69±5,40	26,04±5,16	0,679	0,945	0,046
Порушення адаптації	31,21±4,60	23,35±6,40	<0,001	30,71±5,10	28,35±7,24	0,094	0,825	0,013
Занепокоєння	28,62±3,60	25,35±3,50	0,007	27,51±3,50	27,210±3,331	0,793	0,497	0,061
Порушення сну	16,62±3,98	12,97±3,50	0,001	16,45±3,12	15,74±3,46	0,468	0,896	0,008
Розлади соціального життя	24,11±3,35	21,17±3,10	0,003	23,83±3,32	22,95±2,97	0,352	0,855	0,048
Сумарний бал ОАВ-Q	110,23±18,10	94,43±10,90	<0,001	108,28±11,70	106,47±11,65	0,613	0,726	<0,001
SF-36 (Загальна якість життя)								
Фізичне функціонування	56,11±3,86	57,77±3,35	0,089	56,53±3,64	57,84±3,64	0,279	0,364	0,947
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом	56,79±8,95	61,25±7,65	0,064	57,97±7,65	60,72±7,65	0,211	0,846	0,811
Інтенсивність болю	82,34±7,69	86,29±6,54	0,056	83,35±5,98	85,60±6,54	0,279	0,67	0,718
Загальний стан здоров'я	46,36±7,04	54,63±6,05	<0,001	47,29±6,05	49,46±6,05	0,310	0,676	0,004
Життєва активність	61,07±7,08	69,17±7,95	<0,001	62,06±6,09	64,41±6,95	0,275	0,626	0,032
Соціальне функціонування	48,64±6,87	62,46±8,64	<0,001	49,73±8,64	52,84±8,64	0,237	0,698	<0,001
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	50,64±7,94	59,92±7,65	<0,001	51,74±7,65	54,49±7,65	0,264	0,595	0,017
Фізичне здоров'я	55,08±7,69	59,65±8,64	0,054	56,23±8,64	59,34±8,64	0,394	0,994	0,90
Психічне здоров'я	67,14±9,64	77,56±4,65	<0,001	68,08±4,65	69,75±4,65	0,411	0,816	<0,001
Загальний бал SF-36	62,13±8,98	76,49±8,65	<0,001	68,24±8,65	71,36±8,65	0,537	0,734	0,045
Фізичне функціонування	56,11±3,86	57,77±3,35	0,089	56,53±3,64	57,84±3,64	0,279	0,364	0,947

функціональної ємності сечового міхура з (67,01±11,10) до (79,66±12,40) мл, тобто на 15,9 % (р<0,001) у хворих першої групи та з (68,52±10,70) до (72,32±10,40) мл (відмінності не є вірогідними) у хворих другої групи. Після закінчення місячного періоду спостереження цей показник становив (86,1±10,8) мл у першій групі та (74,7±10,5) мл у хворих другої групи, що характеризує використання агоністів опіїдних рецепторів як метод з суттєвим «періодом післядії».

Аналіз змін показників якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, виявив статистично вірогідні прояви покращання основних показників опитувальників ОАВ-Q та SF-36 у хворих першої групи (див. табл. 3). Сукупна оцінка векторів динаміки змін показ-

ників якості життя хворих на ГСМ за опитувальником ОАВ-Q (див. табл. 3) дозволяє вважати використання периферичних нейропептидів методом, що позитивно впливає на всі домени якості життя хворих з ургентними розладами сечовипускання, переконливо та статистично вірогідно покращує соціальну адаптацію (25,2 % проти 7,6 % у другій групі), ефективно усуває розлади сну та соціального життя (22 і 12,2 % у першій та 4,3 і 3,7 % у другій групі), занепокоєння хворих (11,45 % проти 1,09 %), знижує виразність об'єктивних і суб'єктивних симптомів захворювання (11,83 % проти 2,4 % у групі порівняння). Зміни сумарного бала ОАВ-Q охарактеризувалися зниженням кількісних і якісних проявів розладів сечовипускання та їх впливу на

якість життя пацієнток першої групи на 14,43 %, другої — на 1,67 %.

При аналізі доменів неспецифічного опитувальника щодо якості життя SF-36 (див. табл. 3) виявлена відсутність вірогідних змін показників фізичного та рольового функціонування, що обумовлене фізичним станом, а також інтенсивності болю у пацієнток обох досліджуваних груп. Також відсутні й статистично вірогідні зміни збірного показника «фізичний компонент здоров'я», формування якого безпосередньо пов'язане з вищезначеними доменами.

Динаміка інших шкал опитувальника SF-36 переконливо свідчить про ефективність і високу вірогідність впливу терапії у хворих першої групи на загальний стан здоров'я (15,14 %

проти 4,39 %), життєву активність (11,71 і 3,64 % відповідно) та соціальне функціонування (22,13 і 5,88 %), а також ролі функціонування, обумовлене емоційним станом (15,49 і 5,05 % відповідно), що дає підставу вважати застосування Даларгіну дієвою альтернативою традиційній терапії означеної категорії пацієнтів.

Динаміка збірних показників SF-36 «психологічний компонент здоров'я» — 28,1 % у першій групі та 9,5 % — у другій групі. Зміни сукупного бала опитувальника SF-36 (18,77 % проти 4,37 % у групі порівнювання) наглядно демонструють ефективність патогенетичного лікування хворих на ГСМ після оперативного усунення тазового пролапсу та зумовлюють доцільність подальших досліджень у цій сфері.

Отже, за нашими даними, агоніст опіоїдних рецепторів Даларгін є ефективним і безпечним засобом корекції ургентних розладів сечовипускання у хворих із ГСМ після перенесеного оперативного втручання з приводу пролапсу тазових органів, яке призводить до статистично вірогідного покращання об'єктивних і суб'єктивних симптомів захворювання, позитивно впливає на якість життя хворих, їх соціальну адаптацію, реабілітацію та істотно підвищує рівень самооцінки пацієнтів.

Розробка більш зручних лікарських форм, фармацевтична пролонгація ефективної дії, на наш погляд, — основні напрямки подальшої оптимізації лікування з використанням препаратів опіоїдних периферичних нейропептидів і покращання якості життя хворих із ГСМ.

Висновки

Як найбільш розповсюджений урологічний стан ГСМ ускладнює оперативне лікування

з приводу пролапсу тазових органів у 23,2 % жінок і має стійкий характер перебігу.

Асоційовані із ГСМ розлади сечовипускання після оперативного усунення пролапсу тазових органів істотно та всебічно погіршують усі аспекти якості життя пацієнток і є підґрунтям для незадоволення жінок результатами перенесеного оперативного лікування. Усунення розладів сечовипускання після операції з приводу ГП — важливе й актуальне наукове і практичне завдання, від успішного розв'язання якого суттєво залежать віддалені позитивні результати оперативного втручання та якість життя хворих.

Синтетичний аналог лейцин-енкефаліну Даларгін — ефективний та безпечний засіб, застосований для усунення розладів сечовипускання, асоційованих із ГСМ, у хворих, які перенесли оперативне втручання з приводу ліквідації ГП.

Успішне застосування периферичного агоніста опіоїдних рецепторів Даларгіну у хворих із ГСМ після оперативного лікування ГП підтверджують статистично вірогідні позитивні зміни показників якості життя та зростання функціонального об'єму сечовипускання, яке має стійкий характер. Застосування препарату забезпечує післяопераційну та соціальну реабілітацію, покращує адаптацію хворих, сприяє зниженню ступеня проявів об'єктивних і суб'єктивних симптомів захворювання, розладів сну й занепокоєння та істотно впливає на рівень самооцінки пацієнтів.

Використання периферичних агоністів опіоїдних δ - та μ -рецепторів, зокрема, аналогів енкефалінів, у лікуванні хворих на ГСМ після оперативного усунення ГП є перспек-

тивним напрямком оптимізації лікувальної тактики пацієнтів і потребує подальшого удосконалення (перш за все, пошуку більш вдалих лікарських форм периферичних нейропептидів) й упровадження в клінічну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Swift S. E.* The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care / S. E. Swift // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. — 2000. — Vol. 183, N 2. — P. 277-285. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293780053840x>.
2. *Minassian V.* Urinary incontinence as a worldwide problem / V. Minassian, H. Drutz, A. Al-Badr // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. — 2003. — Vol. 82, N 3. — P. 327-338. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020729203002200>.
3. *Pubo vaginal and sub urethral slings: review* / B. Deval, Y. El Houari, A. Rani, M. Levar-don // *J. Gynecol Obstet. Biol. Reprod (Paris)*. — 2002. — Vol. 31, N 2, Pt. 1. — P. 131-143. <http://journals.elsevierhealth.com/periodicals/eururo/medline/record/MDLN.12016411>.
4. *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international continence society* / P. Abrams, L. Cardozo, M. Fall [et al.] // *Neurourology and Urodynamics*. — 2002. — Vol. 21, N 2. — P. 167-178. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10052>.
5. *Sherman N.* Current and future techniques of neuromodulation for bladder dysfunction / N. Sherman, C. Amundsen // *Current Bladder Dysfunction Reports*. — 2007. — Vol. 2, N 3. — P. 163-169. <http://dx.doi.org/10.1007/s11884-007-0015-y>.
6. *Prevalence and burden of overactive bladder in the united states* / W. Stewart, V. Stewart, V. Rooyen [et al.] // *World Journal of Urology*. — 2003. — Vol. 20, N 6. — P. 327-336. <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-002-0301-4.8>.
7. *Clinical efficacy and safety of tolterodine compared to placebo in detrusor overactivity* / R. Millard, J. Tuttle, K. Moore [et al.] // *J. Urol*. — 1999. — Vol. 161. — P. 1551-1555.

8.. Костев Ф. І. Агоніст опіоїдних рецепторів Даларгін у лікуванні хворих гіперактивним сечовим міхуром: пілотне дослідження / Ф. І. Костев, М. В. Шостак // Здоровье мужчины. — 2008. — № 2. — С. 48-53.

9. Мазо Е. Гиперактивный моче-вой пузырь / Е. Мазо, Г. Кривоборо-

дов // Медицинская газета. — 2002. — № 66. — С. 15-19.

10. Yoshimura N. Neural control of the lower urinary tract / N. Yoshimura, W. C. De Groat // Int. J. Urol. — 1997. — Vol. 4. — P. 111-125.

11. Incontinence / P. Abrams, L. Car- dozo, S. Khoury, A. Wein // Health

publication ; ed. by P. Abrams, L. Car- dozo, S. Khoury, A. Wein. — San- Francisco, 2009.

12. Incidence of Overactive Bladder after Vaginal Hysterectomy and Asso- ciated Repairs for Pelvic Organ Prolapse / I. Diez-Itza, I. Aizpitarte, A. Becerro, C. Sarasqueta // Gynecol Obstet Invest. — 2009. — Vol. 68. — P. 65-70.

УДК 616.62-008.22:615.847:615.217

М. В. Шостак, Ю. Ю. Петровський

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕР- АКТИВНИЙ СЕЧОВИЙ МІХУР ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНО- ГО ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРО- ЛАПСУ

Проведено дослідження ефективності використання агоніста δ- та μ-опіоїдних рецепторів Далагін у 25 хворих із гіперактивним сечовим міхуром після оперативного ліку- вання генітального пролапсу. Застосування Даларгін у цій групі хворих спричинює статистично вірогідні стійкі пози- тивні зміни показників якості життя (ОАВ-Q, SF-36) і збільшення функціонального об'єму сечовипускання.

Ключові слова: гіперактивний сечовий міхур, геніталь- ний пролапс, Даларгін, якість життя, ОАВ-Q, SF-36.

UDC 616.62-008.22:615.847:615.217

M. V. Shostak, Yu. Yu. Petrovsky

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM OVERACTIVE BLADDER AFTER OPERATIVE INTERVENTION FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE

Study was conducted to determine effect of administration of δ- and μ-opioid receptor agonist Dalargin in 25 patients who had overactive bladder (OAB) symptoms after surgical treatment for pelvic organ prolapse (POP). Administration of Dalargin in this kind of patients results statistically significant improvement of quality of life indexes (OAB-Q, SF-36) and increase of functional voiding volume.

Key words: overactive bladder, pelvic organ prolapse, Dalargin, quality of life, OAB-Q, SF-36.

*Передплачуйте
і читайте
журнал*



ДОСЯГНЕННЯ БІОЛОГІЇ та МЕДИЦИНИ

У випусках журналу:

Передплата приймається
у будь-якому передплатному
пункті

Передплатний індекс 08205

- ◆ Фундаментальні проблеми медицини та біології
- ◆ Нові медико-біологічні технології
- ◆ Оригінальні дослідження
- ◆ Огляди
- ◆ Інформація, хроніка, ювілеї