Асланян Мері, Бабійчук Анастасія Владиславівна

**МОДИФІКОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПРОЛАПСУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ**

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №2

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Сафонов Р.А.

Генітальний пролапс (ГП) зустрічається в постменопаузі у кожної другої жінки та вважається скритою епідемією особливо в похилому віці. В оперативній гінекології ГП займає третє місце після доброякісних пухлин та ендометріозу. У 30% жінок після операції з приводу ГП виникають рецидиви, що вказує на необхідність пошуку ефективних лікувальних методів корекції порушень тазових органів у жінок похилого віку. Метою дослідження стало розробка модифікованих підходів для підвищення ефективності лікування та попередження рецидивів ПГ у жінок похилого віку. Обстежено 65 жінок похилого віку з пролапсом геніталій та 30 жінок без ознак ГП склали контрольну групу. Дослідження проведено на клінічній базі кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського національного медичного університету в гінекологічному відділені Обласної клінічної лікарні. Вивчено анамнез хвороби, характер і вираженість розвитку ГП в залежності від його тривалості, наявність екстрагенітальної патології, застосовані раніше методи лікування пролапсу геніталій. Ультразвукове дослідження включало трансвагінальну та транспромежину ехографію, доплерометрію. Для визначення стану промежини та суміжних органів проведені МРТ та КТ, леваторний тест, урофлоуметрія. При обробці результатів використані методи статистики з застосуванням програми «Statistica 6». В результаті проведеного дослідження було визначено, що вік обстежених жінок коливався від 55 років до 83 років, середній вік хворих склав 66,5±5,8 роки, жінок контрольної групи – 62,7 ± 3,2 років. Повне випадіння визначалося у 40 (61,5%) хворих похилого віку , неповний пролапс – у 38,5%. У 2 жінок визначалося випадіння куполу піхви після раніше проведеної операції, у 3 – випадіння культі шийки матки. ГП ускладнювався цистоцеле – 48 (73,8%), ректоцеле - 33 (50,7%), лейоміома -23(35,3%),%), нетримання сечі -42 (64,7%), декубітальна нориця – 14 (21,5%). Аналізуючи обсяг оперативного втручання по групам було визначено, що трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластикою, сакроспінальну кольпопексію ліворуч виконано 47 (72,3%) хворим, при повному випадінні - у 53,8% жінок похилого віку Передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластикою, однобічну сакроспінальну кольпопексію здійснювалося переважно при неповному випадінні у 18,5% жінок. В результаті проведеного лікування виявися один рецидив (1,2%) — повне випадіння куполу піхви через 2 місяця після трансвагінальної екстирпації матки, в зв'язку з чим виконано передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластикою, сакроспінальну кольпопексію. Згідно даним сучасної літератури рецидив ГП після гістеректомії та вагінальної пластики спостерігається у жінок похилого віку в 10-15%. Таким чином, сакроспінальна кольпопексія, як доповнення до трансвагінальної екстирпації матки або пластичної піхвової операції зменшує кількість рецидивів та надає можливість зберегти архітектоніку тазового дна та тазових органів, якщо виконується без видалення матки. Її можна рекомендувати як операцію вибору жінкам похилого віку з тяжкою екстрагенітальною патологією, тому що вона дозволяє скоротити час операції, не потребує абдомінального доступу та значних витрат на синтетичні матеріали, зменшує кількість рецидивів, що співпадає з думкою ряду дослідників.

**Висновок.** Використання однобічної сакроспінальної кольпопексії в комплексній терапії жінок з генітальним пролапсом в похилому віці підвищує ефективність лікування та сприяє зниженню рецидивів захворювання.