

УДК 618.182-089.84
DOI 10.11603/24116-4944.2022.1.13248

©Р. А. Сафонов, В. В. Лазуренко

Харківський національний медичний університет

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ У ЖІНОК З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Мета дослідження – підвищення ефективності лікування та попередження рецидивів генітального пролапсу в жінок із хронічними екстрагенітальними захворюваннями.

Матеріали та методи. Обстежено 139 жінок із генітальним пролапсом, з яких 70 мали генітальний пролапс у поєднанні з екстрагенітальною патологією (основна група), а 69 – випадіння статевих органів (група порівняння). 20 хворих із генітальним пролапсом основної групи, які страждали від хронічних захворювань дихальної системи, склали 1 підгрупу; 20 жінок із пролапсом геніталій, які мали ожиріння, увійшли до 2 підгрупи, а 30 жінок, що страждали від цукрового діабету другого типу – до 3 підгрупи. Види хірургічного втручання залежали від екстрагенітальної патології пацієнток.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи обсяг оперативного втручання по групах було визначено, що трансвагінальну екстирпацію матки без придатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластикою, сакроспинальну кольпопексію виконано переважно при неповному випадінні статевих органів. Передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластикою, сакроспинальну кольпопексію із сітчастим ендопротезом здійснювали переважно при повному або неповному генітальному пролапсі з наявністю супутньої екстрагенітальної патології. Однобічна сакропексія дозволяє скоротити час операції за рахунок однобічної, а не двобічної фіксації, що не знижує ефективність оперативного втручання. Використання поліпропіленового сітчастого протеза дає майже однакову кількість рецидивів у жінок основної групи та групи порівняння.

Висновки. Персоналізований підхід у лікуванні генітального пролапсу в жінок із хронічною екстрагенітальною патологією сприяє підвищенню ефективності хірургічних заходів та зниженню рецидиву захворювання. Використання поліпропіленового сітчастого ендопротеза сприяє запобіганню виникненню рецидивів, підвищує результативність і може бути рекомендовано до застосування у гінекологічній практиці. Виконання однобічної сакроспинальної кольпопексії жінкам похилого віку з наступним використанням супозиторіїв із гіалуроновою кислотою в ранній післяопераційний період також демонструє підвищення ефективності хірургічного лікування генітального пролапсу та сприяє зниженню рецидивів захворювання.

Ключові слова: генітальний пролапс у жінок; хірургічне лікування; хронічні захворювання дихальної системи; ожиріння; цукровий діабет.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE IN WOMEN WITH EXTRAGENITAL PATHOLOGY

The aim of the study – to increase the effectiveness of treatment and prevent recurrences of genital prolapse in women with chronic extragenital diseases.

Materials and Methods. 139 women with genital prolapse were examined. Among them 70 had genital prolapse combined with extragenital pathology (main group), and 69 had genital prolapse (comparison group). 20 patients with genital prolapse of the main group, who suffered from chronic diseases of the respiratory system, made up 1 subgroup; 20 women with genital prolapse who were obese were included in 2 subgroups, and 30 women suffering from type 2 diabetes were included in 3 subgroups. The types of surgical intervention depended on the patients' extragenital pathology.

Results and Discussion. Analyzing the amount of surgical intervention by group, it was determined that transvaginal extirpation of the uterus without appendages, anterior colporrhaphy, colpoperineorrhaphy with levatoroplasty, sacrospinal colpopexy was performed mainly with incomplete prolapse of the genitals. Anterior colporrhaphy, colpoperineorrhaphy with levatoroplasty, sacrospinal colpopexy with a mesh endoprosthesis were performed mainly in the case of complete or incomplete genital prolapse with the presence of accompanying extragenital pathology. Unilateral sacropexy allows you to reduce the time of surgery due to unilateral, not bilateral fixation, which does not reduce the effectiveness of surgical intervention. The use of a polypropylene mesh prosthesis gives almost the same number of recurrences in women of the main group and the comparison group.

Conclusions. A personalized approach in the treatment of genital prolapse in women with chronic extragenital pathology contributes to increasing the effectiveness of surgical measures and reducing the recurrence of the disease. The use of a polypropylene mesh endoprosthesis helps to prevent relapses, increases efficiency and can be recommended for use in gynecological practice. The performance of unilateral sacrospinal colpopexy in elderly women followed by the use of suppositories with hyaluronic acid in the early postoperative period also demonstrates an increase in the effectiveness of surgical treatment of genital prolapse and contributes to the reduction of disease recurrence.

Key words: genital prolapse in women; surgical treatment; chronic diseases of the respiratory system; adiposity; diabetes.

ВСТУП. Генітальний пролапс (ГП) – зміщення або випадіння статевих органів, яке уражає мільйони жінок у світі, особливо похилого віку. Частота ГП сягає 45–50 % жіночого населення, а в кожній третій хворій потребує оперативного втручання. Необхідно відзначити, що ГП

суттєво знижує якість життя жінки, а покращити ситуацію можна переважно хірургічним лікуванням [1].

До факторів ризику розвитку ГП належать тяжка фізична праця, травматичні пологи в анамнезі, недостатність естрогенів у перименопаузальному віці та інші

[2]. Важливе значення має екстрагенітальна патологія, яка значно обтяжує перебіг ГП. Доведено сукупність п'яти встановлених клінічних факторів ризику: кількості пологів, індексу маси тіла, куріння, наявності запорів та астми [3].

За даними багатьох дослідників, у жінок із ГП патологія органів дихання траплялася в 36,6 % випадків. Серед захворювань дихальної системи переважали хронічні бронхіти та бронхіальна астма (68,3 %), що вірогідно вище, ніж у здорових жінок (22 %) [4]. Хронічні захворювання, які супроводжуються довготривалим кашлем, сприяють періодичному підвищенню внутрішньочеревного тиску, що може слугувати причиною розвитку та прогресування ГП не тільки в жінок, із неспроможністю м'язів тазового дна та слабкістю зв'язкового апарату, а й в осіб із нормальною функцією тазового дна [5].

Надлишкова маса є одним із факторів розвитку пролапсу органів малого таза: підвищений внутрішньочеревний тиск на тлі ожиріння має негативну дію на стан зв'язково-фасціаль-м'язового апарату малого таза. При ожирінні II–III ступенів ефективність оперативного лікування значно зменшується, велика ймовірність рецидивів та складне повторне хірургічне втручання ускладнюють процеси реабілітації, погіршують якість життя пацієнток, у зв'язку з чим рекомендовано відкласти оперативне лікування до нормалізації маси [6].

Проблема хірургічного лікування ГП у жінок з ожирінням характеризується труднощами при проведенні оперативного втручання лапароскопічним доступом за рахунок значної товщини підшкірно-жирової клітковини, наявності вираженої кількості вісцерального жиру, що ускладнює проведення лапароскопічного втручання та не дає можливості маніпуляції ендоскопічним інструментарієм [7, 8]. Необхідно зауважити, що підвищена маса тіла пацієнтки у поєднанні з положенням Тренделенбурга з пневмоперитонеумом є додатковим чинником ускладнень з боку дихальної та серцево-судинної системи [9].

Цукровий діабет (ЦД) суттєво порушує трофіку тканин, зокрема статевих шляхів [10]. Також причинами розвитку ГП при ЦД вважають дегенерацію сполучної тканини та недостатність колагену, що виникають через зміни вмісту статевих гормонів, тому оцінка гормонального статусу жінок із ГП на тлі ЦД може бути важливим прогностичним фактором [11]. Хірургічне лікування ГП у хворих на ЦД часто закінчується рецидивом пролапсу геніталій через неспроможність тканин, уражених ЦД, зростатися та відновлюватися.

Враховуючи той факт, що кількість жінок похилого віку постійно зростає, проблема ГП та урогінекологічних захворювань, які його супроводжують все більше набуває актуальності. Вважають, що вже зараз близько 11–15 % жіночого населення потребує хірургічного лікування ГП [12]. Близько 10 % жінок переносять операції з приводу ГП, у 30 % з них виникають рецидиви, що вказує на необхідність пошуку нових діагностичних та лікувальних методів корекції порушень тазових органів [13].

Вирішення цієї проблеми особливо важливо серед пацієнток працездатного віку, тому лікування та реабілітація жінок із ГП має не тільки медичне, а й соціальне значення. У зв'язку з цим залишаються актуальними

питання удосконалення техніки операції, пошуку нових підходів до реабілітації для підвищення їх ефективності.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – підвищення ефективності лікування та попередження рецидивів генітального пролапсу в жінок із хронічними екстрагенітальними захворюваннями.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Для досягнення мети було обстежено 139 жінок із генітальним пролапсом, із яких 70 мали ГП в поєднанні з екстрагенітальною патологією (основна група), а 69 – випадіння статевих органів (група порівняння). 30 жінок без ознак гінекологічних та екстрагенітальних захворювань склали контрольну групу. Необхідно відзначити, що 20 хворих із ГП основної групи, які страждали від хронічних захворювань дихальної системи (ХОЗЛ, БА, ХБ), склали 1 підгрупу; 20 жінок із пролапсом геніталій, які мали ожиріння, увійшли до 2 підгрупи, а 30 жінок, що страждали від ЦД другого типу – до 3 підгрупи.

Вік обстежених жінок коливався від 55 до 82 років, середній вік жінок основної групи становив $(59,2 \pm 5,7)$ року, групи порівняння – $(66,9 \pm 3,8)$ року. Привертає увагу молодший вік у жінок із ГП та захворюваннями дихальних шляхів. Давність захворювання коливалася від 2 до 10 років (у середньому $(7,1 \pm 3,5)$ року).

Дослідження проводили у відділенні оперативної гінекології з малоінвазивною хірургією КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», яке є клінічною базою кафедри акушерства та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету.

Для визначення ступеня генітального пролапсу використовували систему кількісної оцінки (POP-Q) (1996), виконували леваторний тест, Q-tip тест, тест Vonpeu, урофлоуметрію, ультразвукове дослідження органів малого таза (УЗД), зокрема трансвагінальну ехографію та доплерометрію судин органів малого таза та промежини з використанням апарата Philips HD 11XE. Крім загального клініко-лабораторного обстеження, проводили консультацію уролога для визначення ступеня нетримання сечі. Застосування ЯМР та КТ проводили при необхідності для визначення обсягу оперативного втручання, особливо при рецидивах захворювання з використанням відповідної апаратури.

Діагноз ХОЗЛ, БА, ХБ та інших захворювань дихальної системи встановлювали відповідно до наказів МОЗ України та клінічних протоколів разом із терапевтом, ендокринологом, пульмонологом.

Для діагностики ожиріння та його ступеня користувалися визначенням індексу маси тіла (ІМТ). ІМТ розраховували як відношення маси тіла (у кг) до квадрату зросту (у м²). ІМТ в межах 18,5–24,9 кг/м² вважали як нормальну масу тіла. Для визначення характеру розподілу жиру в організмі використовували показник співвідношення окружності талії (ОТ) та окружності стегон (ОС). Ожиріння вважали абдомінальним, якщо показник ОТ/ОС перевищував 0,85. ОТ вимірювали у положенні стоячи посередині між нижнім краєм грудної клітки і гребенем клубової кістки по середньопуховій лінії, ОС вимірювали у найширшій ділянці на рівні великого вертлюга. Показник високого ризику супутніх захворювань характеризується ОТ більше 88 см, збільшення ОТ – ознака підвищеного ризику розвитку ускладнень навіть із нормальними даними ІМТ. Визначали, чи ожиріння було первинним,

аліментарно-конституційним, чи – вторинним, ендокринно-метаболічним (гіпотиреоїдним).

Визначення ступеня тяжкості ЦД та переведення хворої на інсулінотерапію на час періопераційного періоду проводили разом з ендокринологом відповідно до наказів та клінічних протоколів МОЗ України.

При наявності у жінок із ГП захворювань дихальної системи хірургічне втручання включало трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію з використанням ситчасного ендопротеза. Трансабдомінальну лапароскопічну кольпосакропексію не застосовували через можливий негативний вплив пневмоперитонеуму (більша тривалість оперативного втручання і, відповідно, наркозу при абдомінальному доступі, вимушена позиція Тренделенбурга із виникненням застійних явищ у легенях, що може викликати ряд ускладнень у жінок похилого віку із вказаною екстрагенітальною патологією).

При ожирінні та цукровому діабеті хірургічне втручання включало трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію. Трансабдомінальну та лапароскопічну кольпосакропексію у жінок з ожирінням не застосовували через наявність відносних протипоказань для проведення лапароскопії (серцево-судинні захворювання, патологія органів дихання, наявність злукового процесу, стану після оперативного лікування гриж). Тому всі операції жінкам із ГП та ожирінням виконували трансвагінально через неможливість здійснити абдомінальний доступ, а у жінок групи порівняння також виконували трансвагінальні оперативні втручання для репрезентативності клінічних груп. Необхідно відзначити, що перед використанням поліпропіленової сітки з метою мінімізації гнійно-септичних ускладнень, пов'язаних з використанням синтетичних протезів, аквадисекцію проводили 0,9 % фізіологічним розчином натрію хлориду з додаванням 1 г цефтріаксону на 200 мл. Після операції жінки застосовували супозиторії з гіалуроновою кислотою.

Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою методів параметричної статистики із застосуванням програм «Statistica 6.0» і «Biostat».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Скарги пацієнок основної групи та групи порівняння були спорідненими: дискомфорт, пов'язаний із зянням входу в піхву, «хлопання повітря» під час статевого акту, симптоми стресового нетримання сечі варіювали за кількістю втраченої сечі від незначної до постійного витікання. Також хворі відмічали відчуття стороннього тіла у піхві, дискомфорт у сидячому положенні, утруднення при спорожненні сечового міхура, прямої кишки, прояви циститу, гостру затримку сечі, трофічні виразки на слизовій поверхні піхви, особливо, коли статеві органи які впадали, не вправлялися.

Патологію дихальних шляхів у жінок 1 підгрупи діагностовано таким чином: бронхіальна астма – у 5 (25 %) осіб, варіювала від інтермітуючої, легкої форми (дихальна недостатність 1 ступеня) до БА 3 ступеня (персистуюча, середньої тяжкості, частково контрольована); ХОЗЛ мало місце у 3 (15 %) жінок, ускладнене легеневою гіпертензією; хронічний бронхіт у стадії ремісії діагнос-

тували у 6 (30 %) пацієнок; перенесену пневмонію двобічну інтерстиціальну з фіброзом – у 4 (20 %), дифузний пневмосклероз – у 2 (10 %).

У жінок 2 підгрупи найчастіше діагностували ожиріння аліментарної форми переважно II ступеня у 13 пацієнок (65 %), стабільну форму – у 16 жінок (80 %), абдомінальний тип (майже у всіх пацієнок) у 19 (95 %). ІМТ в цій групі дорівнював $36,4 \pm 3,2$ ($P < 0,05$), у групі порівняння – $24,5 \pm 1,7$, у контрольній групі – $23,9 \pm 1,4$.

Жінки 3 підгрупи з поєднанням ГП та ЦД 2 типу додатково мали особливі скарги на постійну спрагу, підвищену втомлюваність, часте відчуття голоду, підвищений апетит, недостатність енергії, оніміння в руках та ногах, часті інфекційні ураження шкіри та піхви, тривале загоєння ран, рецидиви інфекційних захворювань статевих шляхів (кольпіти). Рівень глюкози в крові натщесерце у жінок основної групи коливався від 6,7 до 11,5 моль/л, гліколізований гемоглобін (HbA1c) дорівнював 6,5–9,0 %, порушення толерантності до глюкози – 7,9–11 ммоль/л.

У результаті огляду та гінекологічного обстеження у жінок 1 підгрупи повне випадіння відзначено у 6 (30 %) хворих, неповний пролапс – у 12 (60 %), випадіння кукси шийки матки – у 2 (10 %). Крім того, було діагностовано: цистоцеле – 10 (50 %), ректоцеле – 6 (30 %), уретроцеле – (5 %), стресове нетримання сечі – 8 (40 %), гостру затримку сечі – 4 (20 %), декубітальну виразку – 5 (25 %).

У 2 (10 %) жінок 2 підгрупи діагностовано елонгацію та рубцеву деформацію шийки матки, опущення передньої стінки піхви (цистоцеле) – у 9 (45 %), опущення задньої стінки піхви (ректоцеле) – у 8 (40 %), неповне випадіння внутрішніх статевих органів – у 9 (45 %), гостру затримку сечі – у 3 (15 %), нетримання сечі також у 3 (15 %), уретроцеле – у 2 (10 %), повне випадіння внутрішніх статевих органів у 4 (20 %).

У жінок 3 підгрупи ці показники було визначено таким чином: повне випадіння мало місце у 16 (53,3 %) хворих, неповний пролапс – у 10 (33,3 %), випадіння кукси шийки матки – у 4 (13,4 %) осіб. У жінок цієї групи було визначено цистоцеле – у 10 (33,3 %), ректоцеле – у 5 (16,7 %), стресове нетримання сечі – у 8 (26,7 %), гостру затримку сечі – у 3 (10,0 %).

У групі порівняння ці показники визначено таким чином: повне випадіння мало місце у 37 (53,6 %) хворих, неповний пролапс – у 22 (31,9 %), випадіння кукси шийки матки – у 10 (14,5 %) осіб. У жінок групи порівняння було діагностовано цистоцеле – 10 (14,5 %), ректоцеле – 9 (13,1 %), стресове нетримання сечі – 15 (21,7 %), гостру затримку сечі – 11 (15,9 %).

Порівняльна характеристика вказує на більш часте неповне випадіння у жінок із дихальними розладами, ректоцеле, стресове нетримання сечі, тоді як цистоцеле, гостра затримка сечі були майже однаковими за частотою.

Серед іншої екстрагенітальної патології у жінок 1 підгрупи відзначено гіпертонічну хворобу – 10 (50 %) пацієнок, варикозне захворювання вен – 12 (60 %), ішемічну хворобу серця – 6 (30 %), злуковий процес черевної порожнини – 4 (20 %), артроз – 2 (10 %), захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – 6 (30 %), мастопатію – 5 (25 %), ожиріння – 2 (10 %), патологію щитоподібної залози – 2 (10 %), енцефалопатію – 3 (15 %) особи та інші.

Крім ожиріння, у жінок 2 підгрупи діагностували метаболічну кардіоміопатію, дисліпідемію – 3 (15 %) пацієнтки,

ішемічну хворобу серця – 6 (30 %), варикозне розширення вен нижніх кінцівок – 14 (70 %), коксартроз – 1 (5 %), псоріаз – 1 (5 %), хронічний пієлонефрит – 1 (5 %), артеріальну гіпертензію – 13 (65 %), цукровий діабет 2 типу – 5 (25 %), злуковий процес черевної порожнини – 9 (45 %), хронічний гастрит – 2 (10 %), вузловий зоб – 5 (25 %), хронічний бронхіт – 1 (5 %) хвора.

У жінок 3 підгрупи, які страждали від цукрового діабету, відзначено гіпертонічну хворобу – у 19 (63,3 %) пацієнток, серцеву недостатність – у 18 (60 %), варикозне захворювання вен – у 17 (56,7 %), ішемічну хворобу серця – у 14 (46,7 %), артроз – у 7 (23,3 %), захворювання ШКТ – у 8 (27,7 %), захворювання нирок – у 13 (43,3 %), патологію щитоподібної залози – у 6 (20 %) хворих та інші.

У жінок групи порівняння діагностовано таку екстрагенітальну патологію: гіпертонічна хвороба – 6 (8,6 %), варикозне захворювання вен – 10 (14,5 %), ішемічна хвороба серця – 4 (5,7 %), злуковий процес черевної порожнини – 4 (5,7 %), захворювання ШКТ – 9 (13,1 %), патологія щитоподібної залози – 3 (4,3 %) та інші. Мала місце й інша гінекологічна патологія: аномальні маткові кровотечі – 6 (8,7 %) та лейоміома невеликих розмірів – 3 (4,3 %).

Всім жінкам проведено передопераційну підготовку з використанням антисептичних піхових супозиторіїв, цитологічне дослідження для виключення онкопатології, УЗД органів малого таза для виключення наявності пухлин матки та яєчників, визначення кількості залишкової сечі.

При складанні плану лікування враховували побажання пацієнтки та її потреби, переваги використання синтетичних матеріалів, необхідність видалення матки, доступ та обсяг оперативного втручання, вибір адекватної анестезії.

Лікування жінок 1 підгрупи представлено такими видами хірургічного лікування: 3 (15 %) жінкам із хронічним бронхітом у стадії ремісії та неповним випадінням було виконано трансвагінальну екстирпацію без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію, однобічну сакроспінальну кольпопексію ліворуч. Якщо у жінок із повним або неповним ГП діагностовано ХОЗЛ із легеневою гіпертензією та іншою супутньою патологією, бронхіальну астму II–III ст., пневмосклероз, хронічний бронхіт, перенесену двобічну пневмонію, які ускладнювалися цистоцеле, ректоцеле, елонгацією шийки матки, то виконували екстирпацію матки без додатків через піхву, кольпопексію до правої сакроспінальної зв'язки за допомогою сітчастого протеза, передню кольпорафію, що було здійснено у 16 (80 %) пацієнток. Одній хворій (5 %) зі стресовим нетриманням сечі, злуковим процесом органів малого таза, уретроцеле, яка мала БА легкої форми, в анамнезі – лапароскопію, надпихову ампутацію матки з матковими трубами через симптомну лейоміому матки, було виконано уретропексію синтетичною петлею Duzey SVT після розрізу передньої стінки піхви на рівні середньої третини уретри довжиною 1 см за допомогою непрямих перфораторів, трансобтураторно проведено синтетичну петлю з розташуванням центральної частини петлі під середньою третьою уретри, слизову оболонку піхви ушито безперервним швом із використанням поліглікоїдної нитки.

Хірургічне втручання у 2 підгрупі включало трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію. Трансабдомінальну або лапароскопічну кольпосакропексію у жінок з ожирінням не застосовували через наявність відносних протипоказань для проведення лапароскопії (серцево-судинні захворювання, патологія органів дихання, наявність злукового процесу, стану після оперативного лікування гриж). Тому всі операції жінкам із ГП та ожирінням виконували трансвагінально через неможливість здійснити абдомінальний доступ, а у жінок групи порівняння також виконували трансвагінальні оперативні втручання для репрезентативності клінічних груп. Восьми (40 %) пацієнткам виконано екстирпацію матки без додатків через піхву, односторонню сакроспінальну кольпопексію, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком; 12 (60 %) жінкам здійснено екстирпацію матки без додатків через піхву, сакроспінальну кольпопексію ліворуч із використанням сітки, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком. Необхідно відзначити, що перед використанням сітки з метою мінімізації гнійно-септичних ускладнень, пов'язаних з використанням синтетичних протезів, аквадисекцію проводили 0,9 % фізіологічним розчином натрію хлориду з додаванням 1 г цефтріаксону на 200 мл.

Хірургічне лікування жінок 3 підгрупи включало трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком (вагінальна пластика) у 18 хворих (34,6 %). Вказане оперативне втручання доповнено сакроспінальною кольпопексією ліворуч у 12 (40 %) хворих. У 8 (26,7 %) жінок операцію доповнено встановленням поліпропіленового сітчастого протеза розміром 2×30 см. Трансабдомінальний та лапароскопічний доступ при оперативному лікуванні ГП не використовували через тривалість оперативного втручання та можливість виникнення ряду ускладнень у жінок із тяжкою екстрагенітальною патологією, зокрема цукровим діабетом (розходження швів на післяопераційній рані, нагноєння рани, довге загоєння) [14].

Лікування пацієнток із ГП групи порівняння представлено трансвагінальною екстирпацією матки без додатків, передньою кольпорафією, кольпоперинеорафією з леваторопластиком, сакроспінальною кольпопексією ліворуч у 22 (31,9 %) хворих, з них 10 (14,5 %) мали неповний ГП, 12 (17,4 %) – повний. Екстирпацію матки або шийки матки після попередніх операцій із сакроспінальною кольпопексією за допомогою сітчастого протеза, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком виконано 38 (55,1 %) жінкам, з них 15 (21,7 %) – з неповним та 23 (33,3 %) – з повним ГП. Петлю Duzey SVT використано в 9 (13,1 %) випадках із неповним ГП, переважно з цистоцеле та стресовим нетриманням сечі.

Встановлення сітчастого ендопротеза виконували таким чином: проводили повздовжній розріз на передній або задній стінці піхви довжиною до 4 см (попередньо проводили інфільтрацію фізіологічним розчином з антибактеріальним препаратом), здійснювали паравагінальну дисекцію у напрямі сакроспінальної зв'язки. За допомогою голчастого інструмента серпоподібної форми виконували перфорацію сакроспінальних зв'язок, сідничного м'яза, шкіри. Після цього сітчастий протез виводили в рану піхви

та фіксували до кукс крижово-маткових, власних зв'язок яєчників, куksi піхви за допомогою поліестерової нитки, що не розсмоктується.

Сітчасті протези отримані шляхом переплетення синтетичних поліпропіленових ниток та синтетичних ниток, що розсмоктуються. Вони застосовуються для зміцнення тканин і довготривалої стабілізації фасціальних структур, характеризуються високою ефективністю, низькою кількістю рецидивів, тому їх використовують при повторних втручаннях для профілактики рецидивів захворювання. Поліглікапролактонові, або волокна полігліколевої кислоти, використовуються для додання ендопротезу жорсткості, що полегшує маніпуляції з ним під час операції. Після розсмоктування синтетичних ниток обсяг стороннього матеріалу, що зберігається в організмі, зменшується на 60 %. Тому основні переваги сітки, що частково розсмоктується, це зменшення маси сітки, великий розмір пор і більша відстань між волокнами, що сприяє утворенню гнучкої «рубцевої сітки», а не ригідної «рубцевої пластини», і в організмі жінки залишається менш ніж 40 % первісного матеріалу сітки [15].

Аналізуючи обсяг оперативного втручання по групах, було визначено, що трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію виконано переважно при неповному випадінні статевих органів. Петлю Duzey SVT частіше використовували при уретроцеле, цистоцеле та нестресовому нетриманні сечі. Передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію із сітчастим ендопротезом здійснювали переважно при повному або неповному генітальному пролапсі з наявністю супутньої екстрагенітальної патології, зокрема дихальних органів.

Зазначимо, що у жінок з ожирінням переважно виконували трансвагінальну екстирпацію матки з односторонньою сакроспінальною кольпопексією за допомогою синтетичного сітчастого протеза [5]. Обсяг операції у вигляді екстирпації матки зумовлений як профілактикою рецидиву захворювання, надійнішим ефектом протеза порівняно із сакроспінальною кольпопексією, так і запобіганням малігнізації ендометрія у жінок з ожирінням, в яких цей процес вельми високий через вплив естрогенів [16].

У групі порівняння відмічали переважне використання сакроспінальної кольпопексії (48 %), застосування сітки та корекція власними тканинами були відносно однаковими. Рецидиви захворювання при застосуванні протеза відсутні, при пластичі власними тканинами було 2 випадки (4 %), отримані показники не відрізняються від літературних даних [17].

Необхідно відзначити, що переваги хірургічного лікування, особливо з використанням ендопротеза, який на 60 % розсмоктується, в одночасній корекції ГП із усуненням дефектів тазового дна, що збігається з думкою низки авторів [18, 19]. Тому при обранні методу хірургічного лікування необхідно враховувати причину ГП і в кожному випадку персоналізовано обирати спосіб оперативного втручання, особливо у жінок із екстрагенітальною патологією.

Результати хірургічного лікування жінок основної групи (n=70) та групи порівняння (n=69) продемонстрували такі ускладнення та рецидиви. В результаті проведеного

лікування в основній групі виявили 16 рецидивів (22,8 %) протягом 1 року після оперативного втручання, з них після вагінальної пластики 7 випадків (43,8 %), після сакроспінальної кольпопексії – 4 (25 %), після встановлення поліпропіленової сітки, до складу якої входить поліглікапролактон, – 5 (31,3 %).

У групі порівняння відмічали 14 рецидивів (20,3 %), з яких 6 (42,9 %) випадків після вагінальної пластики і по 4 (28,6 %) після сакроспінальної кольпопексії та встановлення поліпропіленової сітки, до складу якої входить поліглікапролактон. Згідно з даними сучасної літератури рецидив ГП після гістеректомії та вагінальної пластики спостерігається у жінок похилого віку в 25–30 % пацієнток, а після використання синтетичних протезів лише в 9–12 % [20, 21].

Необхідно відзначити, що однобічна сакропексія дозволяє скоротити час операції за рахунок однобічної, а не двобічної фіксації, що не знижує ефективність оперативного втручання. Використання синтетичної сітчастої тканини дало майже однакову кількість рецидивів у жінок основної групи та групи порівняння, але жінки із ЦД частіше відмічали алергічну або запальну реакцію на введення поліпропіленової сітки, до складу якої входить поліглікапролактон (відторгнення сітчастого протеза – у 5 (7,1 %)).

Атрофічні зміни у піхві жінок менопаузального віку зумовлені недостатністю статевих гормонів. Цей стан може бути обтяжений екстрагенітальними захворюваннями, зокрема цукровим діабетом, та негативно впливати на перебіг післяопераційного періоду. Всім хворим, яким планували оперативне лікування з приводу ГП, призначали внутрішньопіхвовий крем з естріолом (1 мг/г) щоденно або супозиторії з естріолом (0,5 мг) двічі на день за місяць до планової операції та впродовж 30 днів після операції, після чого було проведено аналіз гормонального стану порівняно з початковими показниками. Відомо, що естріол впливає на атрофічні зміни піхви, сечопускального каналу, компенсує дефіцит естрогенів у жінок в період менопаузи, зменшує вираження атрофічних змін сечостатевих шляхів, атрофічний вульвовагініт, диспареунію, нетримання сечі, сприяє зменшенню загального холестерину [22].

Хірургічне лікування ГП, зокрема 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 [23, 24]. Її можна рекомендувати як операцію вибору жінкам менопаузального віку з цукровим діабетом, тому що вона дозволяє скоротити час операції, не потребує абдомінального доступу та значних витрат на синтетичні матеріали. Призначення естрогенвмісних препаратів та супозиторіїв з гіалуроновою кислотою протягом 30 днів після оперативного втручання підвищує ефективність хірургічного лікування, нормалізує гормональний стан та якість життя жінок похилого віку з цукровим діабетом.

Хірургічне лікування генітального пролапсу в жінок з ожирінням шляхом використання поліпропіленової сітки для сакроспінальної кольпопексії після трансвагінальної екстирпації матки підвищує результативність лікування, знижуючи кількість рецидивів захворювання.

ВИСНОВКИ. Персоналізований підхід у лікуванні генітального пролапсу в жінок із хронічною екстрагенітальною патологією сприяє підвищенню ефективності хірургічних заходів та зниженню рецидиву захворювання. Використання поліпропіленового сітчастого ендопротеза сприяє запобіганню виникненню рецидивів, підвищує результативність і може бути рекомендоване до застосування у гінекологічній практиці. Виконання однобічної сакроспінальної кольпопексії жінкам похилого віку з наступним використанням супозиторіїв з гіалуроновою

кислотою в ранній післяопераційний період також демонструє підвищення ефективності хірургічного лікування генітального пролапсу та сприяє зниженню рецидивів захворювання.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальші дослідження будуть спрямовані на визначення кореляційних зв'язків між екстрагенітальною патологією та результатами оперативного втручання у жінок із генітальним пролапсом.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Fleischer K. Pelvic organ prolapse management / K. Fleischer, G. Thiagamoorthy // *Post Reprod. Health.* – 2020. – No. 2 (26). – P. 79–85.
2. Weintraub A. Y. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse / A. Y. Weintraub, H. Gliner, N. Marcus-Braun // *Int. Braz. J. Urol.* – 2020. – Vol. 46 (1). – P. 5–14.
3. Advancing our understanding of genetic risk factors and potential personalized strategies for pelvic organ prolapse / N. Pujol-Gualdo, K. Läll, M. Lepamets [et al.] // *Nat Commun.* – 2022. – No. 13 (1).
4. Gillor M. Demographic risk factors for pelvic organ prolapse: Do smoking, asthma, heavy lifting or family history matter? / M. Gillor, P. Saens, H. P. Dietz // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2021. – No. 261. – P. 25–28.
5. Association between delivery mode and pelvic organ prolapse: A meta-analysis of observational studies / B. Leng, Y. Zhou, S. Du [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2019. – No. 235. – P. 19–25.
6. Obesity and pelvic organ prolapse / U. J. Lee, M. H. Kerkhof, S. A. van Leijssen, J. P. Heesakkers // *Curr. Opin. Urol.* – 2017. – No. 27 (5). – P. 428–434.
7. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence / K. Baessler, C. Christmann-Schmid, C. Maher [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2018. – No. 19.
8. Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolpopexy does not affect postoperative outcomes / E. R. W. Davidson, T. N. Thomas, E. J. Lampert [et al.] // *Int. Urogynecol. J.* – 2019. – No. 30 (4). – P. 649–655.
9. Abdool Z. Prolapse symptoms are associated with abnormal functional anatomy of the pelvic floor / Z. Abdool, H. P. Dietz, B. G. Lindeque // *Int. Urogynecol. J.* – 2017. – No. 28 (9). – P. 1387–1391.
10. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018 // *Diabetes Care.* – 2018. – No. 41 (Suppl. 1). – P. 13–27.
11. Are hypertension and diabetes mellitus risk factors for pelvic organ prolapse? / H. Isik, O. Aynioglu, A. Sahbaz [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2016. – No. 197. – P. 59–62.
12. Dieter A. A. Pelvic organ prolapse: Controversies in surgical treatment / A. A. Dieter // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* – 2021. – No. 48 (3). – P. 437–448.
13. Abdool Z. Prolapse symptoms are associated with abnormal functional anatomy of the pelvic floor / Z. Abdool, H. P. Dietz, B. G. Lindeque // *Int. Urogynecol. J.* – 2017. – No. 28 (9). – P. 1387–1391.
14. Профілактика рецидиву генітального пролапсу в жінок похилого віку після хірургічного втручання / Р. А. Сафонов, В. В. Лазуренко, О. Л. Черняк [та ін.] // *Репродуктивна ендокринологія.* – 2020. – № 54. – С. 95–98.
15. Preliminary evaluation of the short-term outcomes of polytetrafluoroethylene mesh for pelvic organ prolapse / K. Nakai, A. Hamuro, K. Kitada [et al.] // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* – 2021. – No. 47 (7). – P. 2529–2536.
16. CHORUS: An International Collaboration for Harmonising Outcomes, Research, and Standards in Urogynaecology and Women's Health Evaluation of guidelines on the use of vaginal mesh implants for pelvic organ prolapse using the AGREE II instrument / S. Tsiapakidou, C. Campani Nygaard, J. Pape [et al.] // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2021. – No. 154 (3). – P. 400–411.
17. Combined reconstructive surgery involving uterosacral colpopexy and anterior vaginal mesh implantation for pelvic organ prolapse / A. Hamuro, D. Tachibana, H. Wang [et al.] // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* – 2016. – No. 42 (6). – P. 707–715.
18. Laparoscopic sacral colpopexy for pelvic organ prolapse recurrence after transvaginal mesh surgery / G. Campagna, G. Panico, L. Vacca [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2020. – No. 248. – P. 222–226.
19. Mesh-augmented transvaginal repair of recurrent or complex anterior pelvic organ prolapse in accordance with the SCENIHR opinion / G. Naumann, T. Hüsch, C. Mörgeli [et al.] // *Int. Urogynecol. J.* – 2021. – No. 32 (4). – P. 819–827.
20. Wallace S. L. Surgery for apical vaginal prolapse after hysterectomy: Transvaginal mesh-based repair / S. L. Wallace, R. Syan, E. R. Sokol // *Urol. Clin. North Am.* – 2019. – No. 46 (1). – P. 103–111. DOI: 10.1016/j.ucl.2018.08.005
21. Laparoscopic management of pelvic organ prolapse recurrence after open sacrocervicopexy / E. Grinstein, O. Gluck, N. Veit-Rubin, B. Deval // *Int. Urogynecol. J.* – 2020. – No. 31 (9). – P. 1965–1968. DOI: 10.1007/s00192-020-04283-8
22. Effects of ultralow topical estriol dose on vaginal health and quality of life in postmenopausal women who underwent surgical treatment for pelvic organ prolapse / S. Caruso, S. Cianci, S. G. Vitale [et al.] // *Menopause.* – 2017. – No. 24 (8). – P. 900–907.
23. Cho M. K. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women / M. K. Cho, J. H. Moon, C. H. Kim // *Int. J. Surg.* – 2017. – No. 44. – P. 274–277.
24. Pelvic floor symptoms 5 to 14 years after total versus subtotal hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis / G. F. Aleixo, M. C. M. Fonseca, M. A. T. Bortolini [et al.] // *Int. Urogynecol. J.* – 2019. – No. 30 (2). – P. 181–191.

REFERENCES

- Fleischer, K., & Thiagamoorthy, G. (2020). Pelvic organ prolapse management. *Post Reprod Health*, 26 (2), 79-85. DOI: 10.1177/2053369120937594.
- Weintraub, A.Y., Gliner, H., & Marcus-Braun, N. (2020). Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int. Braz. J. Urol.*, 46 (1), 5-14. DOI: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581.
- Pujol-Gualdo, N., Läll, K., Lepamets, M., & Estonian Biobank Research Team, & Rossi, H.R., & Arffman, R.K., et al (2022). Advancing our understanding of genetic risk factors and potential personalized strategies for pelvic organ prolapse. *Nat Commun*, 23,13 (1), 3584. DOI: 10.1038/s41467-022-31188-5..
- Gillor, M., Saens, P., & Dietz, H.P. (2021). Demographic risk factors for pelvic organ prolapse: Do smoking, asthma, heavy lifting or family history matter? *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 261, 25-28. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.04.006
- Leng, B., Zhou, Y., Du, S., Liu, F., & Zhao, L., Sun, G., & Zhao, Y. (2019). Association between delivery mode and pelvic organ prolapse: A meta-analysis of observational studies. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 235, 19-25. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2019.01.031
- Lee, U.J., Kerkhof, M.H., van Leijssen, S.A., & Heesakkers, J.P. (2017). Obesity and pelvic organ prolapse. *Curr. Opin. Urol.*, 27 (5), 428-434. DOI: 10.1097/MOU.0000000000000428.
- Baessler, K., Christmann-Schmid, C., & Maher, C., Haya, N., Crawford, T.J., & Brown, J. (2018). Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 19, 8 (8). DOI: 10.1002/14651858.CD013108
- Davidson, E.R.W., Thomas, T.N., Lampert, E.J., Paraiso, M.F.R., & Ferrando, C.A. (2019). Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolpopexy does not affect postoperative outcomes. *Int. Urogynecol. J.*, 30 (4), 649-655. DOI: 10.1007/s00192-018-3790-4.
- Abdool, Z., Dietz, H.P., & Lindeque, B.G. (2017). Prolapse symptoms are associated with abnormal functional anatomy of the pelvic floor. *Int. Urogynecol. J.*, 28 (9), 1387-1391. DOI: 10.1007/s00192-017-3280-0
- American Diabetes Association (2018). Classification and Diagnosis of Diabetes: *Standards of Medical Care in Diabetes-2018*. *Diabetes Care*, 41, 13-27. DOI: 10.2337/dc18-S002
- Isik, H., Aynioğlu, O., Sahbaz, A., Selimoglu, R., Timur, H., & Harma, M. (2016). Are hypertension and diabetes mellitus risk factors for pelvic organ prolapse? *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 197, 59-62. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2015.11.035.
- Dieter, A.A. (2021). Pelvic organ prolapse: Controversies in surgical treatment. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, 48 (3), 437-448. DOI: 10.1016/j.ogc.2021.05.001
- Abdool, Z., Dietz, H.P., & Lindeque, B.G. (2017). Prolapse symptoms are associated with abnormal functional anatomy of the pelvic floor. *Int. Urogynecol. J.*, 28 (9), 1387-1391. DOI: 10.1007/s00192-017-3280-0.
- Safonov, R.A., Lazurenko, V.V., Cherniak, O.L., Liashchenko, O.A., & Ovcharenko, O.B. (2020). Профілактика ретсидиву хронічного пролапсу у жінок похилого віку після хірургічного втручання [Prevention of recurrence of genital prolapse in elderly women after surgery]. *Reproduktyvna endokrynologiya – Reproductive Endocrinology*, 4 (54), 95-98. DOI: 10.18370/2309-4117.2020.54.95-98 [in Ukrainian].
- Nakai, K., Hamuro, A., Kitada, K., Tahara, M., Misugi, T., & Nakano, A., et al (2021). Preliminary evaluation of the short-term outcomes of polytetrafluoroethylene mesh for pelvic organ prolapse. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 47 (7), 2529-2536. DOI: 10.1111/jog.14795
- Tsiapakidou, S., Campani Nygaard, C., Pape, J., de Mattos Lourenço, T.R., & Falconi, G., & Betschart, C. et al. (2021). CHORUS: An International Collaboration for Harmonising Outcomes, Research, and Standards in Urogynaecology and Women's Health. Evaluation of guidelines on the use of vaginal mesh implants for pelvic organ prolapse using the AGREE II instrument. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 154 (3), 400-411. DOI: 10.1002/ijgo.13622
- Hamuro, A., Tachibana, D., Wang, H., Hayashi, M., Yanai, S., & Kurihara, Y., et al (2016). Combined reconstructive surgery involving uterosacral colpopexy and anterior vaginal mesh implantation for pelvic organ prolapse. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 42 (6), 707-715. DOI: 10.1111/jog.12952.
- Campagna, G., Panico, G., Vacca, L., Caramazza, D., Gallucci, V., & Rumolo, V., et al (2020). Laparoscopic sacral colpopexy for pelvic organ prolapse recurrence after transvaginal mesh surgery. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 248, 222-226. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.03.025
- Naumann, G., Hüsch, T., Mörgeli, C., Kolterer, A., & Tunn, R. (2021). Mesh-augmented transvaginal repair of recurrent or complex anterior pelvic organ prolapse in accordance with the SCENIHR opinion. *Int. Urogynecol. J.*, 32 (4), 819-827. DOI: 10.1007/s00192-020-04525-9.
- Wallace, S.L., Syan, R., & Sokol, E.R. (2019). Surgery for apical vaginal prolapse after hysterectomy: Transvaginal mesh-based repair. *Urol. Clin. North Am.*, 46 (1), 103-111. DOI: 10.1016/j.ucl.2018.08.005
- Grinstein E., Gluck O., Veit-Rubin N., & Deval B. (2020). Laparoscopic management of pelvic organ prolapse recurrence after open sacrocervicopexy. *Int Urogynecol J.*, 31 (9), 1965-1968. DOI: 10.1007/s00192-020-04283-8
- Caruso, S., Cianci, S., Vitale, S.G., Matarazzo, M.G., Amore, F.F., & Cianci, A. (2017). Effects of ultralow topical estradiol dose on vaginal health and quality of life in postmenopausal women who underwent surgical treatment for pelvic organ prolapse. *Menopause*, 24 (8), 900-907. DOI: 10.1097/GME.0000000000000851
- Cho, M.K., Moon, J.H., & Kim, C.H. (2017). Factors associated with recurrence after colpopoiesis for pelvic organ prolapse in elderly women. *Int. J. Surg.*, 44, 274-277. DOI: 10.1016/j.ijsu.2017.06.086
- Aleixo, G.F., Fonseca, M.C.M., Bortolini, M.A.T., Brito, L.G.O., & Castro, R.A. (2019). Pelvic floor symptoms 5 to 14 years after total versus subtotal hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *Int. Urogynecol. J.*, 30 (2), 181-191. DOI: 10.1007/s00192-018-3811-3

Отримано 13.01.2022

Прийнято до друку 14.01.2022

Електронна адреса для листування: ra.safonof@kpmu.edu.ua