

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

ДУДЧЕНКО ВАРВАРА МАКСИМІВНА

УДК 618.1-089.888

ДИСЕРТАЦІЯ
ОБҐРУНТУВАННЯ (КОМБІНОВАНИХ) СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ
У ГІНЕКОЛОГІЇ ТА ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ

Спеціальність: 222 - Медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на власне джерело

_____ В.М. Дудченко

Науковий керівник : доктор медичних наук,
професор Громова Антоніна Макарівна

Полтава - 2026

АНОТАЦІЯ

Дудченко В.М. Обґрунтування (комбінованих) симультанних операцій у гінекології та тактики ведення. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеню доктора філософії за спеціальністю 222 Медицина - Полтавський державний медичний університет МОЗ України, Полтава, 2026.

У дисертаційній роботі представлено результати комплексного дослідження, присвяченого обґрунтуванню комбінованих симультанних операцій у гінекології та визначенню оптимальної тактики ведення пацієнток із генітальним пролапсом.

Актуальність обраної наукової проблематики визначається недостатністю інформації про сучасні методики лікування генітального пролапсу в жінок із супутньою патологією репродуктивної системи. Аналіз літературних джерел вказує, що кожна 3-тя жінка скаржиться на прояви генітального пролапсу. До основних факторів ризику відносять: ожиріння, вік пацієнтки, хронічне підвищення внутрішньочеревного тиску, закрепах, бронхіальній астмі, дефіцит естрогену, куріння, наявність перенесеної гістеректомії в анамнезі, захворювання сполучної тканини (наприклад синдром Елерса- Данлоса), низький соціально-економічний статус, етнічне походження та сімейний анамнез. До преморбідних факторів неспроможності м'язів тазового дна також відносяться захворювання, що підвищують внутрішньочеревний тиск, такі як бронхіальна астма (виявлена в 12% обстежуваних жінок), хронічне обструктивне захворювання легень (виявлено в 9% жінок), хронічний бронхіт із-за тютюнопаління (зустрічався в 33%), закрепи (відмічали в 27% обстежуваних) та надмірна маса тіла (поширена в 40% досліджуваних нами жінок). Отримані нами дані збігаються з іншими дослідженнями, які звертають увагу, що внутрішні органи та структури малого тазу перебувають під постійним тиском, що негативно впливає на їх кровопостачання та еластичність. Тому перед

гінекологами постає питання вибору оптимального методу хірургічного лікування та вдосконалення лікування в післяопераційному періоді в даних пацієнток. Результати даного дослідження є актуальними та можуть бути застосовані в лікарській практиці акушерів-гінекологів щодо вибору ефективного лікування генітального пролапсу та супутнього захворювання репродуктивної системи.

Проаналізувавши патогенез виникнення генітального пролапсу, відомі види операцій щодо лікування даного захворювання, можливі ускладнення в післяопераційному періоді, встановлено, що дана проблема досі є дискутабельною та потребує детального вивчення для підвищення ефективності лікування та мінімізації можливих ускладнень у післяопераційному періоді.

Метою дослідження є підвищення ефективності оперативного лікування жінок із генітальним пролапсом та супутніми захворюваннями репродуктивної системи шляхом удосконалення хірургічних та консервативних підходів та розробки диференційованих методів ведення пацієнток у післяопераційному періоді.

Для вирішення поставлених задач у дослідження було включено 103 пацієнтки із генітальним пролапсом та захворюваннями репродуктивної системи. До першої групи увійшло 42 жінки, яким було виконано лапароскопічну гістеректомію з правими та лівими додатками та білатеральну фіксацію кукси піхви. До другої групи увійшла 31 жінка, їм було виконано лапароскопічно асистовану гістеректомію з додатками в поєднанні з кольпоперінеорафією та леваторопластиком. До третьої групи увійшло 30 жінок, яким було виконано вагінальну гістеректомію з додатками в комбінації з кольпоперінеорафією та леваторопластиком. Наша передопераційна підготовка включала: клініко-лабораторне та об'єктивне обстеження, визначення ступеня генітального пролапсу, загальний аналіз крові та сечі, коагулограма, кольпоцитологічне дослідження епітелію піхви для визначення насиченості естрогеном, кольпоскопію, гістроскопію з наступним ПГД, УЗД ОМТ та МРТ

ОЧП та ОМТ, анкетування опитувальником SF-36. Період спостереження охоплював доопераційне обстеження, ранній та пізній післяопераційні періоди.

Об'єктом дослідження є пацієнтки з неспроможністю м'язів тазового дна та супутньою патологією репродуктивної системи, які потребують оперативного лікування. Предметом дослідження виступають клінічні прояви та показники якості життя жінок до і після проведення комбінованих симультанних операцій.

У роботі проведено клініко-статистичний аналіз результатів оперативних втручань, оцінено вплив комбінованого підходу на перебіг післяопераційного періоду, частоту ускладнень та показники віддалених результатів. Обґрунтовано доцільність використання симультанних операцій у пацієнток із поєднаною патологією органів малого тазу, що дозволило зменшити травматичність лікування, скоротити тривалість перебування у стаціонарі та покращити якість життя пацієнток.

Для вирішення *першого завдання* нами були обстежені 103 жінки з ГП, та встановлені наступні діагнози: симптомна лейоміома матки $41,20 \pm 12,6\%$; рецидивуючі поліпи ендометрію $7,54 \pm 1,09\%$, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія шийки матки $13,34 \pm 6,20\%$, аномальні маткові кровотечі $30,06 \pm 10,06\%$, аденоматозна гіперплазія ендометрію $7,82 \pm 1,16\%$, кістозні зміни яєчників $58,25 \pm 16,12\%$, кісти яєчників $32,02 \pm 6,18\%$, патологічне розростання на поверхні яєчників $9,70 \pm 2,74\%$, що було показанням до проведення симультанних операцій у досліджуваних пацієнток із килою малого тазу.

Для вирішення *другого завдання* був розроблений алгоритм вибору оптимального методу хірургічного лікування хворих на генітальний пролапс у комбінації з захворюваннями репродуктивної системи. На I етапі слід ретельно обстежити жінку: загальноклінічні, лабораторні та інструментальні обстеження, патогістологічне дослідження вмісту з порожнини матки. Визначення ступеню генітального пролапсу за системою POP-Q. Якщо під час обстежень не виявлено ніяких протипоказань до комбінованої анестезії – варіантом вибору

рекомендовано відеолапароскопічну тотальну гістеректомію з додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кукси піхви поліпропіленовою сіткою.

При наявності некомпенсованих супутніх станів та відсутності протипоказань до спінальної анестезії – варіантом вибору пропонується вагінальна гістеректомія з додатками та кольпоперінеорафія з леваторопластика. В післяопераційному періоді рекомендовано застосування антибактеріальної терапії, адекватне знеболювання, місцева сануюча терапія.

Для третього завдання досліджувались результати гормональної кольпоцитолгії після застосування проместинвмісних свічок (проместрин 10 мг), по 1 на ніч протягом 30 днів. Під час даного обстеження було виявлено покращенню місцевого біоценозу в обстежуваних жінок, також усунення проявів урогенітального синдрому (сухість, відчуття дискомфорту та зуду в ділянці промежини, порушене та часте сечовипускання, стресове нетримання сечі).

Четверте завдання заключалось у дослідженні впливу гормонвмісних препаратів на стан слизової піхви в післяопераційному періоді. За результатами кольпоцитології сталий ефект від лікування проместринвмісними місцевими лікарськими засобами сприяв насиченості слизової піхви естрогенами: через 6 місяців після операції рівень насиченості слизової піхви естрогеном зріс до $68,52 \pm 7,2\%$ в порівнянні з доопераційними показниками $37,39 \pm 7,9\%$, що зменшило атрофічні прояви в 2 рази та сприяло оптимальному формуванню кукси піхви без грануляції та інфільтрації в післяопераційному періоді.

П'яте завдання мало на собі мету проаналізувати результати якості життя прооперованих пацієток (до операції, через 6 та 12 місяців після операції). В усіх групах жінок відмічалось покращення по всім 8 пунктам опитувальника (фізичне функціонування, рольове функціонування, що зумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, що зумовлене емоційним станом, психічне здоров'я), проте достовірно вірне покращення ($p < 0,05$) спостерігається в групі жінок після лапароскопічної тотальної гістеректомії з

додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кукси піхви поліпропіленовою сіткою.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в розробці критеріїв відбору пацієнок для комбінованих симультанних операцій та визначенні оптимальної хірургічної тактики та післяопераційного ведення з розробкою локального протоколу, щоб забезпечити стійкий лікувальний ефект і зниження частоти рецидивів. На сучасному науково-методичному рівні отримано оновлені дані про аспекти патогенезу неспроможності м'язів тазового дна (НМТД). Прослідковано вплив екстрагенітальної патології та акушерського анамнезу на розвиток, прогресування та перебіг неспроможності м'язів тазового дна, отримано результати ультразвукового та магнітно-резонансного обстежень на різних етапах спостережень. Доповнено наукові відомості про роль комплексної оцінки результатів обстежень та детально вивчено показники якості життя в жінок із генітальним пролапсом у поєднанні з проліферативними захворюваннями матки, відмічена прогностична значущість тяжкості генітального пролапсу за результатами насиченості гормонами тканин піхви в залежності від віку пацієнтки.

Одержані результати дозволяють розширити знання щодо етіології та патогенезу генітального пролапсу, обґрунтувати доречність удосконалення хірургічних та консервативних етапів лікування; та персонального підходу, залежно від вікових та соматичних особливостей жінки.

Проведена оцінка якості життя до та після оперативного лікування з приводу неспроможності м'язів тазового дна, оптимізований опитувальник якості життя та розроблено локальний протокол обстеження та лікування жінок із генітальним пролапсом.

Практична значимість: вчасне прогнозування та лікування ускладнень генітального пролапса при виконанні гістеректомій дозволяє покращити ефективність симультанного оперативного лікування та звести до мінімуму інтра- та післяопераційні ускладнення.

Уточнені показання для проведення відеолапароскопічної тотальної гістеректомії із застосування методу білатеральної фіксації кукси піхви, вагінальна гістеректомія із застосуванням кольпорафії, кольпоперінеорафії та леваторопластики в залежності від клінічного перебігу захворювання, віку пацієнок, даних результатів лабораторно-інструментальних досліджень та ступеню генітального пролапса.

Розроблений алгоритм вибору оптимального методу хірургічного лікування хворих на генітальний пролапс у комбінації з захворюваннями репродуктивної системи, та введений у практику лікарів гінекологічних відділень лікарень Полтави.

Практичне значення роботи полягає у впровадженні запропонованого алгоритму обстеження та лікування в клінічну практику лікарів-гінекологів.

Отримані результати розширюють сучасні уявлення про можливості комбінованого симультанного підходу до хірургічного лікування генітального пролапсу та сприяють підвищенню ефективності медичної допомоги жінкам із даною патологією.

Ключові слова: гінекологія, комбіновані операції, симультанні операції, хірургія, лапароскопія, лапароскопічні операції, оперативне лікування, генітальний пролапс, гінекологія, неспроможність м'язів тазового дна.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. V. M. Dudchenko, A. M. Hromova. Evaluation of long-term results of videolaparoscopic radical hysterectomy with appendices and bilateral fixation of the vaginal stump in women with genital prolapse. *World of medicine and biology*. 2024; 4 (90): 48-52. *(Аспіранткою проведений пошук літературних даних, аналіз, систематизація статистична обробка даних, написання та підготовка статті до друку)*. <http://dx.doi.org/10.26724/2079-8334-2024-4-90-48-52>
2. Зезекало В.М. Етапи прогресування лапароскопічних комбінованих симультанних операцій у гінекології (огляд літератури). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2024; 1 (85): 220-224. *(Аспіранткою проведено пошук літератури, їх аналіз і узагальнення з приводу генітального пролапсу та його лікування, написання та підготовка статті до друку)*. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.24.1.220>
3. Dudchenko V, Hromova A. Comparative characteristics of surgical treatment methods of genital prolapse. *East Ukr Med J*. 2025;13(4):1140-1146 *(Аспіранткою було проведено опитування, аналіз, систематизація та узагальнення отриманих даних, статистична обробка отриманої інформації, написання та оформлення статті до друку)*.
4. Martynenko VB, Hromova AM, Sheiko VD, Nesterenko LA, Zezekalo VM, Orlova YuA, Talash VV, Kachailo IA. Simultaneous laparoscopic operations in combination with gynecological and surgical pathology. *World of medicine and biology*. 2023; 3(85):138 - 142. *(Аспіранткою проведено пошук літературних даних, аналіз, систематизація та статистична обробка даних)*. <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2023-3-85-138-142>
5. Зезекало ВМ, Дудченко МО, Громова АМ. Роль білатеральної фіксації кукси піхви в лікуванні генітального пролапсу. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “V Полтавські*

- перинатальні читання ім. Н. М. Максимовича-Амбодика”: доповідач; 2023; 18 листопада; Полтава.
6. Зезекало ВМ, Громова АМ, Дудченко МО. Терапевтичні та хірургічні підходи лікування генітального пролапсу. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “VI Полтавські перинатальні читання ім. Н. М. Максимовича-Амбодика”: доповідач; 2024; 16 листопада; Полтава.
 7. Дудченко ВМ, Громова АМ, Дудченко МО. Оперативне лікування генітального пролапсу та особливості післяопераційного ведення. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “VII Полтавські перинатальні читання ім. Н. М. Максимовича-Амбодика”: доповідач; 2025; 15 листопада; Полтава.
 8. Дудченко ВМ, Громова АМ. Етапи розвитку лікування генітального пролапсу. В: Тези матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених “Медична наука - 2025”; 2025 груд 4; Полтава. Полтава : ПДМУ, 2025, с. 50.
 9. М.І. Кравців, К.Д. Бодашевська, В.М. Дудченко, О.А. Таран, Г.В. Бевз, А.В. Вознюк. Оцінювання стану ендометрія залежно від методу переривання вагітності та особливостей ведення післяабортного періоду. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*. 2024. 4(100): 76-83. [https://doi.org/10.15574/PP.2024.4\(100\).7683](https://doi.org/10.15574/PP.2024.4(100).7683)
 10. Дудченко ВМ, Дудченко МО, Громова АМ, Мартиненко ВБ. винахідники; Полтавський державний медичний університет, патентовласник. Пристрій для мінімізації інтраопераційних ускладнень при ушиванні кукси піхви. Патент на корисну модель №159537, 2025 Черв 11.

ABSTRACT

Dudchenko V.M. Justification of (combined) simultaneous operations in gynecology and management tactics. - Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 Medicine - Poltava State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Poltava, 2025.

The dissertation presents the results of a comprehensive study aimed at substantiating the use of combined simultaneous operations in gynecology and determining the optimal management strategies for patients with genital prolapse.

The purpose of the research is to improve the outcomes of surgical treatment for genital prolapse by optimizing surgical techniques and developing differentiated approaches to postoperative patient management.

The relevance of the selected scientific issues is determined by the lack of information about modern methods of treating genital prolapse in women with concomitant pathology of the reproductive system. Analysis of literary sources indicates that every 3rd woman complains of manifestations of genital prolapse. The main risk factors include: obesity, age of the patient, chronic increase in intra-abdominal pressure, constipation, bronchial asthma, estrogen deficiency, smoking, history of hysterectomy, connective tissue diseases (for example, Ehlers-Danlos syndrome), low socioeconomic status, ethnic origin and family history. Premorbid factors of pelvic floor muscle failure also include diseases that increase intra-abdominal pressure, such as bronchial asthma (found in 12% of the examined women), chronic obstructive pulmonary disease (found in 9% of the women), chronic bronchitis due to smoking (occurred in 33%), constipation (noted in 27% of the examined women) and excess body weight (common in 40% of the women we studied). Our data coincide with other studies that draw attention to the fact that the internal organs and structures of the small pelvis are under constant pressure, which negatively affects their blood supply and elasticity. Therefore, gynecologists are faced with the question of choosing the optimal method of surgical treatment and improving treatment in the postoperative

period in these patients. The results of this study are relevant and can be applied in the medical practice of obstetrician-gynecologists in choosing effective treatment for genital prolapse and concomitant diseases of the reproductive system.

Having analyzed the pathogenesis of genital prolapse, known types of operations for the treatment of this disease, possible complications in the postoperative period, it was found that this problem is still debatable and requires detailed study to increase the effectiveness of treatment and minimize possible complications in the postoperative period.

The aim of the study is to increase the effectiveness of surgical treatment of women with genital prolapse by improving surgical and conservative approaches and developing differentiated methods of managing patients in the postoperative period.

To solve the problems set, 103 patients with genital prolapse and diseases of the reproductive system were included in the study. The first group included 42 women who underwent laparoscopic hysterectomy with right and left appendages and bilateral fixation of the vaginal stump. The second group included 31 women who underwent laparoscopically assisted hysterectomy with appendages in combination with colpoperineorrhaphy and levatoroplasty. The third group included 30 women who underwent vaginal hysterectomy with appendages in combination with colpoperineorrhaphy and levatoroplasty. Our preoperative preparation included: clinical, laboratory and objective examination, determination of the degree of genital prolapse, complete blood and urine analysis, coagulogram, colposcycological examination of the vaginal epithelium to determine estrogen saturation, colposcopy, hysteroscopy followed by PGD, ultrasound of the OMT and MRI of the OHP and OMT, and SF-36 questionnaire. The observation period covered the preoperative examination, early and late postoperative periods.

The object of the study is patients with pelvic floor muscle failure and concomitant pathology of the reproductive system, who require surgical treatment. The subject of the study is the clinical manifestations and indicators of the quality of life of women before and after combined simultaneous operations.

The work conducted a clinical and statistical analysis of the results of surgical interventions, assessed the impact of the combined approach on the course of the postoperative period, the frequency of complications and indicators of long-term results. The feasibility of using simultaneous operations in patients with combined pathology of the pelvic organs was substantiated, which allowed to reduce the traumatic nature of treatment, shorten the duration of hospital stay and improve the quality of life of patients.

To solve the first task, we examined 103 women, and the following diagnoses were established: symptomatic uterine leiomyoma $41.20 \pm 12.6\%$; recurrent endometrial polyps $7.54 \pm 1.09\%$, cervical intraepithelial neoplasia $13.34 \pm 6.20\%$, abnormal uterine bleeding $30.06 \pm 10.06\%$, adenomatous endometrial hyperplasia $7.82 \pm 1.16\%$, cystic ovarian changes $58.25 \pm 16.12\%$, various ovarian cysts $32.02 \pm 6.18\%$, pathological growth on the surface of the ovaries $9.70 \pm 2.74\%$, which was an indication for simultaneous operations in the studied patients with pelvic hernia. To solve the second problem, an algorithm was developed for choosing the optimal method of surgical treatment of patients with genital prolapse in combination with diseases of the reproductive system. At the first stage, the woman should be thoroughly examined: general clinical, laboratory and instrumental examinations, histopathological examination of the contents of the uterine cavity. Determination of the degree of genital prolapse using the POP-Q system. If no contraindications to combined anesthesia are detected during the examinations, the recommended option is video-laparoscopic total hysterectomy with appendages in combination with bilateral fixation of the vaginal stump with polypropylene mesh.

In the presence of uncompensated concomitant conditions and the absence of contraindications to spinal anesthesia, the recommended option is vaginal hysterectomy with appendages and colpoperineorrhaphy with levatoroplasty. In the postoperative period, the use of antibacterial therapy, adequate anesthesia, and local sanitizing therapy are recommended.

For the third task, the results of hormonal colpocytology were studied after the use of promestine-containing suppositories (promestrine 10 mg), 1 per night for 30 days. During this examination, an improvement in the local biocenosis in the examined women was detected, as well as the elimination of manifestations of urogenital syndrome (dryness, discomfort and itching in the perineum, impaired and frequent urination, stress urinary incontinence). The fourth task was to study the effect of hormone-containing drugs on the condition of the vaginal mucosa in the postoperative period. According to the results of colpocytology, the lasting effect of treatment with promestrin-containing local drugs contributed to the saturation of the vaginal mucosa with estrogens: 6 months after surgery, the level of estrogen saturation of the vaginal mucosa increased to $68.52 \pm 7.2\%$ compared to preoperative indicators of $37.39 \pm 7.9\%$, which reduced atrophic manifestations by 2 times and contributed to the optimal formation of the vaginal stump without granulation and infiltration in the postoperative period.

The fifth task was aimed at analyzing the results of the quality of life of the operated patients (before surgery, 6 and 12 months after surgery). In all groups of women, improvement was noted in all 8 items of the questionnaire (physical functioning, role functioning due to physical condition, pain intensity, general health, life activity, social functioning, role functioning due to emotional state, mental health), however, a significantly significant improvement ($p < 0.05$) was observed in the group of women after laparoscopic total hysterectomy with appendages in combination with bilateral fixation of the vaginal stump with polypropylene mesh.

The scientific novelty of the results obtained lies in the development of criteria for selecting patients for combined simultaneous operations and determining the optimal surgical tactics and postoperative management with the development of a local protocol to ensure a stable therapeutic effect and reduce the frequency of relapses. At the modern scientific and methodological level, updated data on aspects of the pathogenesis of pelvic floor muscle failure (PFMF) were obtained. The influence of extragenital pathology and obstetric history on the development, progression and course of pelvic floor muscle failure was monitored, and the results of ultrasound and

magnetic resonance imaging examinations at different stages of observation were obtained. Scientific information on the role of a comprehensive assessment of examination results has been supplemented and indicators of quality of life in women with genital prolapse in combination with proliferative diseases of the uterus have been studied in detail, the prognostic significance of the severity of genital prolapse according to the results of hormone saturation of vaginal tissues depending on the patient's age has been noted.

The results obtained allow us to expand our knowledge of the etiology and pathogenesis of genital prolapse, to substantiate the appropriateness of improving surgical and conservative stages of treatment; and a personal approach, depending on the age and somatic characteristics of the woman.

The quality of life was assessed before and after surgical treatment for pelvic floor muscle failure, the quality of life questionnaire was optimized, and a local protocol for the examination and treatment of women with genital prolapse was developed.

Practical significance: timely prediction and treatment of complications of genital prolapse during hysterectomies allows to improve the effectiveness of simultaneous surgical treatment and minimize intra- and postoperative complications.

The indications for video-laparoscopic total hysterectomy using the method of bilateral fixation of the vaginal stump, vaginal hysterectomy using colporrhaphy, colpoepineorrhaphy and levatoroplasty have been clarified depending on the clinical course of the disease, the age of the patients, the results of laboratory and instrumental studies and the degree of genital prolapse.

An algorithm for choosing the optimal method of surgical treatment of patients with genital prolapse in combination with diseases of the reproductive system has been developed and introduced into the practice of doctors of gynecological departments of hospitals in Poltava.

The practical significance of the work lies in the implementation of the proposed examination and treatment algorithm into the clinical practice of gynecologists.

The results obtained expand the current understanding of the possibilities of a combined simultaneous approach to the surgical treatment of genital prolapse and contribute to increasing the effectiveness of medical care for women with this pathology.

Keywords: gynecology, combined operations, simultaneous operations, surgery, laparoscopy, laparoscopic operations, surgical treatment, genital prolapse, gynecology, pelvic floor muscle failure.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ЗМІСТ.....	8
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ.....	10
ВСТУП.....	12
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.....	18
1.1 Епідеміологія, патофізіологія та клінічна картина генітального пролапсу.....	18
1.2 Історичні аспекти лікування генітального пролапсу.....	23
1.3 Консервативне лікування генітального пролапсу	36
1.4 Методи хірургічного лікування генітального пролапсу.....	40
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ОСЛІДЖЕННЯ.....	48
2.1. Загальний дизайн та матеріали дослідження	48
2.2 Методи дослідження.....	50
2.2.1 Клініко-лабораторне обстеження пацієнток.....	50
2.2.2 Кольпоцитологічне дослідження.....	53
2.2.3 Кольпо\вагіноскопія.....	57
2.2.4 Ультразвукове та магнітно-резонансне обстеження ОЧП та ОМТ.....	57
2.3 Методи визначення якості життя.....	58
2.4 Методика відеолапароскопічної тотальної гістеректомії з додатками та методика білатеральної фіксації кукси піхви.....	73
2.5 Методика відеолапароскопічно асистованої черезпіхвової екстирпації матки з додатками в комбінації з кольпоперінеорафією та леваторопластиком.....	76
2.6 Методика вагінальної тотальної гістеректомії в комбінації з кольпоперінеорафією та леваторопластиком.....	77
2.7 Статистична обробка отриманих даних.....	78

РОЗДІЛ 3. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТОК ІЗ ГЕНІТАЛЬНИМ ПРОЛАПСОМ, ЯКИМ БУЛО ВИКОНАНО ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ	80
3.1 Загальна характеристика пацієнток.....	80
3.2 Соматична патологія	82
3.3 Результати загального клініко-лабораторного дослідження.....	90
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ПАЦІЄНТОК У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.....	100
РОЗДІЛ 5. ОЦІНКА ДИНАМІКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	112
РОЗДІЛ 6. УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ.....	117
ВИСНОВКИ.....	126
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	128
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	129
ДОДАТКИ.....	140

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- АГ - артеріальна гіпертензія
- АМК – аномальна маткова кровотеча
- БА - бронхіальна астма
- ГП – генітальний пролапс
- ГР - група
- ДСТ - дисплазія сполучної тканини
- ВЛТГ – відеолапароскопічна тотальна гістеректомія
- Е - естрадіол
- ЗПОМТ - злуковий процес органів малого тазу
- ІМТ – індекс маси тіла
- ІСВШ - інфекція сечовивідних шляхів
- ІХС - ішемічна хвороба серця
- ПЗМ – проліферативні захворювання матки
- КОК - комбіновані оральні контрацептиви
- КП - комунальне підприємство
- МРТ - магнітно-резонансна томографія
- МС - метаболічний синдром
- НПЗП - нестероїдні протизапальні препарати
- НМТД - неспроможність м'язів тазового дна
- ПМР - Полтавська міська рада
- ПП - поліпропілен
- ППС - поліпропіленова сітка
- ПО - післяопераційний
- ПТІ - протромбінний індекс
- ПТО - пролапс тазових органів
- СНС - стресове нетримання сечі
- ССЗ - серцево-судинні захворювання
- ССС - сечостатева система

УЗД ОМТ - ультразвукове дослідження органів малого тазу

ТМТД – тренування м'язів тазового дна

ХЛ – хірургічне лікування

ХОЗЛ - хронічне обструктивне захворювання легень

ШКТ - шлунково-кишковий тракт

ЯЖ – якість життя

ГУС - генітоуринарний синдром

ОМТ - органи малого тазу

ВСТУП

Актуальність теми. Наявність у багатьох пацієнок поєднаних гінекологічних та захворювань репродуктивної системи, частота яких за даними ВООЗ становить 20-30%, ставить перед лікарями завдання про можливість одночасної корекції цих патологій. Підвищення ефективності лікування гінекологічних хворих, що потребують комбінованого оперативного втручання досягається за рахунок виконання симультанних операцій. Використання комбінованих операційних доступів (лапароскопічного, вагінального) у лікуванні хворих із поєднаною патологією дозволяє усунути виявлені захворювання в рамках одного оперативного втручання, позбавляє від повторних операцій і пов'язаних із ними операційних і післяопераційних хірургічних та анестезіологічних ускладнень та емоційних навантажень; виключає виникнення в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах загострення супутнього захворювання, підвищує якість життя хворих (фізична активність, психічний стан, соціальне і сексуальне функціонування).

Комбінованими або симультанними називають операції в ході яких виконується хірургічне лікування декількох патологічних процесів. Такі операції дають можливість пролікувати одночасно два і більше захворювання, які потребують оперативного втручання [51]. Тим самим знижується: психологічне навантаження на пацієнта, витрати на розхідні операційні матеріали та медикаменти, кількість проведених днів у стаціонарі, тривалість післяопераційного періоду, ризик інтра- та післяопераційних ускладнень [51].

З літературних джерел відомо про декілька термінів, які використовуються для позначення даних втручань. У статті А.В. Федоров 2011р [52], проводячи аналіз зарубіжної та вітчизняної літератури, зробив висновок, що деякі автори використовують термін «симультанна», інші - «поєднана», частина авторів оперують термінами «одномоментна», «комбінована». Важко виокремити тлумачення кожного з даних термінів, адже це слова синоніми.

Л.І. Хнохом та І.Х. Фелишінером в 1976 році вперше було запропоновано термін «симультанні операції». За їх висновком, симультанними названі

операції, які одночасно виконуються на двох і більше органах черевної порожнини з приводу різних, не пов'язаних між собою захворювань [53]. В той час, як зарубіжні автори використовують термін виключно «симультанні операції», навіть якщо це поєднання двох гінекологічних патологій, так як операція має основний і симультанний етапи [52].

Два чи більше захворювання, що є підставою для комбінованої операції, прийнято вважати супутніми або поєднаними. Де одне із них - це основне захворювання, інші - супутні, додаткові. Основне захворювання - це те, яке несе для здоров'я та життя хворого найбільшу небезпеку, незалежно від діагностики, доступу, етапності операції, та при рівній загрозі - те, із-за якого пацієнт звернувся в стаціонар [53]. Супутнє захворювання - таке, що несе менше небезпеки для здоров'я та життя хворого, і по суті операція з даної патології може бути відстрочена [54]. Таким чином, плануючи об'єм оперативного втручання, хірург визначає етапність виконання операцій, укладку пацієнта на операційному столі, підготовку та кваліфікацію спеціалістів. Зараз виконуються симультанні операції як у хірургічних, так і в гінекологічних відділеннях.

У зв'язку з широким розповсюдженням лапароскопічних технологій, відкриваються нові можливості до проведення симультанних операцій. Мінімальна травматизація, швидкий реабілітаційний період, гарний косметичний ефект при великому об'ємі оперативного втручання робить малоінвазивні методи ліпшим варіантом вибору при симультанних операціях.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології № 1 Полтавського державного медичного університету “Патогенетична роль ендотеліальної дисфункції та генетичні особливості при патології під час вагітності та гінекологічних захворюваннях” (номер державної реєстрації 0119U005253, термін виконання 2022-2026 роки).

Мета дослідження: підвищення ефективності оперативного лікування жінок із генітальним пролапсом шляхом удосконалення хірургічних та консервативних підходів та розробки диференційованих методів ведення

пацієнок у післяопераційному періоді після комбінованих симультанних операцій: лапароскопічної гістеректомії з супутнім цисто- та ректоцеле із застосуванням різних малоінвазивних методів, передньої кольпорафії, задньої кольпоперінеорафії.

Задачі дослідження:

1. Уточнити показання до проведення комбінованих симультанних операцій у обстежуваних жінок.
2. Розробити алгоритм вибору оптимального методу хірургічного лікування хворих на генітальний пролапс у комбінації з захворюваннями репродуктивної системи.
3. Обґрунтувати корекцію біоцинозу піхви в ранньому та пізньому післяопераційних періодах з приводу комбінованих симультанних операцій.
4. Оцінити вплив від застосування естрогенвмісних препаратів у післяопераційному періоді на прояви урогенітального синдрому.
5. Проаналізувати якість життя пацієнок (6 та 12 місяців після операції) з різними видами хірургічного та консервативного лікування прооперованих жінок.

Об'єкт дослідження: пацієнтки з генітальним пролапсом та захворюваннями репродуктивної системи.

Предмет дослідження: клінічні прояви та якість життя пацієнок до та після оперативного втручання.

Методи дослідження: описова оцінка історій хвороб пацієнок із ГП, анкетування (якість життя), загальноклінічні, бактеріоскопічні, морфологічні, цитологічні, ендоскопічні, ультразвукові, статистичні.

Наукова новизна отриманих результатів: на сучасному науково-методичному рівні отримано оновлені дані про аспекти патогенезу неспроможності м'язів тазового дна (НМТД). Прослідковано вплив екстрагенітальної патології та акушерського анамнезу на розвиток, прогресування та перебіг НМТД, отримано результати ультразвукового та

магнітно-резонансного обстежень на різних етапах спостережень. Доповнено наукові відомості про роль комплексної оцінки результатів обстежень та детально вивчено показники якості життя в жінок із НМТД у поєднанні з проліферативними захворюваннями матки, відмічена прогностична значущість тяжкості НМТД за результатами насиченості гормонами тканин піхви в залежності від віку пацієнтки.

Одержані результати дозволяють розширити знання щодо етіології та патогенезу НМТД, обґрунтувати доречність удосконалення хірургічних та консервативних етапів лікування; та персонального підходу, залежно від вікових та соматичних особливостей жінки.

Проведена оцінка якості життя до та після оперативного лікування з приводу НМТД, оптимізований опитувальник якості життя та розроблено локальний протокол обстеження та лікування жінок із генітальним пролапсом.

Практична значимість: вчасне прогнозування та лікування ускладнень генітального пролапса при виконанні гістеректомії дозволяє покращити ефективність симультанного оперативного лікування та звести до мінімуму інтра- та післяопераційні ускладнення.

Розроблені показання для проведення відеолапароскопічної тотальної гістеректомії із застосування методу білатеральної фіксації кукси піхви, вагінальна гістеректомія із застосуванням кольпорафії, кольпоперінеорафії та леваторопластики в залежності від клінічного перебігу захворювання, віку пацієнток, даних результатів лабораторно-інструментальних досліджень та ступеню генітального пролапса.

Розроблена післяопераційна тактика ведення жінок із генітальним пролапсом.

Впровадження результатів дослідження в практику. Результати роботи впроваджені в клінічну практику та діагностичний процес комунального підприємства (КП) “2-а Міська клінічна лікарня ПМР” (м. Полтава).

Основні положення, що висвітлені в матеріалах дисертації, впроваджені в навчальний процес кафедри акушерства і гінекології № 1 Полтавського державного медичного університету (м. Полтава).

Особистий вклад здобувача. Авторка самостійно проаналізувала літературу та здійснила патентно-інформаційний пошук за темою дослідження. Особисто проведено підбір хворих, формування груп, клінічні обстеження хворих. Проведено вивчення ультразвукових та цитологічних особливостей, також показників якості життя в жінок із ПЗМ із супутнім ГП після проведених операцій. Автором суспільно з керівником було обґрунтовано та сформовано мету, завдання, висновки та практичні рекомендації Автор брав участь у проведенні інструментальних методів дослідження та оперативному лікуванні. Статистично проаналізовано отримані результати, надалі автор узагальнив отримані дані, написав всі розділи роботи, висновки, практичні рекомендації, та забезпечив їх впровадження в практику охорони здоров'я. Підготовлені статті з результатами роботи до опублікувань у журналах, результати висвітлені на наукових конференціях.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертації представлені на V Полтавських перинатальних читаннях ім. Н.М. Максимовича-Амбодика: «Новітні технології в перинатальній практиці, педіатричній службі, медичній освіті та виклики сьогодення» (17-18 листопада 2023 року, Полтава), Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених із міжнародною участю “Медична наука - 2023” (1 грудня 2023 року, Полтава), VI Полтавських перинатальних читаннях ім. Н.М. Максимовича-Амбодика: «Актуальні питання стратегій організації перинатальної допомоги, педіатричної служби та медичної освіти в Україні в сучасних умовах» (15-16 листопада 2024 року, Полтава), VII Полтавських перинатальних читаннях ім. Н.М. Максимовича-Амбодика: “Перинатальна та педіатрична допомога в Україні: менеджмент, виклик часу, вирішення проблем” (14-15 листопада 2025 року, Полтава), Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених із міжнародною участю “Медична наука - 2025” (4 грудня 2025 року, Полтава).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 10 наукових робіт, серед яких 1 стаття – у науковому фаховому виданні України, 2 статті – український журнал, який включений до міжнародної наукометричної бази Web of Science, 1 статті - український журнал, який включений до міжнародної наукометричної бази Scopus та 5 доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій. Отримано 1 деклараційний патент України на корисну модель “Пристрій для мінімізації інтраопераційних ускладнень при ушиванні кукси піхви”.

Структура та обсяг роботи. Дисертаційна робота викладена українською мовою на 150 сторінках комп'ютерного тексту, додано 22 таблиці та 33 рисунка, з яких 5 - фотографії. Робота містить анотацію (українською та англійською мовами), перелік наукових праць здобувача, опублікованих за темою дисертації, вступ, огляд літератури, матеріали та методи дослідження, три розділи власних досліджень, обговорення результатів отриманих даних, висновки, практичні рекомендації та список літератури, додатки, які включають 10 літературних джерел.

РОЗДІЛ 1

(огляд літератури)

1.1 Епідеміологія, патофізіологія та клінічна картина генітального пролапса

Пролапс органів тазового дна – це грижа внутрішніх статевих органів; опущення одного або декількох складових: передньої стінки піхви, задньої стінки піхви, верхівки піхви або кукси піхви після гістеректомії. Генітальний пролапс (ГП) уражає майже половину жіночого населення старше 50 років, з поширеністю протягом життя від 30% до 50% [1]. Якщо прослідкувати вікові групи, то: у групі пацієнок 20-29 років відсоток пролапса сягає 6%, коли в пацієнок 50-59 років збільшується до 31% випадків, і в групу 80 і старше – цей відсоток сягає 50%. Через подовження тривалості життя та підвищення демографічної домінанти жінок, існує ймовірність, що в найближчому майбутньому пролапс органів малого тазу буде популярною проблемою для здоров'я жінок [48].

Вік жінки, кількість і стрімкість пологів, умови праці та наявність екстрагенітальної патології – перше на що треба звернути увагу при зборі анамнезу. Багато пацієнок не виказують ніяких скарг на прийомі, бо ГП може протікати безсимптомно, але присутні загальні скарги, на які треба звернути увагу: нетримання сечі, затримка газів та стулу, порушення сексуальної функції, а від цього погіршується якість життя. Якщо проаналізувати скарги пацієнок, було виявлено, що частіше всього виникає пролапс передньої стінки, на другому місці – пролапс задньої стінки, і потім іде апікальний пролапс [47]. Слід зазначити, що ГП це динамічно розвиваючий стан, тому в більш ніж половини пацієнок діагностується поєднана форма ГП [47].

До основних факторів ризику відносять: ожиріння, вік пацієнтки, хронічне підвищення внутрішньочеревного тиску (наприклад при запорах, бронхіальній астмі), дефіцит естрогену, куріння, наявність перенесеної гістеректомії в анамнезі, захворювання сполучної тканини (наприклад синдром Елерса-Данлоса), низький соціально-економічний статус, етнічне походження та

сімейний анамнез [2]. Ризик прогресування ГП зростає зі збільшення кількості вагінальних пологів. В Оксфордській лікарні було проведено спостереження за понад 17000 жінок протягом 17 років, за висновками якого було виявлено: госпіталізація з приводу ГП збільшується в 4 рази в жінок, що народили одну дитину, у 8 разів у жінок, які народжували двічі, і в 9 і 10 разів у тих, хто має три-чотири дитини в порівнянні з жінками, які не народжували [3].

Зайва вага призводить до хронічного підвищеного тиску в черевній порожнині. Висвітлені дані, де виявлено, що пацієнтки з ІМТ >25 мають у 2 рази вищий ризик розвитку генітального пролапса порівняно з іншими пацієнтками [4].

Похилий вік по-різному відображається на ступені неспроможності м'язів тазового дна. Перш за все це пов'язано з недостатністю естрогену в організмі жінки. При дослідженні сироваткового естрогену та естрогенових рецепторів, було виявлено їх пониження в матково-крижових та кардинальних зв'язках у пацієнток у пременопаузі з пролапсом, порівняно з контрольною групою. Було також виявлено, що кількість естрогенових рецепторів збільшується з роками після настання менопаузи, що ймовірно може свідчити, що значення рецепторів естрогену перебувають у негативній кореляції з рівнем естрогену в сироватці крові постменопаузальних жінок [5].

При зниженні рівня естрогену виявлявся і знижений рівень колагену, що теж є фактором розвитку генітального пролапса [6]. Наявність колагенових захворювань, таких як гіпермобільність суглобів, чи варикозне розширення вен – частіше виявляється у жінок із пролапсом органів малого таза.

На даний момент епідеміологічні дослідження вказують на те, що ГП прогресує зі збільшенням віку. Але дехто ставить це твердження під сумнів, з'ясувавши, що ГП може як прогресувати, так і регресувати (особливо це актуально для пролапса I ступеня). Опубліковані дослідження, де виявлено, що річні показники регресії (на 100 жінок-років) для пролапса I ступеня становили 23.5 для цистоцеле, 22 для ректоцеле та 48 для маткового опущення [7]. До факторів, які зменшують ймовірність регресії, відносяться часті пологи в

анамнезі та ожиріння. Тому, як початковий крок лікування, ставлять акцент на консервативному лікуванні пролапса: лікувальна фізкультура; позбавлення від шкідливих звичок та зайвої ваги; лікування хронічних захворювань, які провокують підвищення внутрішньочеревного тиску; місцеве застосування гормонвмісних препаратів; лазеротерапія; стимуляція м'язів малого тазу; встановлення песарію [7].

Акушерсько-гінекологічний анамнез може бути найтяжчим фактором розвитку ГП. Не секрет, що найбільшу травматичність тазове дно отримує під час вагінальних пологів, особливо повторних. Відповідно, кесарський розтин слугує захисним фактором від ГП, і пологи з накладанням щипців чи вакуумекстракції – навпаки, збільшують ризик подальшого виникнення пролапса органів малого тазу. Додатковий акушерський показник – довжина шийки матки: довжина в пацієток із ГП була майже на 36% довшою, ніж у жінок без опущення [50].

Іншим важливим показником є рецидиви ГП та потреба в повторних оперативних втручаннях. Достовірність цих даних невисока через те, що не кожен рецидив симптоматично проявляється. Додатково за останній час змінилась тактика оцінювання ступеню ГП. Раніше рецидив ГП трактувалось як невіддале хірургічне лікування, але зараз за мету ставлять полегшення вираженості симптомів та покращення якості життя. Показник рецидивів після хірургічного лікування ГП складає 30% через ймовірне інтраопераційне пошкодження тазової фасції, порушене кровопостачання та іннервація в малому тазу [49].

Ще один значний фактор – екстрагенітальні захворювання, що супроводжуються підвищенням внутрішньочеревного тиску, такі як бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, закрепи. Також впливає спосіб життя та професія, коли треба піднімати важкі вантажі, роботи на сільськогосподарських ділянках.

Протікати ГП може безсимптомно та виявляється лише при профілактичних оглядах на гінекологічному прийомі. До скарг у таких жінок можна віднести: відчуття тиску в піхві або відчуття стороннього тіла в ділянці

геніталій. Додатково можуть бути проблеми із сечовипусканням, дефекацією, сексуальна дисфункція. Важко прослідкувати кореляцію між вираженістю симптомів та ступенем ГП.

Окремим пунктом у діагностиці ГП можна виділити генітоуринарний синдром, який майже завжди прослідковується в пацієток із менопаузою. Сечостатевий синдром менопаузи, який раніше називався вульвовагінальною атрофією, — це синдром, що виникає внаслідок дефіциту естрогену в тканинах сечостатевої системи жінки, включаючи піхву, губи, уретру та сечовий міхур. Цей синдром включає генітальні симптоми сухості, печіння та подразнення, утруднене сечовипускання та стани дизурії, ніктурії, невідкладних позивів і рецидивуючих інфекцій сечовивідних шляхів, а також сексуальні симптоми диспареунії та відсутності змащення [55]. Хоча це частіше у жінок у період клімаксу, воно також може виникнути в інших ситуаціях гіпоестрогенії [56]. Даний синдром виникає в 36%-90% жінок у менопаузі та до 19% у жінок передменопаузального віку [57]. Але симптоми менопаузи можуть бути тимчасовими, в той час як симптоми сечостатевого синдрому з часом лише погіршуються при прогресуванні гіпоестрогенії та відсутності відповідного лікування. Близько 64% жінок у постменопаузі відмітили втрату лібідо, і 58% уникають будь-якої статевої близькості. У Бразилії 44% жінок вважають, що вагінальні симптоми ставлять під загрозу їхню самооцінку і навіть ті, хто не займається сексуальним життям, можуть відчувати дискомфорт внаслідок симптомів генітоуринарного синдрому [58].

Під впливом зниженого рівня циркулюючого естрогену в тканинах сечостатевої системи, де є рецептори до естрогену, відбуваються анатомічні та гістологічні зміни такі як: зниження еластичності структур вагіни, зміна флори та рН піхви в сторону лужної, зниження змащення, що провокує фізичні травми. І з часом такі пацієнтки стають більш вразливі до уринарних та гінекологічних хвороб.

Спільною рисою генітоуринарного синдрому та генітального пролапсу можна виділити виражену поширеність симптомів серед жінок менопаузального віку (до 70%) та недообстеженість даних пацієнток [101].

Перш за все детально вивчається анамнез, проводиться огляд і лише тоді можна діагностувати ГП та його ступінь. Система кількісного визначення пролапса тазових органів (POPQ) на сьогодні є найбільш поширеною для визначення стадії генітального пролапса, так як являє собою об'єктивний метод оцінки стану пацієнток до та після операції з приводу корекції ГП. Єдині принципи виконання, дешевизна та простота виконання дозволяють рекомендувати даний метод як стандартизований підхід в оцінці ступеню неспроможності м'язів тазового дна. У ньому міститься детальний опис анатомії піхви, який можна віднести до одного з 4 етапів:

0 стадія – пролапс відсутній.

I стадія – найбільш дистальна частина пролапса знаходиться на >1 см вище рівня гемінального кільця.

II стадія – найбільш дистальна частина пролапса знаходиться між ≤ 1 см проксимально та ≤ 1 см дистально від рівня гемінального кільця.

III стадія – найбільш дистальна частина пролапса знаходиться >1 см від рівня гемінального кільця, але не далі ніж на 2 см менше загальної довжини піхви.

IV стадія – виворіт піхви на всю довжину [102].

Спеціальні компартменти можна використовувати для більш детального визначення пролапса, таких як пролапс передньої стінки II ступеню.

Іноді використовується система Баден-Уокера, заснована на рівні протрузії. Тим не менш, це більш стара система класифікації, яка не використовується:

- Ступінь 0: без випадання
- Ступінь 1: на половину відстані до незайманої пліви
- Ступінь 2: до незайманої пліви

- Ступінь 3: нижче незайманої пліви на половину відстані до незайманої пліви
- Ступінь 4: повне випадання [102].

Лікування має підбиратись індивідуально і керуватись тим, що прагне отримати пацієнтка в кінці лікування. Оскільки вираженість симптомів та ступінь ГП можуть сильно відрізнятись, визначення «успішності результатів лікування» може бути утруднено [21].

1.2 Історичні аспекти лікування генітального пролапсу

Перші згадки про генітальний пролапс були зафіксовані ще на стародавніх єгипетських папірусах, так наприклад 1500 р. до н.е. в папірусі Еберса описано лікування ГП, а матку описують як “дикого звіра”, який міг пересуватись по всьому тілу господарки [70, 71, 72]. Відповідно до подібного порівняння застосовували таке ж “дике” лікування - застосування меду та нафти для повернення органа на місце. У стародавній культурі хінді слово “mahati” означало піхву велетенських розмірів, що, скоріш за все, було пов'язано з пошкодженнями промежини під час пологів та причиною виникнення ГП [73].

Грецький ескулап, “батько медицини” Гіппократ (460-377 рр. до н.е.) вважав, що матка “божеволіє” якщо залишається без чоловічого сім'я, що спричиняє її випадіння [74]. Він радив застосовувати фрукти (гранат просочений вином) як песарій. Гіппократ також описав метод лікування ГП, коли жінку прив'язували до драбини та повертали догори ногами на декілька хвилин (рис. 1.2.1). Цілитель також застосовував спеціальні присмоктувальні посудини на шкіру нижньої частини живота та сідниць для повернення матки у анатомічне положення.

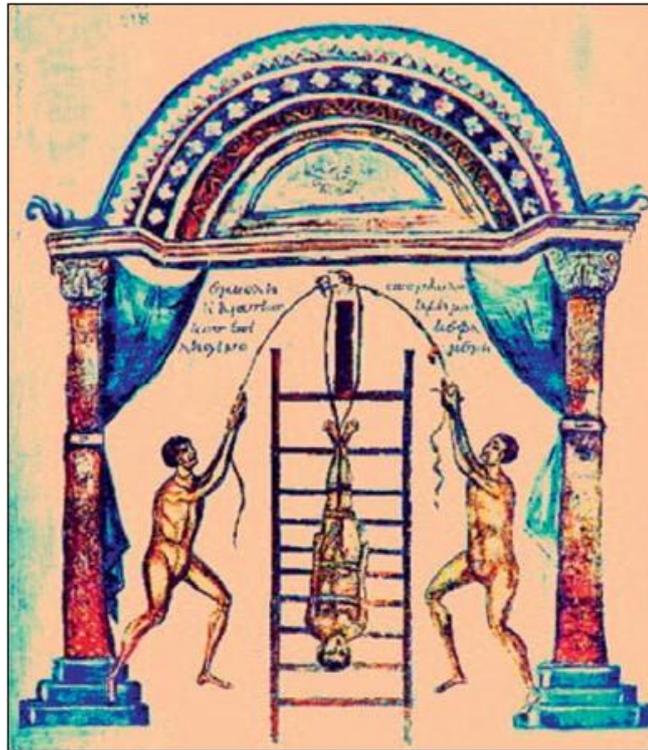


Рис. 1.2.1 Ілюстрація з праці Гіппократа, що демонструє метод лікування ПТО у жінок [74]

Давньоримський теоретик медицини Авл Корнелій Цельс (25 р до н.е. - 50 р. н.е.) у своїй роботі “De Medicina” описав застосування вагінальних песаріїв. Загалом термін “песарій” виник від слова “pessos”, що в перекладі означає круглий камінь для ігор [75, 76, 77]. Цельс застосовував конусоподібні установки з бронзи із отворами для стрічок, які фіксували пристрій, а кінці прив’язувались довкола тіла.

Соран Ефеський (98-138) - грецький лікар гінеколог, у своїх роботах пропонував застосовувати речовини з їдким запахом, що змусило б матку повернутися на місце. Та якщо це не допомагало - жінці накладалась спеціальна повязка для утримання органу, згинали та перехрещували ноги. Soranus виконував видалення матки при ГП, а його роботи слугували базою для гінекологічних рукописів аж до XVII ст. [76]. Деякі автори [70] згадують, що першу вагінальну гістеректомію виконав Темісон Лаодікейський (123-43 рр. до н.е.).

Першим чоловіком-акушером, який описав три види песаріїв був Павло Егінський (625-690 рр). Вони були пом’якшувальні, в’язучі та анастоматичні,

тобто такі, що розширюють шийку [74]. Але вони не були дуже ефективними, адже робились із лляних стрічок та використовувались швидше для вбирання менструальних та вагінальних виділень.

На початку XVI ст. почалося виникнення реконструктивної хірургічному лікуванні при ГП. Перша документально зафіксована вагінальна гістеректомія в жінки з ГП була проведена італійським лікарем Giacomo Berengario da Carpi (1470-1550) у 1507 році [74, 76, 78]. Процедура заключалась у тугому обв'язуванні мотузки довкола матки, тим самим відбувався некроз та відпадання матки.

В 1730-х роках Halder припустив, що причиною ГП є зтяжні пологи, адже голівка плода тривалий час перебуває в тазу та травмує його тканини [79].

У період кінця XVII ст відбувся прогрес відносно термінології ГП. З'явилися терміни такі як “пролапс матки та сечового міхура”, “релаксація передньої стінки піхви”, “релаксація задньої стінки піхви” та “чисто тазова грижа”. У цей період основним методом лікування ГП були песарії, оскільки ефірний наркоз був впроваджений у медичну практику лише у 1846 р. (W. Morton), а стерилізація інструментів, антисептика та асептика – у 1876 р. (J. Lister) [82].

У 1813 р. німецький хірург та анатом Conrad Johann Martin Langenbeck (1776-1851) уперше виконав успішну вагінальну гістеректомію без застосування анестезії [74, 76]. Її позитивні результати сприяли тому, що дана операція стала стандартною в плані лікування ГП аж до початку XXI ст.

Першу успішну абдомінальну гістер-ектомію виконав американський хірург Walter Burnham у 1853 р. [70, 71, 78]. Вагінальну гістеректомію для лікування пролапсу матки вперше виконав S. Choppin у 1861 р. [79]. У цей же час з'явилися перші задокументовані методи лікування опущення стінок піхви шляхом висічення ділянки перерозтягнутої слизової з наступним відновленням цілісності тканин. Відомий американський гінеколог J.M. Sims (уперше виконав успішну пластику міхурово-піхвової нориці дротом із срібла) у 1866 р. описав методику передньої кольпорафії, яка мало відрізняється від сучасної [75, 79]. Він

проводив висічення зайвої тканини на передній стінці піхви з накладанням швів дротом із срібла. Т.А. Emmet (1828-1919) дещо модифікував операцію - змінив формою висічення слизової піхви (рис. 1.2.2). У 1867 р. німецький хірург Gustav Simon уперше описав техніку виконання задньої кольпорафії шляхом плікації тканин задньої стінки піхви та *m. levator ani* [70, 75].

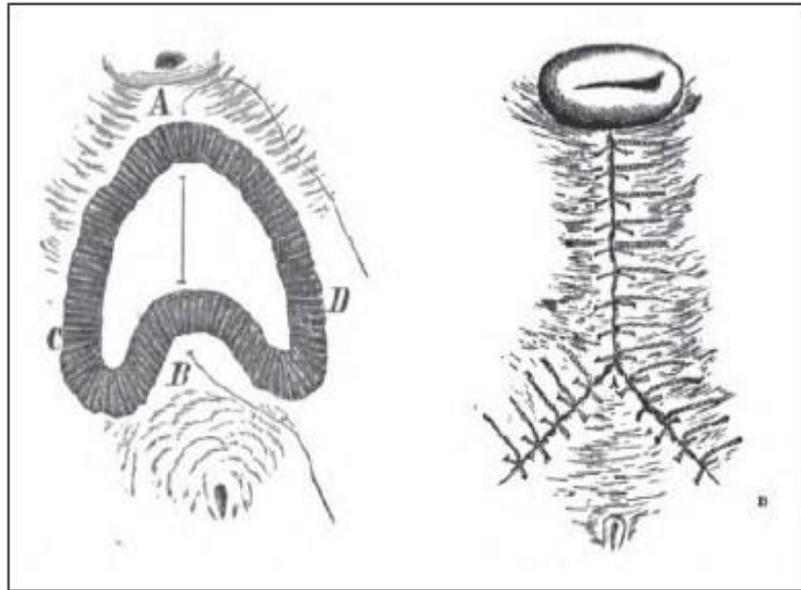


Рис. 1.2.2 Методика передньої кольпорафії за Т.А. Emmet (1867) [70, 75]

Того ж 1867 р. L. Neugebauer із Німеччини виконав успішний кольпоклеїзис, хоча ідея операції належить французькому хірургу Metz [2]. Популяризував методику французький хірург Leon Clement LeFort (1829-1893), який у 1877 р. описав методику часткового кольпоклеїзису. У США операцію кольпоклеїзису називають операцією за LeFort, у Європі – за Neugebauer – LeFort [2].

У 1888 р. William Fothergill та Archibald Donald впровадили «Манчестерську операцію» для лікування генітоуринарного пролапсу шляхом комбінації передньої кольпорафії, ампутації шийки матки та перінеорафії (рис. 1.2.3).

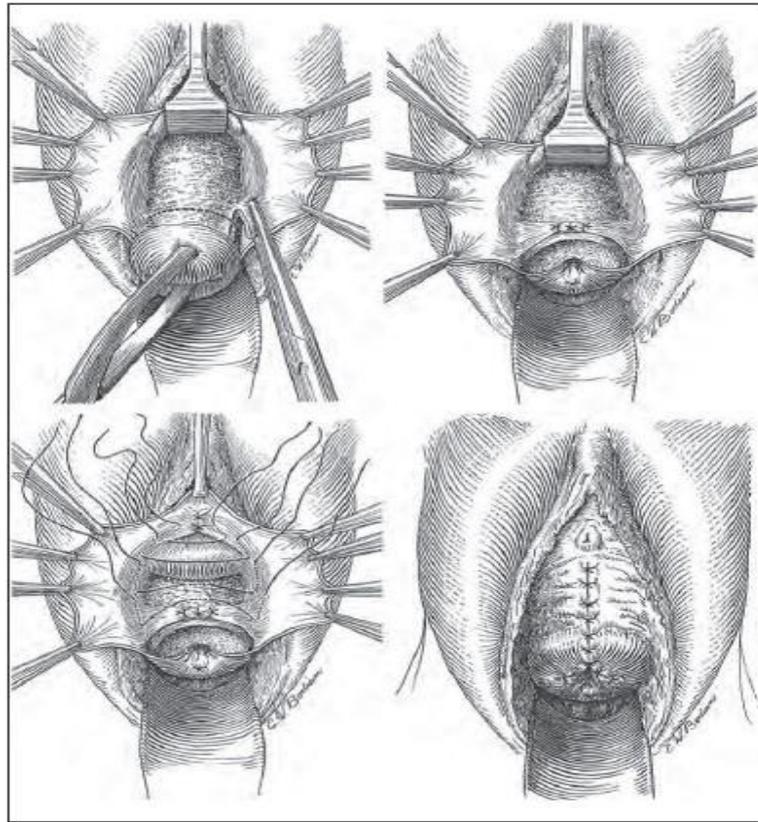


Рис 1.2.3 «Манчестерська операція» для лікування утеровагінального пролапсу [74]

На початку XX ст. відбулася низка відкриттів у хірургії тазового дна. У 1909 р. R. White описав апарат для підтримки сечового міхура. Він припустив, що відрив тазової фасції від сухожилкової дуги тазової фасції є причиною виникнення цистоцеле, і запропонував техніку паравагінальної реконструкції. Ідею R. White підхопив А.С. Richardson у 1976 р. та описав дефекти тазової (лобково-шийкової) фасції, які проявляються неспроможністю м'язів тазового дна, а також радив виконувати паравагінальну пластику при латеральному цистоцеле - передню стінку піхви в ділянці дефекту підшивають до сухожилкової дуги тазової фасції.

У 2020 р. Американське урогінекологічне товариство (AUGS) та IUGA опублікували сумісний звіт стосовно термінології й хірургічних операцій для лікування ГП [81], в якому паравагінальна пластика була представлена за А.С. Richardson (рис.1.2.4).

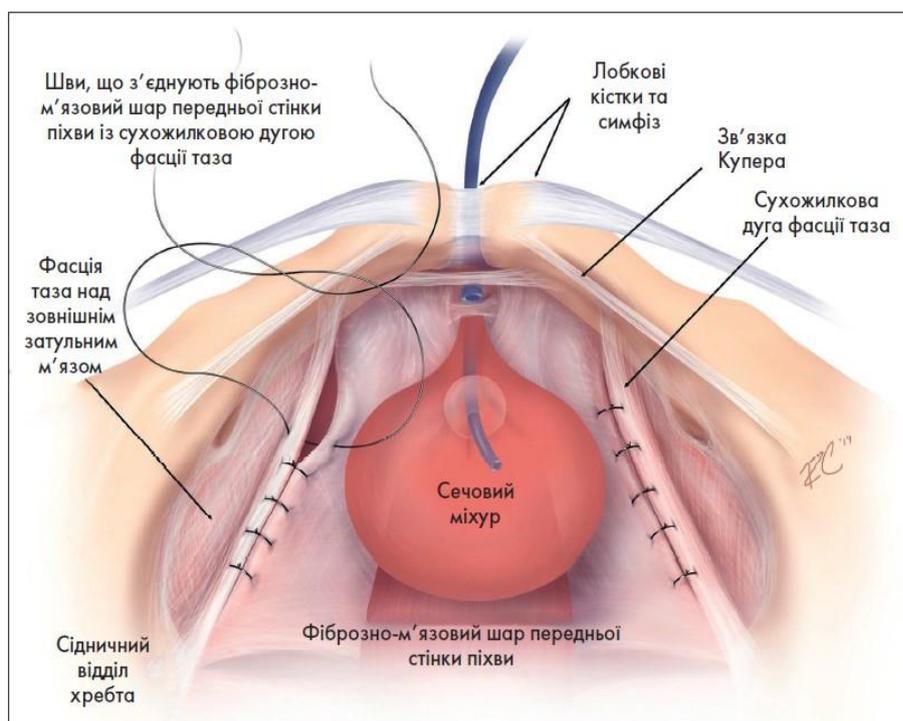


Рис 1.2.4 Паравагінальна пластика при латеральному цистоцеле згідно зі звітом AUGS та IUGA [81]

Американський гінеколог Н. Kelly, «отець урогінекології», у 1900 р. модифікував передню кольпорафію для лікування стресового нетримання сечі у жінок шляхом плікації субуретральних тканин [83, 84, 85]. Сукупно з W. Dummy 1913 р. вони опублікували результати операції у 20 жінок, де в 16 (80%) із них втручання виявилось ефективним. У 1937 р. W. Kennedy модифікував операцію Н. Kelly, і сьогодні передня кольпорафія представлена у звіті AUGS та IUGA за Kelly – Kennedy (рис. 1.2.5).

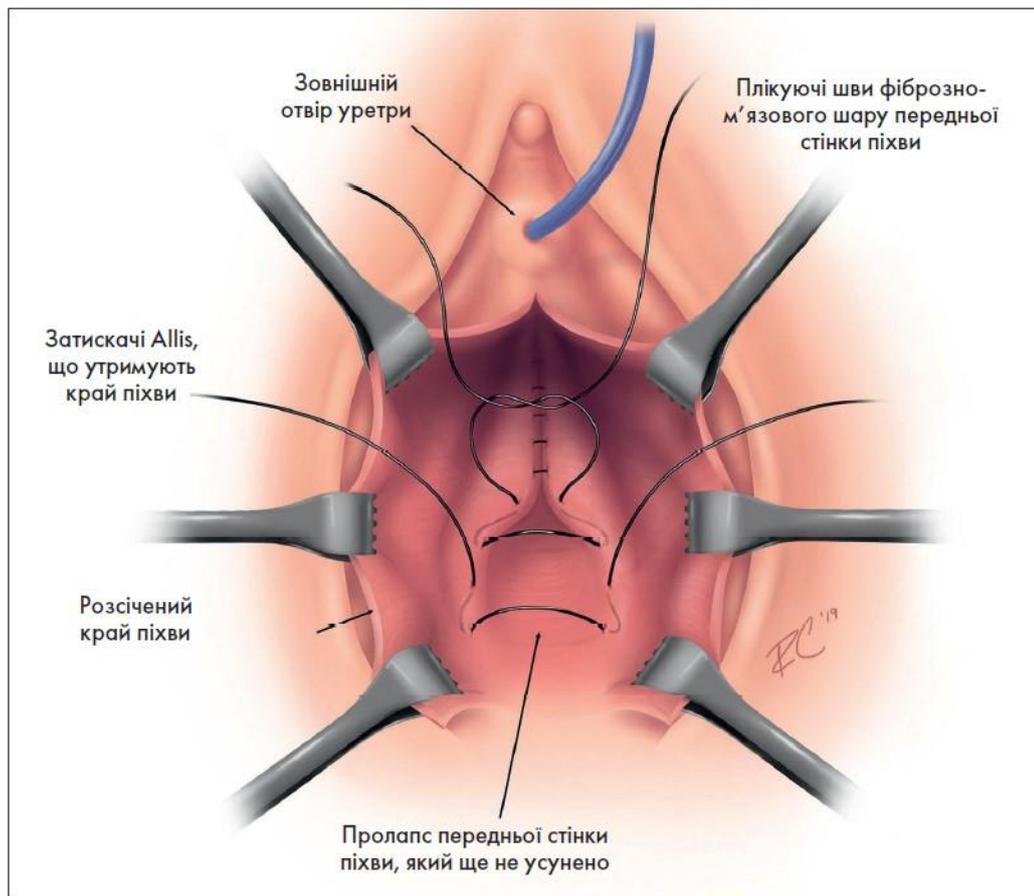


Рис 1.2.5 Передня кольпорафія (пластика передньої стінки піхви) згідно зі звітом AUGS та IUGA (2020) [81]

До середини ХХ ст. гінекологічна спільнота помітила, що гістеректомія без додаткової фіксації піхви не веде до повного лікування ГП. Американський хірург Alexis Moschowitz (1865-1933) у 1912 р. запропонував комбінувати абдомінальну гістеректомію та накладання шовкових кисетних швів на дугласову кишеню, тим самим запобігати утворенню ентероцеле. Halban радив накладати поздовжні шви на серозну оболонку сигмоподібної кишки, глибокий лист очеревини заднього дугласового простору та задню стінку піхви. Поперечна плікація крижово--маткових зв'язок і накладання швів за Halban створюють облітерацію заднього дугласового простору із фіксацію склепіння піхви. У 1957 р. Milton Lowrence McCall (1911-1963) запропонував виконувати задню кульдопластику після гістеректомії або при постгістеректомічному пролапсі вагінальним доступом. Методика полягала в підшиванні крижово-

маткових і кардинальних зв'язок до склепіння піхви. У звіті AUGS та IUGA операція представлена як uterosacral ligament suspension (рис. 1.2.6) [81].

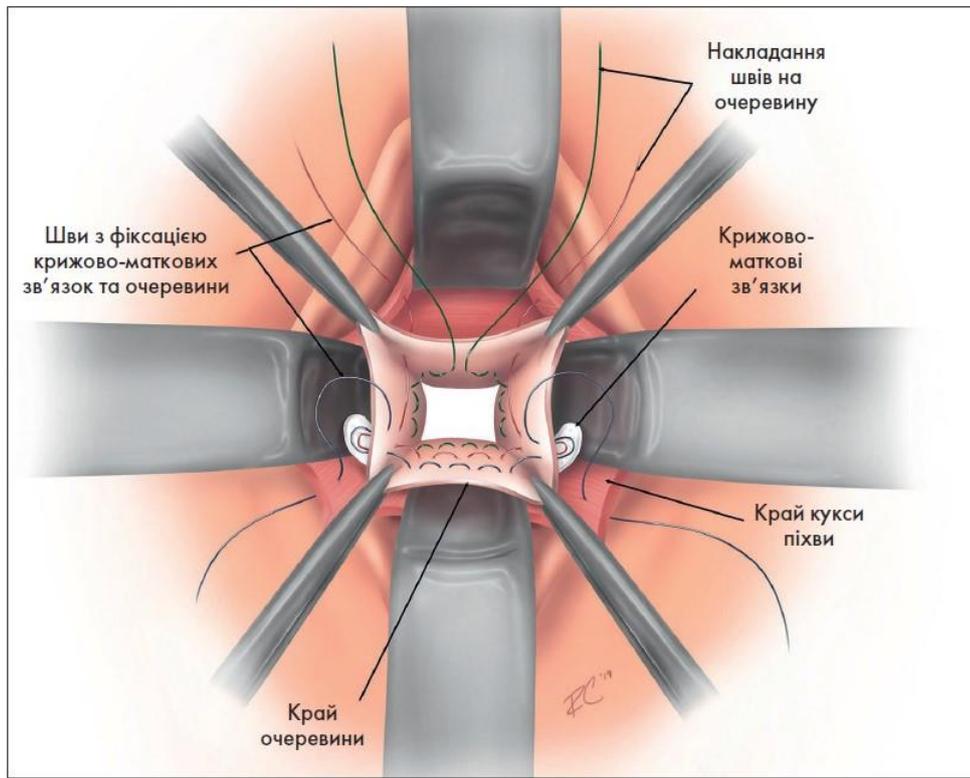


Рис 1.2.6 Підвішування склепіння піхви до крижово-маткових зв'язок (uterosacral ligament suspension) вагінальним доступом згідно зі звітом AUGS та IUGA (2020) [81]

У 1957 р. H.G. Arture та D. Savage представили опис абдомінальної сакрогістер-опексії, а Huguier та Scaliny 1958 р. впровадили техніку сакрокольпопексії з використанням імплантату [79]. Класична сакрокольпопексія була виконана F.E. Lane у 1962 р. Сьогодні проводять також і сакрогістеропексію сітчастим імплантатом (рис. 1.2.7) [81, 82, 86].

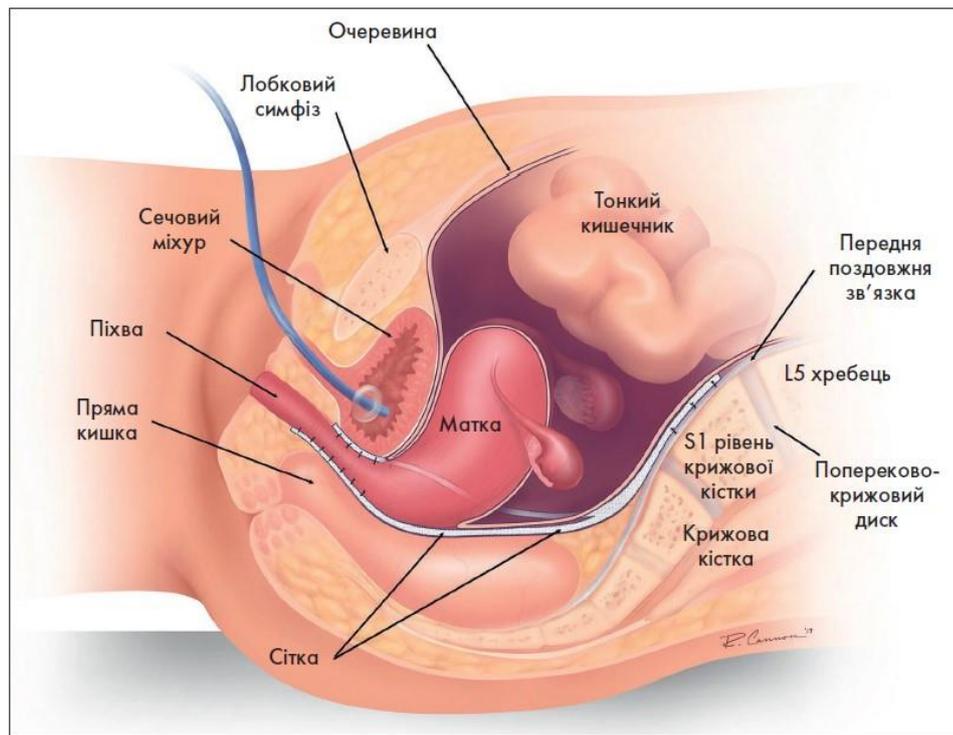


Рис 1.2.7 Сакрогістеропексія згідно зі звітом AUGS та IUGA (2020) [81]

Після запропонованої німецькими хірургами Amreich та Richter фіксації купола піхви до крижово-остової зв'язки, операція Amreich – Richter набула популярності по всьому світу. З метою зниження травматизації під час операції, були сконструйовані спеціальні пристрої для шиття (голки Міуа, Саріо та ін.). У 1964 р. W.H. Ferguson запропонував застосовувати синтетичний матеріал Marlex для фіксації купола піхви. На сьогоднішній день сакро-спінальну фіксацію використовують і при збереженій матці (сакро-спінальна гістер-опексія). В.L. Shull et al. у 1993 р. описали фіксацію склепіння піхви до крижово-куприкового м'яза [81].

Перша задня кольпорафія (при пролапсі задньої стінки піхви) була виконана німецьким хірургом Gustav Simon у 1867 р. Задню кольпорафію шляхом відновлення прямокишково-піхвової фасції та плікації фіброзно-м'язового шару задньої стінки піхви поєднують із перинеолеворопластиком для звуження вагінального отвору та подовження промежини та забезпечення дистальної підтримки піхви [80]. AUGS та IUGA представили ці операції окремо для забезпечення наочності.

У 1970-х роках стають популярними лапароскопія та ендоскопія в гінекології. Гістеректомія, фіксація купола піхви та усунення паравагінальних дефектів починають виконувати лапароскопічним доступом задля зменшення післяопераційних ускладнень, летальності, а також кількості ліжко-днів, порівняно з відкритими операціями.

Американський хірург I. Lichtenstein у 1984 р. запровадив задум щодо ненатяжної герніопластики при лікуванні кил живота зі застосуванням сітчастих поліпропіленових протезів, який став стандартом лікування. ГП почали розглядати як кили піхви з активним впровадженням сітчастих імплантів. У -1990-х роках гінекологи U. Ulmsten зі Швеції і P. Petros з Австралії висловили теорію щодо виникнення стресового нетримання сечі, яка базувалась на двох пунктах: а) порушення функції сечового міхура та прямої кишки виникають не через їх органічне ушкодження, а через травмування зв'язок піхви; б) щоб відновити функції цих органів потрібно встановити штучні зв'язки. При цьому лапаротомічний доступ змінювали на лапароскопію. Для відновлення тканин лобково-уретральних зв'язок у жінок із стресовим нетриманням сечі вони запропонували у 1996 р. встановлювати під уретрою синтетичний поліпропіленовий слінг (операція TVT – tension-free vaginal tape, або «вільна від натягу піхвова стрічка») [87].

У 1996 р. T. Julian представив результати застосування поліпропіленової сітки для хірургічного лікування тяжких і рецидивних форм цистоцеле [75]. Операція виконувалася трансвагінально, ендопротез викроювався із поліпропіленової сітки та фіксувався білатерально до сухожилкових дуг лобково-шийкової фасції. Автор протягом двох років проспективних обстежень після операції не виявив жодного рецидиву. Робота T. Julian була поштовхом для великої кількості клінічних досліджень, в яких застосовувались сітчасті імплантати для лікування цисто- та ректоцеле. Такі операції називані TVM-пластиками (transvaginal mesh – сітка, що імплантована вагінальним доступом).

У 1997 р. P. Petros запропонував PIVS (posterior intravaginal sling) – задній інтравагінальний слінг для апікального фіксування купола піхви. На той час було

відмічено, що трансвагінальна фіксація піхви до крижово-остьової зв'язки спричиняє широку дисекцію та можливу рясну кровотечу, а також відхилення осі піхви та диспареунію. При PIVS виконують щадну дисекцію та фіксацію купола до центра синтетичної сітки, яку проводять через сіднично-прямокишковий простір у напрямку до крижово-остьових зв'язок. При цьому зберігають вісь піхви, забезпечують надійну фіксацію купола та знижують ризику ускладнень [87].

У 1996 р. ICS запропонувало міжнародну класифікацію ГП (POP-Q – pelvic organ prolapsed quantification) для уніфікації стадіювання [88]. Класифікація POP-Q у порівнянні з іншими класифікаціями ГП представлена на рис. 1.2.8 [83, 89].

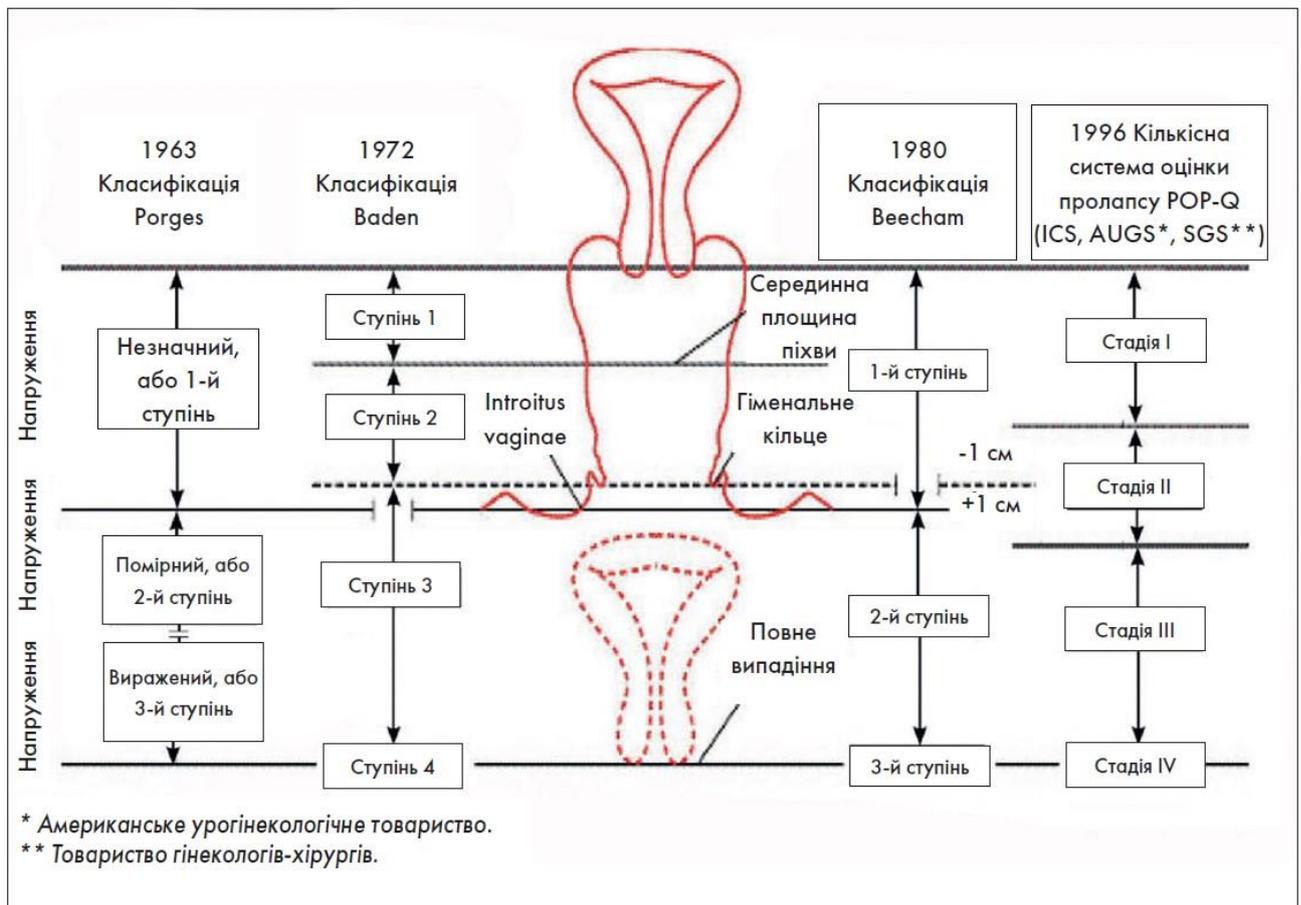


Рис. 1.2.8 Міжнародна класифікація POP-Q у порівнянні з іншими класифікаціями ПТО [83, 89]

У 2005 р. конгрес ICS запропонував новітні промислові сітчасті імплантати для встановлення в піхву з допомогою спеціальних троакарів. Вагінальні сітки

фіксувались у ділянці сухожилкових дуг ендопельвікальної фасції та крижово-остьових зв'язок. Французькі розробники запропонували систему Prolift у трьох варіантах (передньому, задньому й тотальному), а також сітки Arogee та Perigee американського виробництва [80]. Набори містили не лише сітчастий ендопротез, а й спеціальні інструменти для його встановлення (троакари). Медичні фірми почали швидко впроваджувати різноманітні нові протези, так у 2010 р. вже нараховувалось близько сотні імплантатів від різних виробників.

Популярність вагінальних імплантатів призвела до зростання кількості ускладнень. Сформувався термін «імплантат-асоційовані ускладнення»: виражений больовий синдром, диспареунія, ерозія слизової піхви, утруднене сечовипускання та ін. У 2008 р., а потім у 2011 р. Управління із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA) опублікувало звіт щодо використання піхвових імплантатів, де вказувало на збільшення кількості ускладнень, що призводило до повторних, часто травматичних, втручань для їх усунення [79, 90]. Це спричинило збільшення судових позовів до компаній та зменшення на третину застосування сітчастих імплантатів. У 2016 р. заборонено використання нових моделей без попереднього багатоцентрового клінічного дослідження. Крім того, лікарі зобов'язані проходити курси підвищення кваліфікації щодо методів фіксації сіток, а також доводити до відома пацієнтів інформацію про можливість виникнення у них ускладнень при введенні імплантату. Станом на 2021 рік Міжнародна консультація з нетримання сечі (International Consultation on Incontinence, ICI) затвердила свій алгоритм лікування ГП (Рис. 1.2.9).

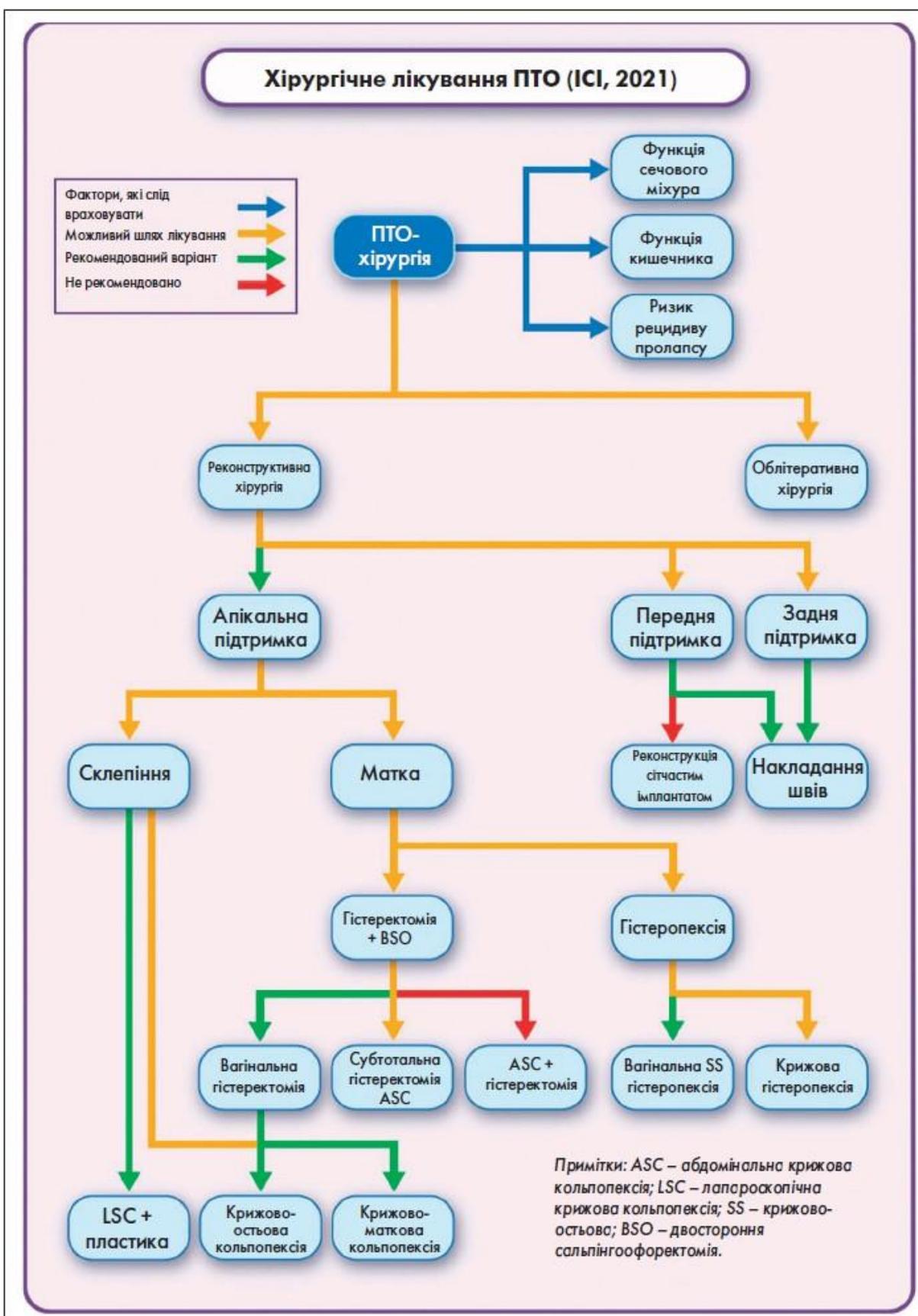


Рис. 1.2.9 Алгоритм хірургічного лікування ПТО, розроблений ICI (2021) [91]

1.3 Консервативне лікування генітального пролапсу

Першочергова мета лікаря заключається у тому, щоб запропонувати хворій найбільш оптимальний варіант лікування, спираючись на тяжкість симптомів, вираженість захворювання, вплив на якість життя, супутні захворювання, попереднє лікування та спадковість.

Пацієнткам із симптоматичним пролапсом можна запропонувати вичікувальну тактику, консервативне або хірургічне лікування. Лікувальна тактика підбирається індивідуально для кожної пацієнтки в залежності від її скарг, способу життя та супутніх захворювань. Відомо, що майже дві третини пацієнок із ГП обрали спочатку консервативне лікування, а ті, хто потребує операції – частіше молоді, сексуально активні та мають більш виражений ступінь пролапса та супутню симптоматику [8]. Спостереження є доцільним початковим варіантом лікування, особливо якщо згадані скарги не мають вираженого впливу на якість життя [22]. Від 19% до 48% випадків ГП I або II ступеню зникали самі по собі без будь-якого лікування протягом від 3 до 8 років [23]. В інших дослідженнях виявлено, що при пролапсі I ст показник регресії цистоцеле, ректоцеле та випадіння IVст склав 24%, 22% та 48%, але показники ремісії в пацієнок із II та III ст ГП склали 9%, 3% та 0% відповідно [24]. Тактика спостереження може бути розглянута як варіант лікування початкового ступеню ГП, особливо якщо ризики від неконсервативного лікування переважають позитивний ефект від лікування. Очікувальна тактика підходить для жінок із I-II ст пролапса та\або легкими супутніми симптомами чи для тих, хто не погоджується або ж не придатний для хірургічної корекції. Бажано усунути будь-які фактори, що є причиною загострення стану, наприклад втрата маси тіла, відмова від паління, лікування запору або хронічної обструктивної хвороби дихальних шляхів, і додатково мінімізація провокуючих факторів (підняття важкого або тривале стояння) [24].

Докази щодо покращення способу життя двоякі, і, на жаль, досліджень на цю тему проводилось небагато. Неофіційні дані підтвердили адаптацію способу життя, такі як корекція маси тіла та припинення паління [25]. Прийнято вважати,

що фактори, які підвищують внутрішньочеревний тиск, наприклад інтенсивні тренування, носіння важкого грузу на роботі чи вдома, от як при садівництві чи сільськогосподарських роботах – будуть спричиняти підвищення тиску на ослаблене тазове дно та ще інтенсивніше пролабувати сполучну тканину, погіршуючи вираженість пролапса.

Тренування м'язів тазового дна (ТМТД) – це комплекс вправ, який направлений на покращення координації, витривалості та функціональної сили м'язів тазового дна. Хоча є обмежені дані щодо їх ефективності, але їх усе рівно рекомендують як лікування першої лінії при ГП I-II стадії [9]. Альтернативою може слугувати нервово-м'язова стимуляція, якщо пацієнтка не здатна вправами скорочувати тазове дно, додатково це може утворити нові нервові зв'язки, що допоможе в подальшому навчитись тренувати правильні групи м'язів і використовувати правильну техніку тренувань. Для покращення результатів від ТМТД використовують конуси Кегеля, і під час досліджень було встановлено: по-перше, ефективність таких вправ була вищою, якщо їх навчав і контролював кваліфікований спеціаліст (наприклад фізіотерапевт) [10], і по-друге, для підвищення ефективності ТМТД може використовуватись УЗД, щоб візуалізувати пацієнткам м'язи, які мають скорочуватись, та поспостерігати за їх роботою, перш ніж приступити до тренування на дому [11]. Вправи з негативним тиском, які використовують для зниження тиску в черевній порожнині, можуть мати позитивні наслідки в лікуванні пролапса тренуванням м'язів тазового дна [11].

У 2009 році Кокранівський огляд визначив три рандомізовані контрольні дослідження, що спостерігали за ефективністю ТМТД у лікуванні пролапса. Всі вони включали невелику кількість досліджень і мали різноманітні обмеження. Було зроблено висновок, що досі немає вагомих доказів для практики про ефективність ТМТД при початкових стадіях пролапса [12].

ТМТД не виявилось корисним для профілактики розвитку ГП у пацієток, які щойно народжували [26].

А в 2010 році було опубліковано результати сліпого рандомізованого контрольованого дослідження (The POP Study), де 109 жінок із ГП 1-3 ст були рандомізовані для ТМТД або контрольної групи. У I групі 19% пацієнок змогли регресувати свій пролапс до I ст за оцінкою POPQ, проти 8% із контрольної групи. Через 6 місяців 74% пацієнок із I гр повідомили про зниження частоти генітального пролапсу [13].

Доказів, що підтверджували б ефективність ТМТД як додатковий етап до хірургічного лікування – бракує, не дивлячись на те, що така практика є рутинною для багатьох оперуючих гінекологів, і для визначення цього потрібні додаткові дослідження.

Місцеві естрогени. Їх використання направлене на запобігання або покращення вагінальної атрофії та\або сухості, що може давати дискомфорт та диспареунії. Вважається, що їх застосування лікує або запобігає вагінальному пролапсу, якщо лікування проходить разом із застосуванням додаткових методів, наприклад, тренування м'язів тазового дна або використання песаріїв.

В теорії, місцеве застосування естрогенів відновлює товщину, еластичність та рН піхви, крім того покращує міцність і функціонування тазової фасції, зв'язок і м'язів [103].

У Кокранівському огляді в 2010 році було виявлено, що застосування естрогену в передопераційному періоді з приводу генітального пролапса знижує частоту циститу в перші чотири тижні після оперативного втручання, однак кількість пацієнок, що брали участь у дослідженні, була невеликою [14].

Ще один Кокранівський огляд Саклінга [15], досліджуючи вплив місцевого естрогену на атрофічні зміни піхви у жінок у постменопаузі, залучили 4162 жінки та виконали 19 досліджень. Авторами було зроблено висновок, що крема з естрогеном, песарії, таблетки та вагінальні кільця мають однакову ефективність у керуванні вираженості симптомів вагінальної атрофії. Піддослідні віддали перевагу вагінальним кільцям, керуючись зручністю у використанні та комфортом. До цього місцеве використання естрогену може покращити нетримання сечі [16].

Селективні модулятори естрогенових рецепторів, такі як ралоксифен, застосовують у лікуванні остеопорозу. Мета-аналіз Голдштейна висвітлює різке зниження потреби в хірургічному лікуванні в хворих віком від 60 років, які приймали ралоксифен, порівняно з плацебо через три роки (співвідношення шансів 0,47, 95% дворічний інтервал 0,28-0,80). Але незрозумілим залишився факт: чи це пов'язано з естрогеновим ефектом чи ні, бо цифри досліджень були невеликі, тому цей препарат не може бути рекомендованим для лікування генітального пролапса [14]. Ще треба прийняти до уваги той факт, що систематичне пероральне вживання ралоксифену підвищує ризик венозної тромбоемболії.

Песарії. Запропонувати песарій можна всім жінкам із симптоматичним пролапсом, але перед цим слід пролікувати будь-які інфекційні захворювання піхви. Застосування песаріїв пацієнтками коливається від 42 до 100%. Адекватні консультації про використання та догляд можуть сприяти покращенню використання цього методу лікування.

На сьогодні існує велика варіабельність песаріїв. Загалом їх можна розділити на дві групи: опорні та заповнювальні. Допоміжні песарії, наприклад Герунга, Шаатца, кільцеподібні, можна застосовувати для корекції будь-якого ступеню пролапса та\або стресового нетримання сечі. Песарії, які заповнюють простір (такі як Геллхорн, “кубик” або “пончик”) підходять для тяжкого (3-4) ступеню генітального пролапса. На жаль, песарії встановлюються методом спроб та помилок. До того як знайдеться найбільш підходящий – пацієнтка може спробувати різні їх розміри та\або різновиди. Перед тим, як залишати кабінет лікаря, слід переконатись у правильному розташуванні песарію, що він не зміщується під час випорожнення та кашлю та не заважає сечопуску. І через 2-4 тижні від установки песарію пацієнтку слід оглянути, щоб переконатись у його ефективності. Песарій вилучають та оглядають слизову на предмет виразок та запалення. Додаткове використання естрогенів місцево може звести до мінімуму подразнення та дискомфорт при використанні песарію в постменопаузальних жінок. Наступний контрольний огляд можна планувати через 3-6 місяців [104].

Найчастіша скарга при використанні песарію – це посилення виділень із піхви і неприємний запах. Бувають випадки, коли про песарій забувають і він інтимно застрягає в слизовій оболонці піхви, що в подальшому може призвести до болючого та важкого видалення. Для полегшення цього процесу – можна використати естрогени місцево. Іноді песарій, що застряг, можна попередньо розрізати перед видаленням із піхви, а іноді пацієнтка потребуватиме знеболення [17].

Було проведено рандомізоване перехресне випробування: 134 жінки в постменопаузі були рандомізовані для використання кільця з опором та песарія Геллхорна протягом трьох місяців, а для оцінювання результатів використовували анкети якості життя та візуальні аналогові оцінки. Обидва песарії виявилися однаково ефективними для полегшення симптомів пролапса та дисфункції сечовипускання [18].

При порівнянні хірургічного лікування (ХЛ) та використання песарію, як основного методу лікування, дослідження показало, що ХЛ є більш ефективним для виключення симптомів ГП у пацієнок із II стадією та вище [27].

1.4 Методи хірургічного лікування генітального пролапса.

Хірургічне втручання пропонується жінкам із симптомами генітального пролапсу, які відмовилися або не відповіли на консервативне лікування. Золотого стандарту – не існує. Задача оперативного втручання – покращити суб'єктивні результати та якість життя при мінімумі післяопераційних ускладнень. При пролапсі передньої чи задньої стінок піхви показана передня кольпорафія або задня кольпоперінеорафія відповідно. У жінок із випадінням матки та виворотом піхви процедурою вибору досі залишається гістеректомія та пластика [19]. Однак сама гістеректомія не є достатньо ефективною для корекції випадіння матки і піхви.

Хірургічна корекція може полегшити тяжкі симптоми чи ті, які не піддаються консервативному лікуванню. Обраний хірургічний метод залежить від типу пролапса, клінічної ситуації, віку та супутніх захворювань пацієнтки.

Оперативне лікування залишається рутинним варіантом лікування ГП. Його можна розділити на відновлення нативної тканини та відновлення сіткою (біологічна; та, що розсмоктується; та, що не розсмоктується). Якість виконаного лікування важко об'єктивно оцінити, адже для оцінки використовується анатомічна картина за шкалою POP-Q (зниження до 0-1 стадії) та аналіз якості життя за допомогою показників результатів, повідомлених пацієнтом [28]. Лікарі мають обговорити із пацієнтками усі моменти оперативного лікування, включаючи частоту рецидивів та ускладнень. В 1997 році статистика показала 30% частоти повторних оперативних втручань, порівняно з 15-17% на 2008 рік. [29,30]

Хірургічне лікування може включати один (або комбінацію) з таких методів

- Передня або задня кольпорафія (відновлення піхви);
- Підвішування або реконструкція склепіння піхви;
- Кольпоклеїзис (закриття піхви після видалення матки або при збереженій матці [процедура Le Fort]).

Зазвичай виконують перінеорафію (хірургічне скорочення та зміцнення промежини), але вона не допомагає усунути пролапс тазових органів. Кольпорафія є найпоширенішим методом оперативного лікування ГП переднього чи заднього відділу. Це відновлення нативної тканини, що починається із розрізу по середній лінії передньої чи задньої поверхні слизової піхви з плікацією нижчерозташованої фасції та подальшим зменшенням пролапса [31]. Додатково можна згадати варіант відновлення стінки, коли локалізовані дефекти тканин окремо закриваються швами [32].

При виконанні задньої пластики, трансвагінальний розріз кращий за трансанальний [33]. Задня пластика може включати перінеорафію, повторна фіксація тазового дна до ректовагінальної перетинки, якщо виявлено дефект промежини.

Хірургічну корекцію піхви зазвичай по можливості відкладають до тих пір, поки жінка не виконає репродуктивну функцію, тому що подальше розширення

стінок піхви може звести нанівець результати корекції. Після операції пацієнтки повинні уникати підйому ваги протягом як мінімум 6 тижнів.

Якщо розглядати абдомінальну хірургію, то вже доведено, що відкритий або лапароскопічний доступ у черевну порожнину з метою лікування ГП передньої стінки піхви, що є вторинним відносно бічної стінки, має високу анатомічну успішність [22]. Але із-за більшої тривалості операції, частоти ускладнень та захворюваності, в порівнянні з передньою кольпорафією, відсоток абдомінальних операцій – менше.

Верхівковий пролапс:

- Опущення матки

Великий відсоток жінок, що мають цистоцеле, супутньо мають певний ступінь апікального пролапса. Тому рекомендується разом із передньою/задньою кольпорафією виконувати корекцію верхівкового пролапса, як профілактику рецидиву ГП. Доцільність гістеректомії при випадінні матки та піхви і досі обговорюється [34], адже патофізіологія розвитку цього захворювання пов'язана зі сполучною тканиною, а не потенційно здоровою маткою [35]. Аналізуючи сучасні дослідження, можна зробити висновок, що, при відсутності показань до збереження матки, вагінальна гістеректомія з апікальною фіксацією є найбільш оптимальним методом лікування ГП.[36] Збереження матки має місце з метою збереження фертильності. Вагінальна гістеропексія, виконана шляхом фіксації шийки матки до крижово-остистих зв'язок за допомогою швів або сітки, нічим не гірший за вагінальну гістеректомію, однак через великий відсоток рецидиву ГП та 21% частоти експозиції сітки – цей варіант лікування є менш бажаним.[25]

Абдомінальний варіант – може бути виконана гістеропексія в точці фіксації в середині малого тазу. Частіше всього шийку матки підшивають до передньої поздовжньої зв'язки крижів за допомогою сітчастого матеріалу, сакрогістеропексія. Її лапароскопічний варіант має такі ж показники пролікованості, як і вагінальний.

- Пролапс склепіння піхви

Даний вид пролапса може виникати після гістеректомії. Фіксація матково-крижової зв'язки (ULS) і крижово-остистої зв'язки (SSLF) – це нативна репарація тканин, яка використовується при апікальному пролапсі та мають порівняльні результати, рівень успішності оперативного втручання (64,5% порівняно з 63,1%) і частоту ускладнень через 2 роки після операції.[37] Вагінальна сакрокольпопексія сіткою направлена на лікування апікального пролапса. Кокранівські дослідження вагінальної хірургії верхівкового пролапса виявив відсутність значної користі між корекцією нативною тканиною та відновленням сіткою. Пацієнтки із сіткою мали високий ризик ускладнень, включаючи наслідки від сітки 18% [38].

Дослідження вказують, що така операція як абдомінальна сакрокольпопексія, коли верхівка піхви фіксується до крижового мису за допомогою сітчастого протеза - є ефективною та безпечною [37], а відсоток ефективності складає від 78% до 100%. Було проведено вивчення альтернативних замін сітці, але такі дані не є достовірними.

У дослідженні з аналізом довгострокових результатів сакрокольпопексії порівняно з відновленням верхівки піхви нативними тканинами по типу SSLF та ULS, було виявлено, що перший варіант операції має значно вищий анатомічний показник успішності та менший ризик рецидиву ГП, але більшу частку ускладнень (10,5% що пов'язані з сітчастим матеріалом) [39], ULS через вагінальний(вищезгаданий), відкритий чи лапароскопічний доступ, ідеально підходить для лікування пролапса склепіння. Частота рецидиву після відкритої такої операції складає від 5% до 12% [40]. Даних про лапароскопічну ULS небагато, але частота рецидивів коливається від 0% до 10% [25].

Зрощувальні операції. Кольпоклеїзис – це зшивання входу в піхву, тим самим підтримуються органи малого тазу та полегшується об'єктивна симптоматика пролапса до 99%.[41] Через відносно просту техніку виконання, низький рівень п\о ускладнень та полегшене анестезіологічне навантаження, дану операцію можна рекомендувати жінкам із будь якою формою ГП, що

погодились на оперативне лікування та більше не будуть жити статевим життям, та\або мають інше супутнє захворювання.

Неповний кольпоклеїзис вперше був описаний Le Fort, передбачає збереження шийки матки та\або матки, розсічення слизової піхви, зшивання передньої та задньої стінок із формуванням бічних каналів для дрнування цервікального слизу – із одночасним виконанням перінеорафії.

Повний кольпоклеїзис – це техніка аналогічного виконання, але, після зменшення вираженості пролапса кисетними швами, вхід у піхву наглухо закривається [41]. Підходить для літніх жінок.

Тому необхідно враховувати всі недоліки та ускладнення від кольпоклеїзису, такі як піометра та повторне нетримання сечі. Також перед проведенням такої операції пацієнтку слід перевірити на наявність онкопроцесів.

Сітчасті імплантати. Окремо хочеться зупинитись на сітчастих матеріалах у лікуванні ГП. Із-за високого рівня хірургічних невдач, почався пошук нових пристроїв для боротьби із цим. Запозичивши ідею з пластики кили сітчастим протезом, їх почали впроваджувати та досліджувати у вагінальних операціях. Більша частина сітчастого матеріалу, що застосовується в гінекології, є типом I – повністю макропористі та монофіламентні, розмір пор більше 75 мкм, адже вважається, що така структура знижує рівень інфекції та забезпечує максимальну інкорпорацію в навколишні тканини, інфільтрацію макрофагів, фібробластів та колагену [42]. Після перших позитивних результатів, сітки почали широко використовуватись у лікуванні, що вказує на їхню ефективність та перевагу, порівняно з нативним відновленням тканин [22], у 2010 році третина всіх оперативних втручань проводять із використанням сітчастих протезів на території США. В таблиці 1.2.1 наведені приклади трансплантатів та сітчастих матеріалів.

Але існує негативна характеристика і статистика використання вагінальних аутотрансплантатів і сітчастих протезів. Кокранівський систематичний огляд 2016 року надрукував звіт, де дійшли висновку, що пластика за допомогою

вагінальної сітки або біологічного трансплантата не має вираженої переваги в порівнянні з відновленням нативної тканини.

Таблиця 1.2.1 адаптовано з Campbell [43]

Пристрій	Приклад
Біологічний трансплантат	
Аутотрансплантат	Піхва прямого м'яза, фасція широка
Алотрансплантат	Зразок трупної фасції
Ксенотрансплантат	Безклітинний свинячий/бичачий колаген
Синтетична сітка	
Розсмоктується	Поліглактин
Не розсмоктується	Поліпропілен

Пацієнтки, яких було прооперовано із застосуванням сітчастих вагінальних протезів, скаржились на підвищені показники інтраопераційної та післяопераційної захворюваності із загальним впливом сітки 12%. [44] Ці висновки були підтверджені Кокранівським оглядом хірургії при пролапсі передньої та задньої стінки, та мета аналізом апікального пролапса, де рівень негативного впливу сітки склав 18%. [44] Був проведений аналіз витрат для відновлення вагінальною сіткою: це не є економічно ефективним, в порівнянні з відновленням нативної тканини. Враховуючи всі дослідження, останні рекомендації NICE : передня\задня кольпорафія нативної тканини є першою лінією хірургічного лікування цисто\ректоцеле.[25]

На сьогоднішній день за кордоном актуальний період «суворого обмеження» урядом Великобританії на використання сітчастих протезів у лікуванні ГП і стресового нетримання сечі (SUI) [45] вважає, що застосування сітки з метою дослідження і черевної сітки з метою лікування ГП досі прийнятно. Не дивлячись на ці обмеження, зменшення відсотка використання сітки було активним і до цього. В період з 2011 по 2016 рік відсоток пластики сіткою при цистоцеле зменшився з 11% до 1%, а при ректоцеле – з 12% до 3%. [46] Тому можна дійти висновку, що більша частина пацієнток просто не звертається по допомогу з приводу своїх урологічних та гінекологічних симптомів або дотримуються лише консервативного лікування.

Таким чином, потрібно подальше вивчення хірургічних методів лікування пролапса органів малого тазу для визначення найоптимальнішого методу лікування, залежно від ступеню пролапса, віку пацієнок та особливостей їх анамнезу.

Результати літературного опрацювання наукових джерел, які було викладено в даному розділі оприлюднені в наступних наукових працях:

1. Зезекало В.М. Етапи прогресування лапароскопічних комбінованих симультанних операцій у гінекології (огляд літератури). Актуальні проблеми сучасної медицини. 2024; 1 (85): 220-224.

РОЗДІЛ 2.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальний дизайн та матеріали дослідження

Для виконання поставленої мети було обстежено 103 жінки із неспроможністю м'язів тазового дна різного ступеню вираженості, що знаходились на лікуванні в гінекологічних відділеннях лікувальних закладів міста Полтави: КП “2-га міська клінічна лікарня ПМР”, КП “Полтавська центральна районна клінічна лікарня ПМР”, КП “4-та міська клінічна лікарня ПМР” та були прооперовані в період з 2019 по 2025 роки.

У жінок, які були під спостереженням, проводилась оцінка соматичного, гінекологічного та репродуктивного анамнезів, результатів лабораторного та інструментального обстеження до та після операції, виду оперативного доступу та способу оперативного лікування, особливостей протікання післяопераційного періоду. Всі отримані дані для систематизації були занесені в розроблену нами “Картку спостережень”. З метою оцінки якості життя досліджуваних жінок - заповнювались опитувальники SF-36 до та після лікування ГП.

Усі 103 жінки були проінформовані щодо мети дослідження, та надані письмові згоди на участь.

Дана науково-дослідницька робота була виконана за використанням сучасних наукових методів із чіткою регламентацією використання статистичних методів.

При виконанні роботи дотримувались Правил гуманного ставлення до пацієнта згідно з Токійською декларацією Всесвітньої медичної асоціації, Конвенції Ради Європи щодо прав людини і біомедицини, Міжнародним рекомендаціям Гельсінської декларації з прав людини, Законам України, наказам МОЗ України та вимогам Кодексу лікаря України.

Усі обстеження проводились з узгодженням комісії з питань біомедичної етики Полтавського державного медичного університету (протокол № 210 від 23.11.2022 року).

До нашого спостереження увійшли 103 жінки віком від 47 до 76 років (середній вік $61,5 \pm 14,5$ років) із генітальним пролапсом різного ступеню та проліферативними захворюваннями матки, яким було виконано хірургічне лікування основного і супутнього захворювання репродуктивної системи. Жінки були поділені на три клінічні групи:

1. До першої групи (I гр) увійшло 42 жінки, яким було виконано лапароскопічну гістеректомію з правими та лівими додатками та білатеральну фіксацію кукси піхви.
2. До другої групи (II гр) увійшла 31 жінка, їм було виконано лапароскопічно асистовану гістеректомію з додатками в поєднанні з кольпоперінеорафією та леваторопластиком.
3. 30 жінок, яким було виконано вагінальну гістеректомію з додатками в комбінації з кольпоперінеорафією та леваторопластиком, були включені в третю групу (III гр).

Обстеження та лікування пацієнток проводилось відповідно наказу МОЗ України від 15.12.2003 року № 582 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги” [59]. З метою виявлення змін епітелію піхви та шийки матки, проводилась до- та післяопераційна кольпоцитологія, кольпоскопія, вагіноскопія, цитологічне дослідження. Для виявлення порушень функцій суміжних органів проводилось магніто-резонансне та ультразвукове обстеження ОМТ та ОЧП вагінальним та трансабдомінальним датчиком.

Пацієнткам усіх трьох груп було виконано хірургічне лікування генітального пролапсу. Всі дані пацієнток були зафіксовані в розроблену нами “Карту спостережень”, що включає: паспортну частину, освітній та професійний анамнез, спадковість, алергічний анамнез, дані щодо контрацепції, інфекційний анамнез, соматичний анамнез, акушерсько-гінекологічний анамнез, особливості менструації та клімактеричного періоду, особливості статевого життя, дані

перенесених хірургічних втручань, лабораторних та інструментальних обстежень, інформацію за медикаментозне лікування на даний період опитування.

До оперативного лікування пацієнтки обстежувались згідно наказу МОЗ України № 417 від 15.07.2011 року “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” [60].

З метою корекції біоцинозу піхви та проявів урогенітального синдрому в 51 жінки в післяопераційному періоді застосовувалась корегуюча терапія.

По закінченню оперативного та консервативного лікування проводився огляд та опитування пацієнток за допомогою опитувальника SF-36 для оцінки якості життя.

2.1 Методи дослідження

2.2.1 Клініко- лабораторне обстеження пацієнток

Нами було проведено загальне клінічне обстеження пацієнток, що включало аналіз скарг і соматичного статусу, детальний збір анамнезу, виявлення супутніх гінекологічних та екстрагенітальних захворювань.

Гінекологічне обстеження включає огляд молочних залоз, оцінку розвитку зовнішніх статевих органів, огляд шийки матки та піхви в дзеркалах, бімануальне обстеження органів малого тазу із визначенням наявних патологічних процесів, кольпо\вагіно-скопія, забір кольпоцитологічних мазків із склепінь піхви та цитологічних мазків із поверхні слизової шийки матки та цервікального каналу.

При огляді в дзеркалах оцінювався стан слизової оболонки піхви, її колір, форма та стан шийки матки, наявність чи відсутність атипових новоутворень, кількість та якість виділень із піхви.

При бімануальному дослідженні ОМТ обстежувались склепіння піхви, їх ємність, болісність; шийка матки, її форма, розмір та довжина; об'єм та форма тіла матки, її консистенція, мобільність та болісність. Проводилась оцінка додатків: консистенція та розміри, мобільність, болісність, наявність патологічних процесів.

Визначали ступень генітального пролапса за системою кількісного визначення пролапса тазових органів (POP-Q). Застосовували систему POP-Q, оскільки це система класифікації заснована на зумовлених анатомічних орієнтирах (Рис.1) [68].

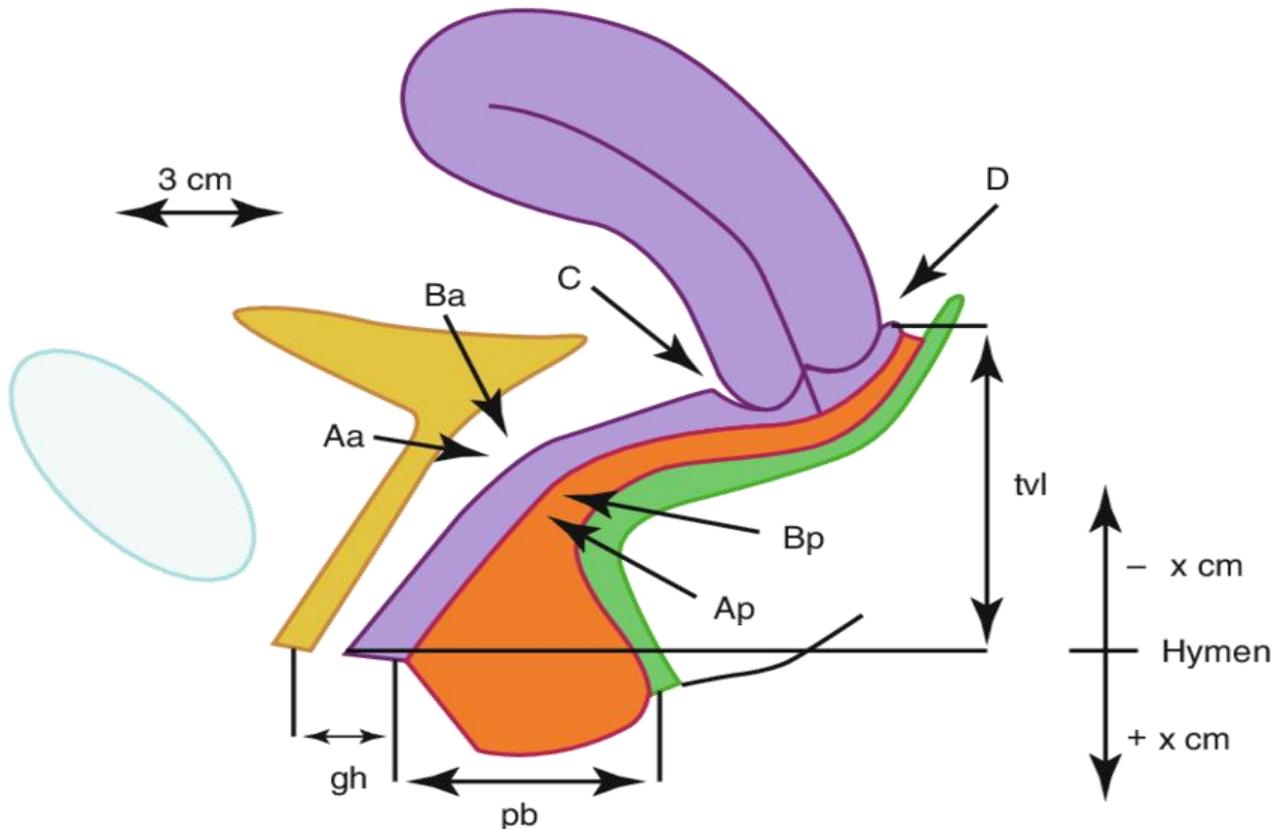


Рис.1. Система POP-Q [68].

Aa - точка по передній стінці піхви, розташована на 3 см проксимальніше гіменгального кільця. Приблизно відповідає розташуванню везіко-уретрального сегменту. Aa - 3 см - при відсутності пролапсу, Aa + 3 см - це повний генітальний пролапс.

Ba - найнижча точка по передній стінці піхви між точками Aa та C. Ba - 3 см - при відсутності генітального пролапсу, позитивне значення Ba, що дорівнює довжині піхви, - при повному випадінні культі піхви після гістеректомії.

Ap - точка посередині задньої стінки піхви, що знаходиться на 3 см проксимальніше від статевої щілини, і по відношенню до неї варіюється від -3см до +3см.

V_p - найвіддаленіша точка від входу в піхву по задній стінці, знаходиться між точками A_p та D . Позитивні значення V_p , що дорівнюють довжині піхви свідчить про повний пролапс тазового дна.

C - передня губа шийки матки або купол піхви.

D - заднє склепіння (відсутнє після гістеректомії). Точка є проекцією місця прикріплення крижово-маткових зв'язок до задньої поверхні шийки матки.

tv_l - (довжина піхви) це відстань від гіменгіального кільця до купола піхви.

gh - (генітальна щілина) це відстань між зовнішнім отвором уретри та заднім краєм гімена.

pb - (сухожилковий центр промежини) це відстань від заднього краю гімена до анального отвору.

Та на рисунку 2 графічно відтворені ступені неспроможності м'язів тазового дна.



Рис.2 Ступені неспроможності м'язів тазового дна [68].

Виконували також пробу (тест) Вальсальви - це форсований видих при закритих носі та роті під час вагінального огляду на кріслі. За рахунок перекриття голосової щілини, скорочуються м'язи живота та діафрагма, збільшується внутрішньочеревний тиск. Така діагностика дає можливість виявити неспроможність м'язів тазового дна та стресове нетримання сечі навіть при їх безсимптомному протіканні або початкових стадіях [69].

Лабораторне обстеження включало в себе: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі – як етап передопераційної підготовки.

2.2.2 Кольпоцитологічне дослідження

Гормональна кольпоцитологія проводилась для дослідження вільновідшаруваних клітин епітелію піхви та змін їх складу в залежності від віку та гормональної насиченості організму. Дослідження клітинного складу і структури клітини, шляхом визначення ступеню проліферативних змін слизової піхви, дозволяє припустити про відповідність цитологічних висновків до вікових даних пацієнтки та оцінити ефективність запропонованого ведення післяопераційного періоду. Оцінювали вираженість генітоуринарного синдрому до та після лікування [51]. Трактують результати ми подали у вигляді висновку про відповідність (або невідповідність) аналізу до віку хворих, фазі їх менструального циклу (при збереженій менструації), їх захворюванням у вигляді підрахунку клітин та визначення індексів та типу мазку:

- Каріопікнотичний індекс (КІ) – співвідношення поверхневих клітин з пікнотичними ядрами до клітин з ядрами більшого розміру.
- Еозинофільний індекс (ЕІ) – співвідношення зрілих еозинофільних клітин до зрілих ціанофільних клітин, не беручи до уваги форму ядер.
- Індекс дозрівання (ІС) – це співвідношення проміжних, поверхневих та базальних клітин.
- Індекс складчастості – співвідношення зрілих складчастих клітин плоского епітелію до зрілих клітин без наявності складок.
- Індекс скупчування – співвідношення зрілих клітин плоского епітелію, що утворили скупчення з чотирьох і більше клітин, до поодиноких клітин.

Ми не виконували оцінку результатів кольпоцитологічного обстеження, якщо було виявлено запальний процес, метастатичні чи залозисті клітини, патогенні мікроорганізми або виражений цитоліз. Проводилась санація при підготовці до операції.

Також оцінювали реакцію мазка:

- Перша реакція - визначали базальні клітини з великими ядрами. Епітеліальні клітини інших шарів були відсутні. В невеликій кількості були присутні лейкоцити. Така картина мазка відображає значний дефіцит естрогенів.
- Друга реакція - констатували при переважанні парабазальні клітини з великими ядрами, серед них зустрічались поодинокі клітини проміжного та базального шарів. Лейкоцити відсутні або поодинокі. Така характеристика мазку відображає середній ступінь естрогенної недостатності.
- Третя реакція - спостерігали переважно проміжні клітини з ядрами середнього розміру, де-не-де поверхневі клітини. Відображає незначний естрогенний дефіцит.
- Четверта реакція - переважно великі плоскі добре окрашені клітини з поверхневого шару із малими (піктонічними) ядрами. Це картина достатньої естрогенної насиченості тканин.

Визначали тип кольпоцитологічного мазка:

1. У мазку проліферативного типу переважали клітини поверхневого шару, лейкоцитів мінімум або відсутні. Даний тип спостерігається у 26% жінок перших 5-ти років менопаузи, відображає мінімальний прогестероновий вплив, переважає естрогенове насичення тканин (Рис 2.2.1)

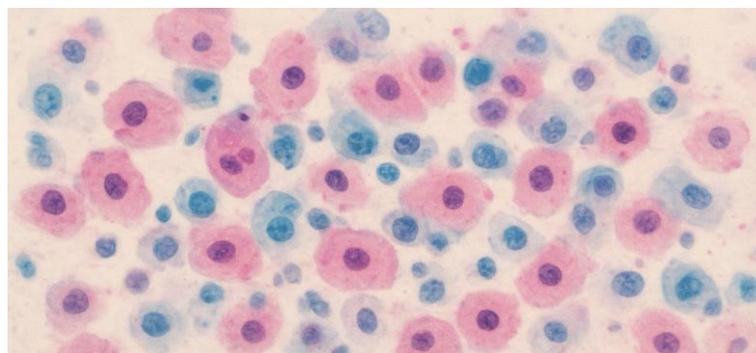


Рис. 2.2.1 Естрогеновий тип кольпоцитологічного дослідження

2. Мазки проміжного типу: до 90% проміжних клітин, що розташовані групами, пластами або окремо. Іноді зустрічаються поверхневі клітини, переважно базафільні. Зустрічається у 37% жінок перших 5-ти років менопаузи. (Рис. 2.2.2)

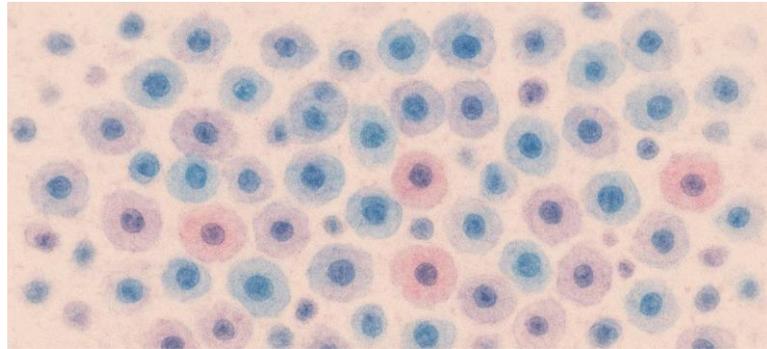


Рис. 2.2.2 Прогестероновий тип кольпоцитологічного дослідження

3. Мазок змішаного типу: різноманітна кількість клітин поверхневого, проміжного та парабазального шарів. Лейкоцити присутні, іноді у великій кількості. Палички Додерлейна майже не визначаються. Дана картина є перехідним етапом до атрофічного типу мазка, зустрічається в 12% жінок менопаузального періоду. (Рис 2.2.3)

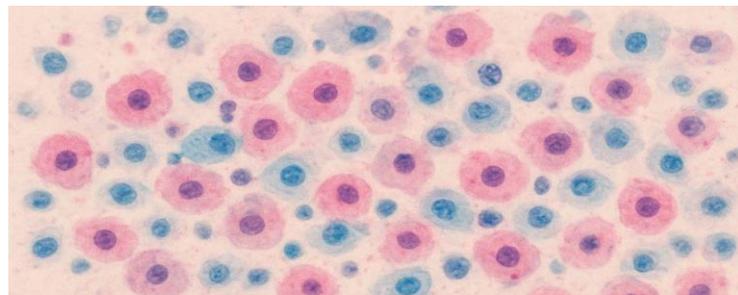


Рис. 2.2.3 Змішаний тип кольпоцитологічного дослідження

4. Мазок атрофічного типу: основний пул клітин - парабазальні; якщо атрофія не різко виражена - також зустрічаються проміжні клітини (до 50%). Включення парабазальних клітин із нижнього шару відображає глибоку істинну атрофію слизової оболонки піхви. Лейкоцити підвищені, палички Додерлейна відсутні. Даний тип мазка спостерігається у 17% жінок після перших 5-ти років

менопаузи та свідчить про різке зниження рівня естрогену в організмі та тканинах піхви. (Рис. 2.2.4)

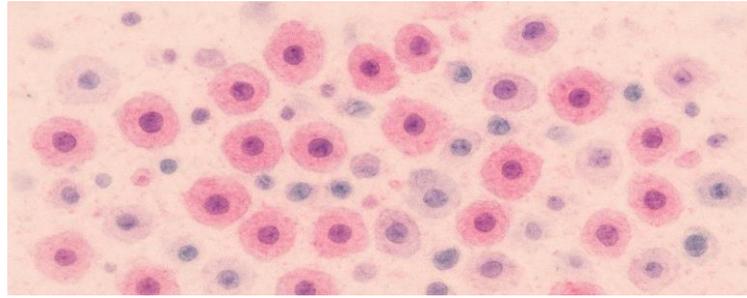


Рис. 2.2.4 Атрофічний тип кольпоцитологічного дослідження

2.2.3 Кольпо\вагіноскопія

Ми використовували метод кольпоскопії для обстеження слизової піхви та шийки матки з метою виключення будь-яких уражень за допомогою бінокулярного кольпоскопа Scanner МК-300 з відеомонітором (або без) зі збільшенням візуалізованого місця. Після огляду піхви в дзеркалах, за допомогою малого збільшення проводили виведення та огляд слизової оболонки шийки матки, заздалегідь очищеної ватним тампоном. Оцінювали характеристики виділень, колір та будову слизової шийки матки, її судинний малюнок до використання розчинів.

Стандартні етапи кольпоскопії включають:

- Цитологічне дослідження
- Проба з 3-5% оцтовою кислотою
- Проба з люголем
- Проба з зелено-синім фільтром
- Визначення видимих меж відреагованих клітин
- Огляд вульви
- Бімануальне обстеження
- Кольпоскопія стінок піхви [65].

Задля контролю формування культі та стану післяопераційного шва застосовували вагіноскопію.

2.2.4 Ультразвукове та магнітно-резонансне обстеження ОЧП та ОМТ

Ультразвукове дослідження жіночої репродуктивної системи проводилось за оцінюванням поперечних і поздовжніх перерізів із застосуванням трансабдомінальних та мультичастотних датчиків (4,0-8,0 МГц) на апараті Siemens Acuson S3000 HELX (Німеччина).

Під час дослідження визначали розмір та форму матки, товщину ендометрію, наявність чи відсутність аномалій розвитку та патологічних утворень, розташування та об'єм міоматозних вузлів, наявність та довжину поліпів та їх розташування, симетрію стінок матки, наявність або відсутність гіпер\гіпо-ехогенних ділянок, візуалізацію яєчників (розташування та розміри, наявність чи відсутність патологічних утворень, їх розмір та характер вмісту), оцінювали розташування та розміри маткових труб та наявність\відсутність патологічних процесів у них , вираженість генітального пролапсу. Оцінювали стан сечового міхура для виключення екстрагенітальної патології.

Об'єм матки розраховувався за формулою $0,523ABC$ (за припущення, що матка за формою наближена до еліпса), де А – це поздовжній розмір, В – це передньозадній розмір, С – це поперечний розмір. Така формула універсальна та загальноживана для визначення об'єму матки [20]. Ультразвукове обстеження виконувалось до оперативного втручання та через 3, 6 і 12 місяців після операції.

МРТ ОЧП та ОМТ виконували по показанням на апараті Simens Magnetom Avanto (Німеччина) 0,2 Тл у комплексі передопераційного обстеження пацієнток: визначали ступінь ГП, топографію органів черевної порожнини та малого тазу, обсяг оперативного лікування.

2.3 Методи визначення якості життя

Оцінка якості життя пацієнток із генітальним пролапсом здійснена за допомогою опитувальника SF-36, на питання якого пацієнтки відповідали власноруч. Опитування проводилось до оперативного втручання та через 6 і 12 місяців.

Опитувальник SF-36 (SF-36 Health Status Survey) – загальноприйнятий анкетник по вивченню якості життя (ЯЖ) гінекологічних пацієнок. Може заповнюватись як самою пацієнткою, так і спеціально навченим персоналом. В літературі [66] можна знайти згадки про велике різномайття опитувальників, метою яких є вивчення ЯЖ як здорового населення, так і окремих популяцій з різноманітними захворюваннями. Початковою метою створення цього опитувальника було вивчення загальної оцінки ЯЖ при проведенні популяційних досліджень в США, залучений у вивчення окремих репрезентативних вибірок населення в Австралії, Франції та Італії і до сьогодні отримав широке поширення в більшості країнах світу [67]. Його використання дозволило отримати уявлення про норми ЯЖ здорового населення та окремих груп хворих з хронічними захворюваннями відповідно до статі та віку. 36 пунктів опитування згруповані в 8 шкал, результати опитування по кожній з яких представляються в балах. Показники кожної шкали варіюють у межах від 0 до 100, де 100 відповідає повному здоров'ю. Якщо опитувальник SF-36 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають для них. Оскільки якість життя є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-36, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої якості життя. Якщо опитувальник SF-36 використовується, щоб визначити зміни в якості життя, то збільшення кількості балів означає поліпшення якості життя:

- фізичне функціонування (Physical Functioning - PF);
- рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning - RP);
- інтенсивність болю (Bodily pain - BP);
- загальний стан здоров'я (General Health - GH);
- життєва активність (Vitality - VT);
- соціальне функціонування (Social Functioning - SF);

- рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE);
- психічне здоров'я (Mental Health - MH).

Усі шкали формують два показники: фізичний компонент здоров'я та психологічний компонент здоров'я:

1. Фізичний компонент здоров'я (Physical health - PH) Складові шкали:

- фізичне функціонування;
- рольове функціонування, зумовлене фізичним станом;
- інтенсивність болю;
- загальний стан здоров'я.

2. Психологічний компонент здоров'я (Mental Health - MH) Складові шкали:

- психічне здоров'я;
- рольове функціонування, зумовлене емоційним станом;
- соціальне функціонування;
- життєва активність.

Зміст опитувальника наведений нижче:

1) В цілому Ваше здоров'я взагалі є:

- Відмінне...1
- Дуже добре.....2
- Добре.....3
- Задовільне.....4
- Погане.....5

2) Як Ви оцінюєте стан вашого здоров'я в даний час, порівнюючи що було рік тому?

- Значно ліпше, ніж рік тому.....1
- Дещо ліпше, ніж рік тому.....2
- Приблизно таке ж, як і той рік3
- Трохи гірше, ніж рік тому.....4
- Значно гірше, ніж рік тому.....5

3) Чи стан здоров'я в даний час обмежує Вас у виконанні бігу, піднімання важких предметів, участь у спортивних змаганнях?

- Так, дуже (1)

- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі. (3).

4) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам виконувати помірні фізичні навантаження: пересування стола, миття підлоги (або підмітання), праця в городі або гра в бадмінтон?

- Так, дуже (1)
- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі. (3).

5) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам піднімати або носити сумки з продуктами?

- Так, дуже (1)
- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі. (3).

6) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на 3-4 поверхи сходами?

- Так, дуже (1)
- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі (3).

7) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам підніматися на 1 поверх сходами?

- Так, дуже (1)
- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі. (3).

8) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам нахилитися, ставати навколішки, згинатися?

- Так, дуже (1)
- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі (3).

9) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти більше одного кілометра?

- Так, дуже (1)
- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі (3).

10) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти більше 100 метрів?

- Так, дуже (1)

- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі(3).

11) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам пройти сто метрів?

- Так, дуже (1)
- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі (3).

12) Чи стан здоров'я в даний час перешкоджає Вам самостійно приймати душ та одягатися?

- Так, дуже (1)
- Так, дещо перешкоджає (2)
- Ні, не перешкоджає взагалі(3).

Наскільки часто у Вас виникали будь-які з наведених труднощів протягом останнього місяця?

13) Змушені скоротити час на працюи чи заняття іншою діяльністю через Ваш Фізичний стан.

- Так. (1) • Ні. (2)

14) Виконали менше, ніж планували через Ваш Фізичний стан.

- Так. (1) • Ні. (2)

15) Виникли обмеження при виконанні будь-яких видів роботи через Ваш Фізичний стан.

- Так. (1) • Ні. (2)

16) Чи прикладали більше зусиль ніж зазвичай при виконанні роботи чи іншої діяльності через Ваш фізичний стан.

- Так. (1) • Ні. (2)

17) Зменшили час праці внаслідок емоційних проблем (пригніченість, тривога).

- Так. (1) • Ні. (2)

18) Зробили менше, ніж планували із-за емоційних проблем (пригніченість, тривога).

- Так. (1) • Ні. (2)

19) Виконували роботу чи займались іншою діяльністю менш старанно, аніж зазвичай із-за емоційних проблем (пригніченість, тривога).

- Так. (1) • Ні. (2)

20) За останній місяць наскільки Ваші проблеми із здоров'ям чи емоційним станом заважали Вашій комунікації з сім'єю, друзями, сусідами, колективом?

- Зовсім не заважали.(1)
- Трохи заважали.(2)
- Помірно заважали.(3)
- Сильно заважали.(4)
- Надзвичайно заважали.(5)

21) Нас скільки виражений фізичний біль зазнавали Ви за останній місяць?

- Абсолютно не відчувала. (1)
- Дуже слабкий. (2)
- Слабкий. (3)
- Помірний . (4)
- Сильний. (5)
- Дуже сильного. (6)

22) Наскільки за останній місяць біль перешкоджав Вашій нормальній роботі (включаючи роботу за межами дому і хатню працю)?

- Абсолютно не перешкоджав. (1)
- Дещо перешкоджав. (2)
- Помірно перешкоджав. (3)
- Значно перешкоджав. (4)
- вище міри перешкоджав. (5)

23) Скільки часу протягом останнього місяця Ви почувалися сповненим життя?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)
- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

24) Скільки часу протягом останнього місяця Ви дуже нервували?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)
- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

25) Скільки часу протягом останнього місяця Ви були настільки пригнічені, що нічого вас не радувало?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)
- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

26) Скільки часу протягом останнього місяця Ви почувалися спокійною та врівноваженою?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)
- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

27) Скільки часу протягом останнього місяця Ви були сповнені енергії та сил?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)
- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

28) Скільки часу протягом останнього місяця Ви були засмучені та пригнічені?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)
- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

29) Скільки часу протягом останнього тижня Ви почувалися виснаженою?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)

- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

30) Скільки часу протягом останнього місяця Ви були щасливі?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)
- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

31) Скільки часу за останній місяць Ви були втомлені?

- Весь час. (1)
- Більшість часу.(2)
- Часто (3)
- Інколи (4)
- Рідко (5)
- Ні разу (6)

32) Як часто протягом місяця Фізичний стан або емоційні проблеми порушували Вашу соціальну активність (відвідування друзів, родичів тощо)?

- Весь час.(1)
- Більшість часу.(2)
- Деякий час.(3)
- Рідко.(4)
- Ні разу.(5)

Наскільки вірним або невірним є твердження про Вас?

33) Мені здається, що я схильна захворіти легше ніж інші.

- Цілком вірно.(1)
- Загалом вірно.(2)
- Не знаю.(3)
- Загалом ні.(4)
- Цілком невірно.(5).

34) Моє здоров'я таке ж, як і в інших із мого оточення.

- Цілком вірно.(1)
- Загалом вірно.(2)
- Не знаю.(3)
- Загалом ні.(4)
- Цілком невірно.(5).

35) Я передчуваю погіршення мого здоров'я. • Цілком вірно.(1)

- Загалом вірно.(2)
- Не знаю.(3)
- Загалом ні.(4)
- Цілком невірно.(5).

36) Моє здоров'я відмінне.

- Цілком вірно.(1)
- Загалом вірно.(2)
- Не знаю.(3)
- Загалом ні.(4)
- Цілком невірно.(5).

Проводилась кількісна оцінка таких показників:

Фізичне функціонування (Physical health – PH) показує вираженість неможливості виконання фізичних навантажень (догляд за собою, ходьба, підйом по сходах, підняття важких предметів і т.д.). Низький показник за цією шкалою вказує на те, що фізична активність піддослідної обмежена через її стан здоров'я . Фізичне функціонування вираховували за формулою 2.3.1:

$$PF = \frac{\sum 1 - 10}{20} \times 100, \quad (2.3.1)$$

де $\Sigma 1$ – сума балів за питання 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Рольове фізичне функціонування (Role-Physical Functioning - RP) – як фізичний стан відображається на рольовій діяльності (повсякденні обов'язки, робота). Низький показник цієї шкали вказує на значне обмеження повсякденної діяльності через фізичний стан пацієнта. Рольове фізичне функціонування вираховують за формулою 2.3.2:

$$RP = \frac{\Sigma_{1-4}}{4} \times 100, \quad (2.3.2)$$

де Σ_1 - це сума балів за питання 13, 14, 15, 16.

Відчуття болю (Bodily pain - BP) та її здатність впливати на повсякденне життя, включаючи працю вдома та на роботі. Низький показник за цією шкалою вказує на вираженість впливу на активність життя. Для визначення показників за цією шкалою треба зробити перерахунок питань 21 та 22 за таблицею 2.3.1:

Таблиця 2.3.1.

Схема перерахунку первинних балів для питань 21 та 22 питальника SF-36

Первинний бал питання 21 (BP 21)	Перерахований бал питання 21 (BP21 ¹)	Первинний бал питання 22 (BP 22)	Перерахований бал питання 22 (BP22 ¹)
1	6	1 і за умови, що BP21 = 1	6
2	5,4	1 і за умови, що BP21 має значення від 2 до 6	5
3	4,2	2	4
4	3,1	3	3
5	2,2	4	2
6	1	5	1

Показник шкали болю вираховується за формулою 2.3.3

$$BP = \frac{BP21^1 + BP22^1 - 2}{10} \times 100, \quad (2.3.3)$$

де BP21¹ - перерахований бал питання 21, BP22¹ - перерахований бал

Загальний стан здоров'я (General Health - GH) – оцінка пацієнткою свого стану здоров'я на даний момент та після запланованого лікування. Низький бал за цією шкалою вказує на низьку питання 22. оцінку стану здоров'я.

До підрахунку даної шкали, бали, які ми отримуємо в питаннях 1, 34,36 перераховуються наступним способом (таб.2.3.2):

Таблиця 2.3.2

Схема перерахунку первинних балів для питань 1, 34 та 36 питальника SF-36

Первинний бал питання 1(GH 1)	Перерахований бал питання 1 (GH1 ¹)	Первинний бал питання 34(GH34)	Перерахований бал питання 21 (GH34 ¹)	Первинний бал питання 36(BP 36)	Перерахований бал питання 21 (GH36 ¹)
1	5	1	5	1	5
2	4,4	2	4	2	4
3	3,4	3	3	3	3
4	2	4	2	4	2
5	1	5	1	5	1

Показник шкали загального здоров'я вираховується за формулою 2.3.4:

$$GH = \frac{GH1^1 + GH33 + GH34^1 + GH35 + GH36^1 - 5}{20} \times 100 \quad (2.3.4)$$

Життєва активність (Vitality - VT) має на увазі відчуття наявності в собі сил та енергії чи, навпаки, нестачу сил. Низький показник вказує на втому пацієнтки, мінімальну життєздатність.

До підрахунку даної шкали, бали, які ми отримуємо в питаннях 23 та 27 перераховуються наступним способом (таб.2.3.3):

Таблиця 2.3.3

Схема перерахунку первинних балів для питань 23 та 27 питальника SF-36

Первинний бал питання 23 (VT23)	Перерахований бал питання 23 (VT23 ¹)	Первинний бал питання 27 (VT27)	Перерахований бал питання 2 (VT27 ¹)
1	6	1	6
2	5	2	5
3	4	3	4
4	3	4	3
5	2	5	2
6	1	6	1

Показник шкали життєвої активності вираховується за формулою 2.3.5:

$$VT = \frac{VT23^1 + VT27 + VT29 + VT31 - 4}{20} \times 100 \quad (2.3.5)$$

Соціальне функціонування (Social Functioning - SF) відображає наскільки соціальна активність пацієнта обмежена їх фізичним чи емоціональним станом. Низький показник вказує на виражене обмеження соціального життя, втрату соціального спілкування через погіршення емоційного та фізичного стану.

До підрахунку даної шкали, бали, які ми отримуємо в питанні 20 перераховуються наступним способом (таб.2.3.4):

Таблиця 2.3.4

Схема перерахунку первинних балів для питання 20 питальника SF-36

Первинний бал питання 20 (SF20)	Перерахований бал питання 20 (SF20 ¹)
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Значення шкали соціального функціонування вираховували за формулою 2.3.6:

$$SF = \frac{SF20^1 + SF32 - 2}{8} \times 100 \quad (2.3.6)$$

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE) відображає ступінь негативного впливу емоційного стану пацієнтки на виконання нею роботи чи інших повсякденних видів діяльності (зниження якості та об'єму виконаної роботи, витрачання більшої кількості часу на той же об'єм роботи). Низький показник вказує на значне обмеження повсякденної діяльності та роботи на фоні погіршення емоційного стану.

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом вираховують за формулою 2.3.7:

$$RE = \frac{\Sigma_{1-3}}{3} \times 100 \quad (2.3.7)$$

де Σ_1 – це сума балів за питання 17,18 та 19.

Психічне здоров'я (Mental Health - МН) відображає настрій пацієнтки, її депресивні та тривожні компоненти, сумарний результат позитивних переживань. Занижений показник вказує на превалювання тривожно-депресивних емоцій, психічну нестабільність.

До підрахунку даної шкали, бали, які ми отримуємо в питаннях 26 та 30 перераховуються наступним способом (таб.2.3.5):

Таблиця 2.3.5

Схема перерахунку первинних балів для питань 26 та 30

питальника SF-36

Первинний бал питання 26 (МН26)	Перерахований бал питання 26 (МН26 ¹)	Первинний бал питання 30 (МН30)	Перерахований бал питання 30 (МН30 ¹)
1	6	1	6
2	5	2	5
3	4	3	4
4	3	4	3
5	2	5	2
6	1	6	1

Показник шкали психічного здоров'я вираховували за формулою 2.3.8:

$$МН = \frac{МН24+МН25+МН26^1+МН29+МН30^1-5}{25} \times 100 \quad (2.3.8)$$

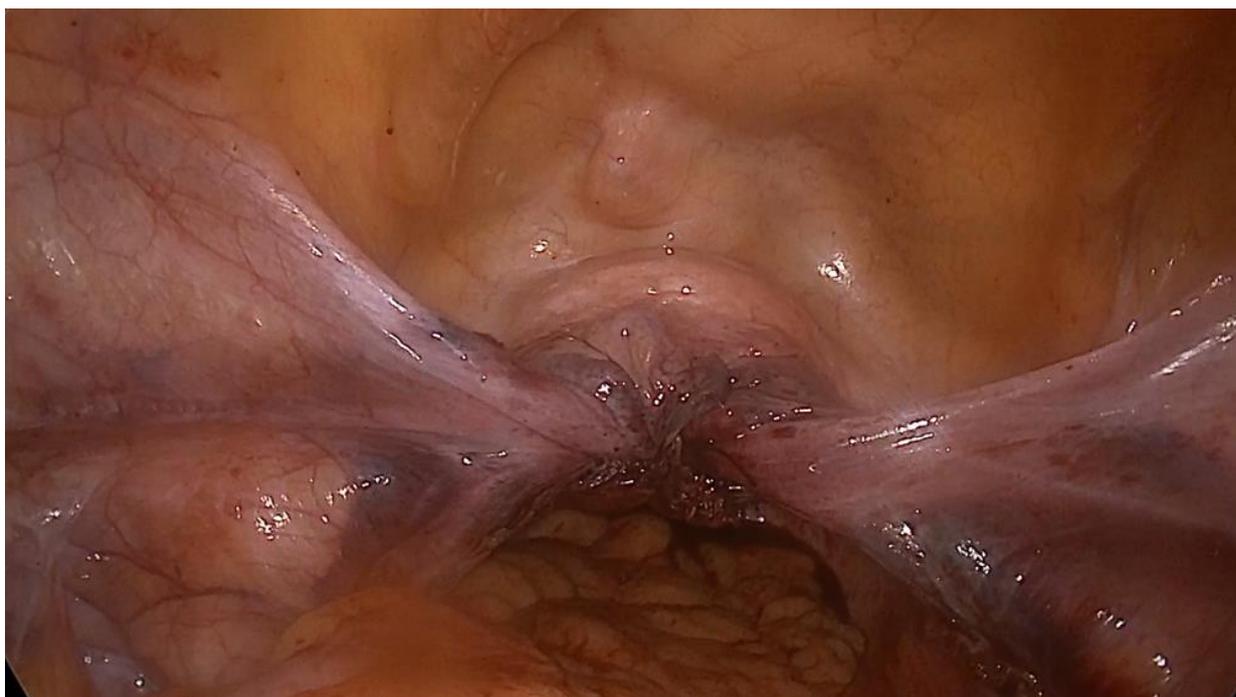
2.4 Методика відеолапароскопічної тотальної гістеректомії з додатками та методика білатеральної фіксації кукси піхви.

Суть цього методу оперативного лікування [62] полягає в тому, що під ендотрахіальним наркозом, через прокол в верхній біляпупковій ділянці в черевну порожнину заводять 10 мм троакар, накладають карбоксиперитонеум 12 mm Hg за методом Hasson. Також, там же у вільну черевну порожнину вводять тубус лапароскопа. Хвора переводиться в положення Тренделенбурга. Проводять ревізію: визначають наявність чи відсутність спайкового процесу в малому тазу, розміри матки, наявність чи відсутність лейоміом матки чи новоутворень додатків. В обох клубових ділянках встановлюють два 5мм троакари з маніпулятором. За необхідності - виконували вісцероліз монополярним гачком. За допомогою біполярної електрокоагуляції пересікаються: круглі, широка, воронко-тазові та кардинальні зв'язки матки. Сечоводи візуалізовані, відводяться латерально. Матка з шийкою відсікаються монополярним гачком на матковому маніпуляторі Клермон-Ферран, видаляється через піхву. Накладання інтракорпоральних швів на куксу піхви. І додатковим етапом є білатеральна фіксація (мал. 2.4.1): в черевну порожнину заводиться поліпропіленова сітка, середина якої фіксують до культі, а кінці сітки виводять екстраперітоніально і фіксують до апоневрозу зовнішнього косого м'язу живота з лівої та правої сторони.



Мал. 2.4.1 Фіксація сітки до кукси піхви

Перевірка на гемостаз та інші патологічні зміни. Перитонізація кукси з сіткою (мал. 2.4.2). Пошарове накладання швів на проколи та асептичні пов'язки [62].



Мал. 2.4.2 Перитонізація кукси піхви із зафіксованою сіткою

До переваг такого методу лікування можна віднести:

- Малоінвазивний метод має позитивний косметичний ефект, що супроводжується меншою кількістю післяопераційних ускладнень, зменшеним больовим синдромом та мінімальним періодом відновлення.
- Проведені ліжко-дні зводяться до мінімуму.
- Якщо порівнювати з вагінальним доступом – лапароскопія має кращу візуалізацію тканин і судин, що дозволяє мінімізувати крововтрату, додатково за необхідності зробити вісцероліз; а якщо стоїть діагноз ендометріоз – то мінімізувати інтраопераційні ускладнення.
- Підходить пацієнткам як при повному, так і при неповному вагінальному пролапсі.
- Використовуючи поліпропіленову сітку, ми «заміняємо» пошкоджений зв'язковий апарат, за рахунок екстраперітоніальної фіксації трансплантата до більш міцних структур, що зводить до мінімуму рецидив генітального пролапса та післяопераційні ускладнення.
- Екстраперітоніальне розміщення сітки в черевній порожнині ізолює її від органів, тим самим профілактує утворення нориць.

До недоліків можна віднести:

- Дороговартісне лапароскопічне обладнання.
- Під час операції в черевну порожнину вводять газ, та пацієнтка переводиться в положення Тренделенбурга – що є протипоказанням для ряду екстрагенітальних захворювань.

2.5 Методика відеолапароскопічно асистованої черезпихвової екстирпації матки з додатками в комбінації з кольпоперінеорафією та леваторопластиком.

Суть цього методу оперативного лікування полягає в тому, що в асептичних умовах під ендотрахіальним наркозом та контролем відеолапароскопічної візуалізації проводять ревізію органів малого тазу,

лапароскопічно проводиться розсічення круглих, широких, воронко-тазових та кардинальних зв'язок матки, але сама екстирпація проводиться через вагінальний роступ: виконується гідропрепаровка фізіологічним розчином, на 1.5 см вище зовнішнього вічка проводиться циркулярний розріз, із тупим відсепаруванням сечового міхура догори. Матка відсікається та видаляється разом із шийкою та придатками. Проводиться контроль гемостазу та ушивання очеревини вікріловими швами. Комбінований етап – відсепаровують слизову передньої та задньої стінки піхви, накладають шви на паравезикальну параректальну клітковину та зшивають слизову піхви, виконання леваторопластики. Контроль гемостазу, обробка післяопераційних швів повідон-йодом [63].

До переваг такого методу лікування можна віднести:

- Косметичний ефект, який зменшує больовий синдром та мінімілізує період відновлення.
- Проведені ліжко-дні зводяться до мінімуму.
- Така симультанна операція поєднує в собі і лапароскопічну чітку візуалізацію структур та судин, і вагінальне лікування пролапса органів малого тазу без додаткових сітчастих протезів, як наслідок – зниження больового синдрому в періоді після операції.
- Показана пацієнткам як при повному, так і при неповному вагінальному пролапсі.

До недоліків можна віднести:

- Дороговартісне лапароскопічне обладнання.
- Під час операції в черевну порожнину вводять газ – що є протипоказанням для ряду екстрагенітальних захворювань.
- В певний період пацієнткам на деякий період часу треба дотримуватись особливих правил гігієни та не рекомендовано приймати сидяче положення, що дещо ускладнює якість життя.

2.6 Методика вагінальної тотальної гістеректомії з додатками в комбінації з кольпорафією та леваторопластиком.

Вагінальна гістеректомія проводиться під спінальною анестезією та в декілька етапів: шийку матки виводять та фіксують на кульові щипці, роблять циркулярний розріз стінки піхви на границі переходу на шийку матки. Виконують задню та передню кольпотомію (їх послідовність можна змінювати), візуалізують сечоводи. Поетапне накладання затискачів на крижово-маткові зв'язки, їх перевязка та пересічення – так матка стає більш рухомою. Те саме відбувається із круглими зв'язками, власними зв'язками яєчників і матковими трубами (у тому випадку, якщо неможливо виділити придатки) або підвішуючі та круглі зв'язки (у випадку гістеректомії з придатками). Потім іде етап гістеректомії та ушивання рани. Комбінованим етапом слугує передня кольпорафія та\або задня кольпоперінеорафія. Виконавши гідрепарировку, виконують відсепарування перерозтягнутої слизової піхви, із наступним зануренням та ушиванням культі піхви [64].

До переваг можна віднести:

- Менший час виконання операції, відносно перших двох варіантів.
- Можливість проведення операції під епідуральною анестезією, що дозволяє хірургічне втручання навіть у жінок похилого та старечого віку.

До недоліків можна віднести:

- Обмежена рухомість матки - збільшення ризиків інтраопераційного травмування та кровотечі.
- Недостатній хірургічний доступ часто не дає можливості вивести та видалити яєчники і маткові труби – збільшення онкологічних ризиків у п\о періоді.
- Такий варіант операції протипоказан при раку шийки матки.

2.7 Статистична обробка отриманих даних

Результати проведених обстежень оцінювались методом описової статистики. Результати статистично оброблялись за допомогою програми Microsoft Excel XP (Microsoft Inc, США), MedStat (Пакет “MedStat”, Україна).

Кількісні дані відображені як середнє значення (M) та їх стандартні відхилення (SD), якісні дані відображені як частоти та їх відсотки.

Статистична достовірність всередині групи визначалась парним t-критерієм Стьюдента та критерієм Вілкоксона. Оцінка якісних показників проводилась із використанням точного критерію Фішера або критерій χ^2 Пірсона.

Матеріали, які викладені в даному розділі були оприлюднені в наступних наукових працях:

1. Martynenko VB, Hromova AM, Sheiko VD, Nesterenko LA, Zezekalo VM, Orlova YuA, Talash VV, Kachailo IA. Simultaneous laparoscopic operations in combination with gynecological and surgical pathology. World of medicine and biology. 2023; 3(85):138 - 142.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТОК ІЗ ГЕНІТАЛЬНИМ ПРОЛАПСОМ, ЯКИМ БУЛО ВИКОНАНО ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

3.1 Загальна характеристика пацієнток

Залежно від методу оперативного лікування генітального пролапсу, пацієнтки були поділені на 3 групи. В I групу було включено 42 пацієнток, яким було виконано лапароскопічну тотальну гістеректомію з додатками та білатеральну фіксацію кукси піхви сітчастим протезом; у II групу – 31 жінка, яким було виконано лапароскопічно асистовану тотальну гістеректомію з додатками в комбінації з вагінальною пластикою: кольпоперінеорафія та леваторопластика; і в III групу – 30 пацієнтки, яким було виконано вагінальну екстирпацію матки з додатками в поєднанні з кольпоперінеорафією та леваторопластиком.

Під час збору анамнезу всіх трьох груп хворих нами отримані наступні дані: вік жінок коливався від 47 до 76 та в середньому в I групі склав $58,5 \pm 11,5$ років, II групи склав $64,5 \pm 8,5$ років, і III група - в середньому склав $68,5 \pm 7,5$ років. Середній показник віку в групах достовірно відрізнявся ($p < 0,05$). Більшість пацієнток були в менопаузальному періоді (менопауза більше 5 років - 36,7 %, більше 10 років - 46,6%).

Таблиця 3.1.1

Характеристика пацієнток за віком

	40-49	50-59	60-69	70-79	всього
I група	4(9,52%)	14(33,33%)	16(38,09%)	8(19,04%)	42
II група	1(3,22%)	10(32,25%)	13(41,93%)	7(22,58%)	31
III група	0	7(23,33%)	10(33,33%)	13(43,33%)	30

Таким чином, дивлячись на результати таблиці 3.1, можна зробити висновок, що жінки по віку в трьох групах суттєво не відрізнялись.

Щодо професійного анамнезу – більшість пацієнток мали або мають переважно фізичну роботу : в I гр 19 (45,23%) пацієнток; в II гр 21 (67,74%) і в III гр 19 (63,33%) пацієнток. Можна припустити, що в цих пацієнток однією з причин розвитку пролапса органів тазового дна може бути важка фізична праця та фізичне перевантаження на роботі, що є одним із провідних факторів розвитку ГП.

Вид професійної діяльності

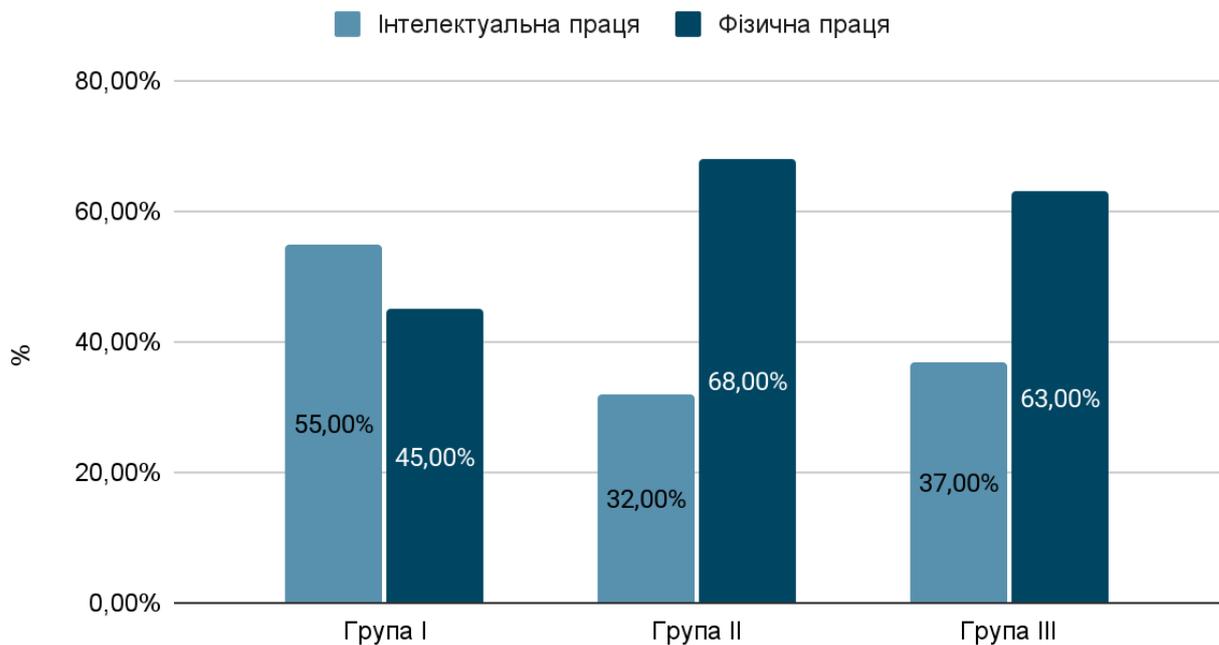


Рис. 3.1.1. Професійний анамнез.

Щодо репродуктивного анамнезу – більшість пацієнток із усіх груп мали пологи та аборти. Кількість пологів на одну жінку склав: у I гр – $2,75 \pm 0,25$, (з них шляхом кесарського розтину – $1,25 \pm 0,5$), абортів – $2,5 \pm 0,5$; у II гр – $2,5 \pm 0,5$ пологів (з них шляхом кесарського розтину – $0,5 \pm 0,5$), абортів – $2,5 \pm 1,5$; у III гр – $3,0 \pm 2,0$ пологів (з них шляхом кесарського розтину – $0,5 \pm 0,5$), абортів – $3,5 \pm 1,5$. Таких, що не народжували: у I гр – 5 жінок (11,90%), з II гр - 3 жінки (9,67%), і з III гр - 4 жінки (13,33%). Всі дані викладені в таб. 3.1.2.

Таблиця 3.1.2

Кількість пологів та абортів серед обстежуваних жінок

	Кількість пологів на 1 жінку	Кількість абортів на 1 жінку	Пацієнтки, що не народжували
I група	2,5±0,5	2,5±0,5	5 (11,90%)
II група	2,5±0,5	2,6±1,5	3 (9,67%)
III група	3,0±2,0	3,5±1,5	4 (13,33%)

Таким чином, суттєвої різниці між групами щодо репродуктивного анамнезу виявлено не було.

3.2 Соматична патологія

Аналізуючи анамнез та характер захворювань слід відзначити, що в 17 пацієнток (40,47%) із I групи не виявлено соматичної патології. У 9 пацієнток (21,42%) I групи були виявлені захворювання серцево-судинної системи, а саме: артеріальна гіпертензія – 8 (19,04%), різні форми ішемічної хвороби серця – 4 (9,52%), порушення ритму – 1 (2,38%), кардіоміопатія – 2 (4,76%), серцева недостатність – 2 (4,76%) пацієнток. Хвороби дихальної системи: хронічне обструктивне захворювання легень – 4 (9,52%), бронхіальна астма – 3 (7,14%), залежність від тютюнопаління – 18 (42,85%), хронічний бронхіт – 11 (26,19%). Ожиріння виявлено в 13 пацієнток (30,95%). Хронічний закріп – 14 (33,33%) пацієнтки.

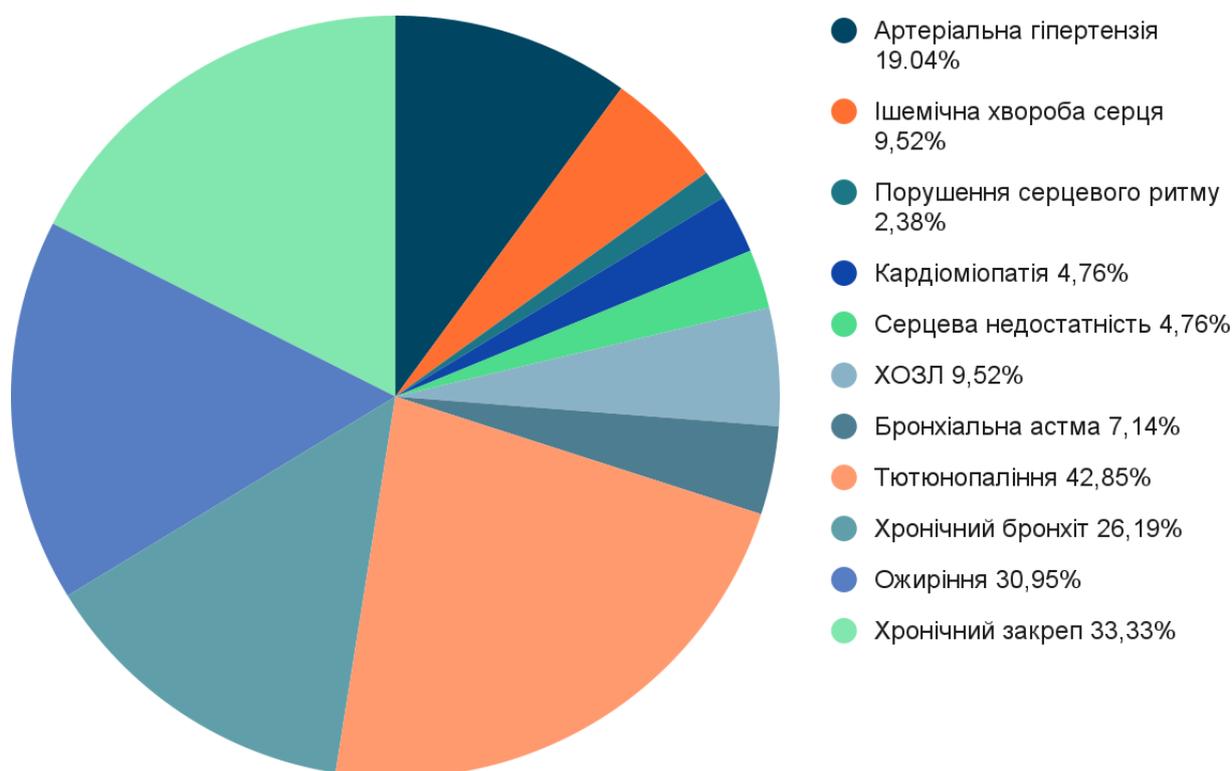


Рис. 3.1.2 (1). Відсоткове співвідношення соматичної патології у жінок I групи

При аналізі захворювань пацієнок II групи, 9 пацієнок (29,03%) із II групи не виявлено соматичної патології. У 13 пацієнок (41,90%) II групи були виявлені захворювання серцево-судинної системи, а саме: артеріальна гіпертензія – 11 (35,85%), різні форми ішемічної хвороби серця – 7 (22,58%), порушення ритму – 1 (3,22%), кардіоміопатія – 4 (12,90%), серцева недостатність – 5 (16,12%) пацієнок. Хвороби дихальної системи: хронічне обструктивне захворювання легень – 2 (6,45%), бронхіальна астма – 3 (9,67%), залежність від тютюнопаління – 12 (38,70%), хронічний бронхіт – 7 (22,58%). Ожиріння виявлено в 16 пацієнок (51,61%). Хронічний закреп – 6 (19,35%) пацієнтки.

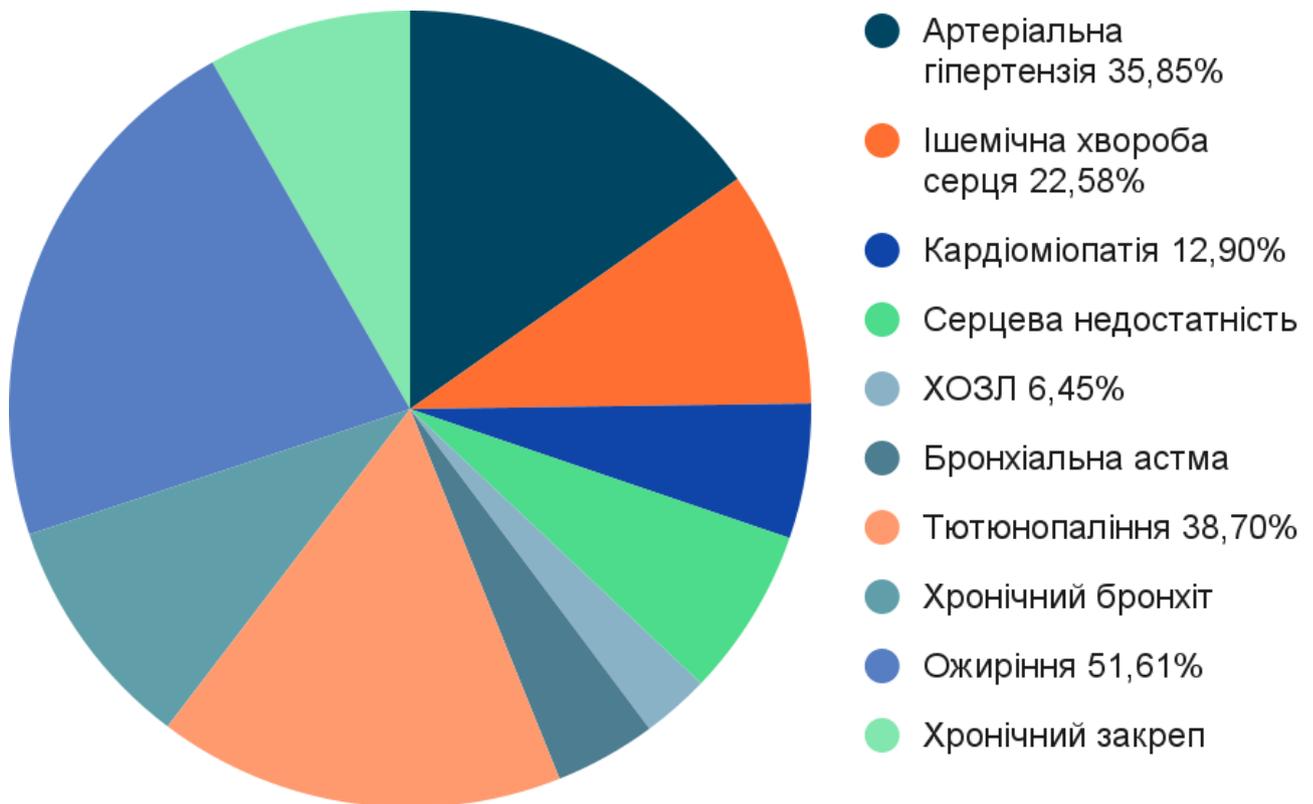


Рис. 3.1.2 (2). Відсоткове співвідношення соматичної патології у жінок II групи

Щодо пацієнток III групи: у 4 пацієнток (12,90%) не виявлено соматичної патології. У 17 пацієнток (56,66%) III групи були виявлені захворювання серцево-судинної системи, а саме: артеріальна гіпертензія – 13 (43,33%), різні форми ішемічної хвороби серця – 12 (40%), порушення ритму – 3 (10%), кардіоміопатія – 7 (23,33%), серцева недостатність – 6 (20%) пацієнток. Хвороби дихальної системи: хронічне обструктивне захворювання легень – 3 (10%), бронхіальна астма – 6 (20%), залежність від тютюнопаління – 7 (23,33%), хронічний бронхіт – 14 (46,66%). Ожиріння виявлено в 11 пацієнток (36,66%). Хронічний закреп – 8 (26,66%) пацієнтки.

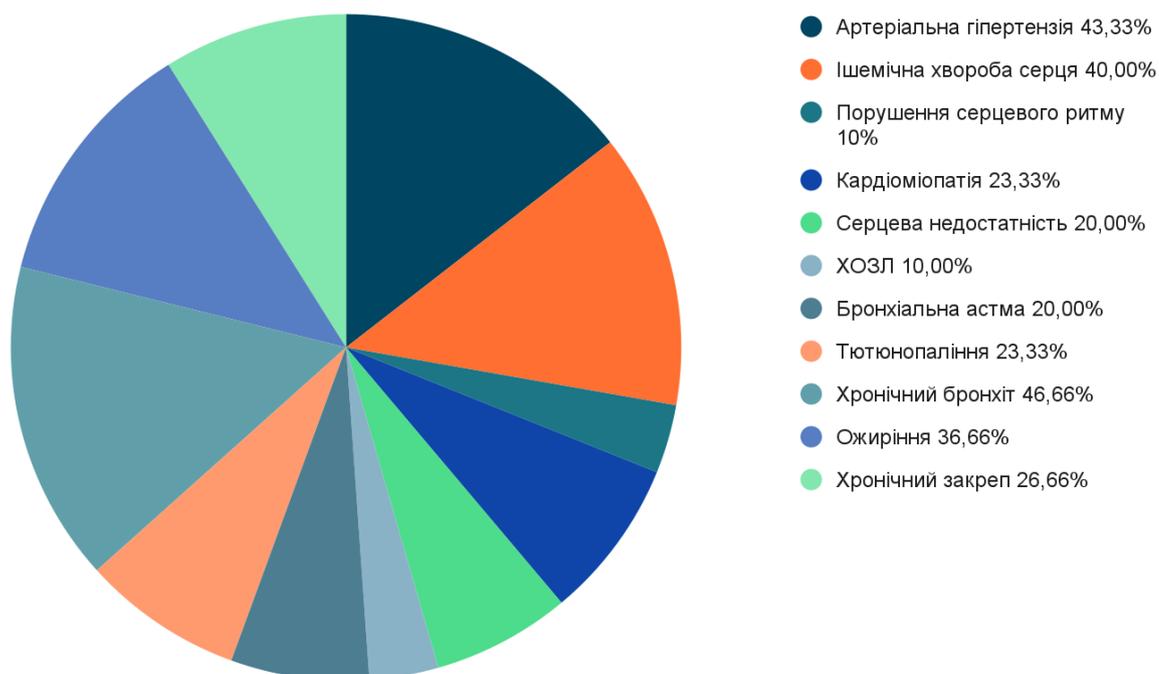


Рис. 3.1.2 (3). Відсоткове співвідношення соматичної патології у жінок III групи

Через виражений ступінь соматичної патології 5 пацієток віднесли до III групи через високий ступінь хірургічного та анестезіологічного ризику оперативного лікування, порівняно з I та II групами.

Загалом характер соматичних захворювань показаний у таб. 3.1.3.

Таблиця 3.1.3

Екстрагенітальні захворювання в пацієток із ГП, яким було проведено оперативне лікування

групи	I група	II група	III група
захворювання			
Серцево-судинна система	9 (21,42%)	13 (41,90%)	17 (56,66%)
Сечовидільна система	18 (42,85%)	21 (67,74%)	23 (76,66%)
Дихальна система	25 (59,52%)	21 (67,74%)	19 (63,33%)
Шлунково-кишкова система	28 (66,66%)	19 (61,29%)	22 (73,33%)
Ендокринна система	13 (30,95%)	16 (51,61%)	11 (36,66%)
Нервова система	6 (14,28%)	6 (19,35%)	7 (23,33%)

Таким чином, в III групі дещо більше відсоток пацієнок із різними соматичними хворобами, в порівнянні з I та II групою – 86,66%:59,52%:70,96%, У жінок із генітальним пролапсом, які підлягали оперативному лікуванню, найчастіше зустрічаються захворювання сечовидільної, шлунково-кишкової та дихальної системи. Високий відсоток захворюваності серцево-судинної системи обумовлений похилим віком пацієнок.

Гінекологічно-акушерський анамнез.

Середній вік початку менархе в обстежених пацієнок становив: в I групі – $13,1 \pm 1,3$ роки; в II групі – $14,1 \pm 1,2$ роки ; в III групі – $13,25 \pm 1,4$ роки.

Тривалість захворювання на генітальний пролапс у I групі в середньому становить $6,1 \pm 1,4$ роки, в II групі – $6,8 \pm 1,3$ роки, і в III групі – $7,4 \pm 1,4$ роки.

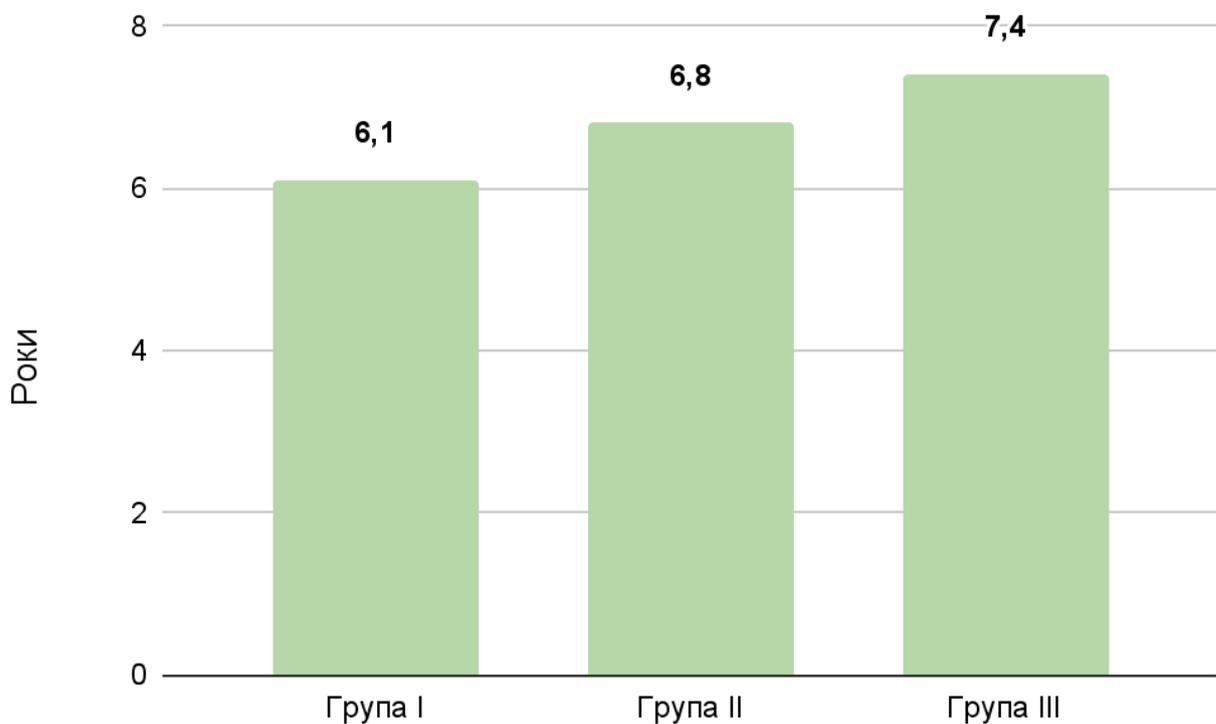


Рис. 3.1.3 Тривалість захворювання на неспроможність м'язів тазового дна в обстежуваних жінок

Гінекологічні операції перенесли 18 жінок (42,85%) з I групи, 14 жінок (45,16%) з II групи і 13 жінки (43,33%) з III групи (табл. 3.1.4).

Таблиця 3.1.4

Види перенесених гінекологічних оперативних втручань пацієнок із ГП

	I група	II група	III група
Кесарський розтин	6	7	6
Операції на придатках	4	3	5
Консерватина міомектомія	2	1	0
Гістерорезектоскопія	6	3	2

Дані передопераційних гістологічних досліджень матеріалів із порожнини матки шляхом гістероскопії показали: у 13 пацієнок I гр, 11 пацієнок II гр і 12 пацієнок III гр – виявлено залозисту або залозисто-кістозну гіперплазію ендометрію (мал. 3.1.2); у 10 пацієнок I гр, 7 пацієнок II гр та 5 пацієнок III гр – залозистий поліп ендометрію (мал.3.1.1); у 13 пацієнок I гр, 14 пацієнок II гр і 19 пацієнок III гр – виявлено хронічний ендометрит; у 3 пацієнок I гр, 1 пацієнки II гр і 2 пацієнок III гр – виявлено аденоматозну гіперплазію ендометрію; у 4 пацієнок I гр, 2 пацієнок II гр і 3 пацієнок III гр – виявлено волокна міоматозного вузла.

Таблиця 3.1.5

Показання до тотальної гістеректомії з додатками

	I група	II група	III група
Лейоміома матки	12(28,57%)	15(48,38%)	14(46,66%)
Рецидивуючі поліпи ендометрія	4(9,52%)	2(6,45%)	2(6,66%)
Передракові стани шийки матки	3(7,14%)	4(12,90%)	6(20%)
АМК	20(47,61%)	7(22,58%)	6(20%)
Передракові стани ендометрію	3(7,14%)	3(9,67%)	2(6,66%)
Кістозні зміни яєчників	9(21,42%)	15(48,38%)	13(43,33%)
Різноманітні кісти яєчників	29(69,04%)	11(35,48%)	9(30%)
Розростання на поверхні яєчників	4(9,52%)	5(16,12%)	8(26,66%)



Мал. 3.1.1 Поліпоз слизової оболонки матки, виявлений під час гістероскопії (пацієнтка К, 53р., ІХ №1009)



Мал. 3.1.2 Вогнищева гіперплазія та поліпи, виявлені під час гістероскопії (пацієнтка М, 56р., ІХ №563)

В анамнезі гормональна терапія застосовувалась у 22 жінок з I гр, 16 жінок із II гр та 12 жінок із III гр, використовували комбіновані оральні контрацептиви та різноманітні види гестагенів або гормонвмісні внутрішньоматкові системи.

Визначення ступеню генітального пролапса за системою кількісного визначення пролапса тазових органів (POPQ).

Для визначення ступеня неспроможності органів тазового дна ми використовували систему POPQ, результати передопераційного дослідження зазначені в таблиці 3.1.6

Таблиця 3.1.6

Ступені та види генітального пролапса в обстежуваних жінок

	I група	II група	III група
I ступінь	5(11,90%)	0(0%)	0(0%)
II ступінь	12(28,57%)	7(22,58%)	4(13,33%)
III ступінь	18(42,85%)	11(35,48%)	10(33,33%)
IV ступінь	7(16,6%)	13(41,93%)	16(53,33%)
Цистоцеле	6(14,28%)	5(16,12%)	6(20%)
Ректоцеле	3(7,14%)	4(12,90%)	1(3,33%)
Повне випадіння	33(78,57%)	22(70,96%)	23(76,66%)

Таким чином можна звернути увагу, що повне випадіння матки (75,39%) превалювало над ізольованими цисто- або ректоцеле, що має вплив на вибір методу та об'єму оперативного лікування. Також можна прослідкувати, що в II та III групах переважав повний генітальний пролапс, у той час як в I групі частіше зустрічається неповний генітальний пролапс.

3.3 Результати загального клініко-лабораторного дослідження

Оцінювались загальні показники клініко-лабораторних обстежень перед запланованим хірургічним лікуванням. Значних відхилень виявлено не було:

залізодефіцитна анемія зустрічалась у 10 (23,80%) жінок I групи, 6 (19,35%) жінок II групи та 4 (13,33%) жінок III групи. Решта показників - у межах допустимої норми. Біохімічний аналіз відобразив нормальні показники функціонування печінкової та ниркової функції.

Окремо звернуло на себе увагу відхилення в коагулограмі пацієнток із ГП: час згортання венозної крові, протромбіновий час (ПТЧ), активований частковий тромбoplastиновий індекс (АЧТЧ) та концентрація фібриногену, що наведені в таблиці 3.1.7.

Таблиця 3.1.7

Результати коагулограми обстежених жінок

Показник	I група	II група	III гр
Час згортання крові, хв	7,4±1,1	7,9±0,8	8,3±1,2
АЧТЧ, с	35,23±1,14	34,19±1,6	37,06±2,2
ПТЧ, с	92±2,5	98±1,5	101±1,5
Фібриноген, г\л	3,3±0,6	3,7±0,4	3,9±0,2

Показники фібриногену перевищували нормальний показник у всіх групах жінок, що вказує на їх схильність до гіперкоагуляції, що потрібно враховувати задля уникнення ускладнень під час операції та в післяопераційному періоді.

Патологічні зміни з боку сечовидільної системи та з боку статевої системи відносяться до генітоуринарного синдрому. До нього відносять: синільний кольпіт, рецидивні вагінальні виділення, кров'яністі виділення, диспареунію – прояв вагінальної атрофії, дизуричні порушення – прояв цистоуретральної атрофії: полакіурію, ніктурію, цисталгію

(гіперактивний сечовий міхур), рецидивні сечові інфекції, а також таке найбільш негативне явище у фізичному та психологічному плані, як нетримання сечі (імперативне, стресове, змішане), яке призводить до різкого зниження якості життя, негативно впливаючи на всі його аспекти і стаючи причиною хронічного стресу, обмеження соціальної активності та психічних розладів [98,99,100].

Для лікування генітоуринарного синдрому досліджували також сечу, її якісний та кількісний склад, результати представлені в таблиці 3.1.8.

Таблиця 3.1.8

Результати загального аналізу сечі обстежуваних жінок

Показник	I група	II група	III група
Лейкоцитурія	24(57,14%)	19(61,29%)	20(66,66%)
Протеїнурія	6(14,28%)	7(22,58%)	8(26,66%)
Гематурія	11(26,19%)	4(12,90%)	6(30%)
Бактеріурія	13(30,95%)	11(35,48%)	11(36,66%)

Тим жінкам, у яких було виявлено лейкоцитурію та бактеріурію, додатково брали посів сечі на стерильність для призначення ефективного антибактеріального лікування. Також високий відсоток лейкоцитурії може вказувати на хронічні захворювання сечостатевої системи (уретрит, цистит, кольпіт, бактеріальний вагіноз та кандидоз піхви), утруднене сечовипускання. Серед трьох груп обстежуваних жінок найчастіше виявлялась *Escherichia coli* (44%), *Enterococcus faecalis* (18%) та *Staphylococcus saprophyticus* (9%). На фоні хронічних рецидивуючих захворювань сечовидільної системи відмічались скарги: сухість, свербіж та печіння в ділянці статевих органів $72,3 \pm 4,5\%$ жінок; часті позиви до сечопуску $58,4 \pm 5,6\%$; стресове нетримання сечі $33,8 \pm 6,4\%$; диспареунія $41,5 \pm 4,8\%$; хронічні рецидивуючі захворювання сечостатевої системи $22,7 \pm 7,3\%$.

Робили порівняння між групами і відмітили, що в жінок III та II групи тяжчі прояви генітоуринарного синдрому, в порівнянні з I групою в 1,5 рази, що було пов'язано з більш тривалим перебігом генітального пролапсу та більш вираженим ступенем самого захворювання.

Проводили тест Вальсальви для підтвердження чи спростування стресового нетримання сечі (СНС) в пацієток із генітальним пролапсом. Позитивний результат був виявлений у 9 (21,42%) жінок I групи, 8 (25,80%)

жінок II групи та 8 (26,66%) жінок III групи. Можна зробити висновок, що частота захворюваності на СНС підвищується із більшою вираженістю неспроможності м'язів тазового дна.

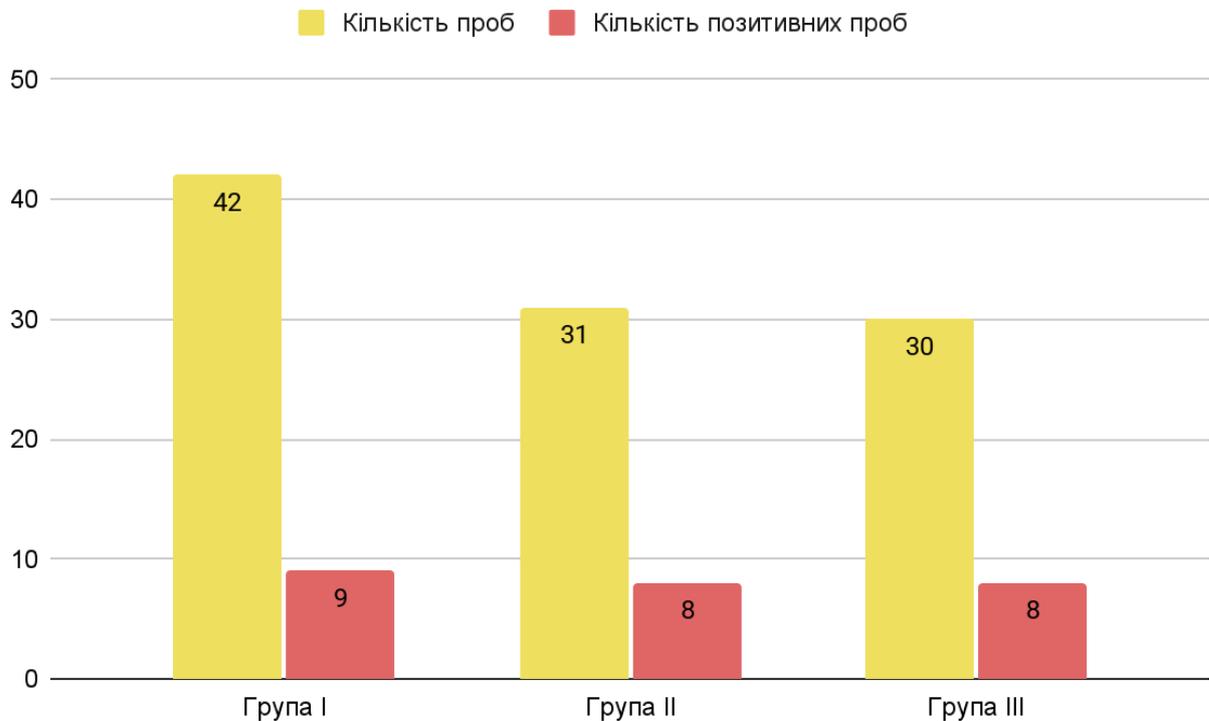


Рис. 3.1.4 Статистичні дані тесту Вальсальви в групах обстежуваних жінок

Стан слизової піхви

Для визначення стану слизової піхви проводили забір мазків на флору, на цитологію та на гормональне дзеркало (гормональна кольпоцитограма), виконано кольпоскопію.

Збір матеріалу на урогенітальний мазок ми проводили на початку лікування для оцінки наявності запального процесу та патогенних збудників у сечостатевих органах. Результати даного дослідження в межах норми були виявлені в 28 (66,66%) жінок I групи, 17 (54,83%) жінок II групи та 11 (36,66%) жінок III групи. Підвищена кількість лейкоцитів була виявлена в 13 (30,95%) жінок I групи, 14 (45,16%) жінок II групи та 19 (63,33%) жінок III групи. Дріжджеподібні гриби в мазку були виявлені в 8 (19,04%) жінок I групи, 5

(16,12%) жінок II групи та 5 (16,66%) жінок III групи. Паличкова мікрофлора зустрічалась у 28 (66,66%) жінок I групи, 17 (54,83%) жінок II групи та 11 (36,66%) жінок III групи. Кокова флора була відмічена в 5 (11,90%) жінок I групи, 8 (25,80%) жінок II групи та 11 (36,66%) жінок III групи. Змішана флора виявлена в 8 (19,04%) жінок I групи, 6 (19,35%) жінок II групи та 8 (26,66%) жінок III групи (таб. 3.1.9)

Таблиця 3.1.9

Результати урогенітального мазка в обстежуваних жінок

	I група	II група	III група
Підвищені лейкоцити	13 (30,95%)	14 (45,16%)	19 (63,33%)
Кокова флора	5 (11,90%)	8 (25,80%)	11 (36,66%)
Змішана флора	8 (19,04%)	6 (19,35%)	8 (26,66%)
Слиз (знижено)	6 (14,28%)	13 (41,93%)	17 (56,66%)
Дріжджеподібні гриби	8 (19,04%)	5 (16,12%)	5 (16,66%)

Слід зазначити, що в жінок III групи в 1,4 рази частіше в порівнянні з II групою, та в 2 рази частіше в порівнянні з I групою, виявлялись запальні процеси слизової піхви. Скоріш за все це пов'язано із подразненням слизової при генітальному пролапсі, які погіршуються з віком та затяжною тривалістю захворювання.

При цитологічному дослідженні виявлено: в I групі I тип мазка в 28 (66,66%) жінок, II тип мазка в 13 (30,95%), III тип в 3 (7,14%), IV тип мазка в 2 (4,76%); в II групі I тип мазка в 17 (54,83%), II тип мазка в 14 (45,16%), III тип мазка в 4 (12,90%), IV тип мазка в 2 (6,45%); в III групі I тип мазка в 11 (36,66%), II тип мазка в 19 (63,33%), III тип мазка в 6 (20%) та IV тип мазка в 3 (10%) (рис. 3.1.5).

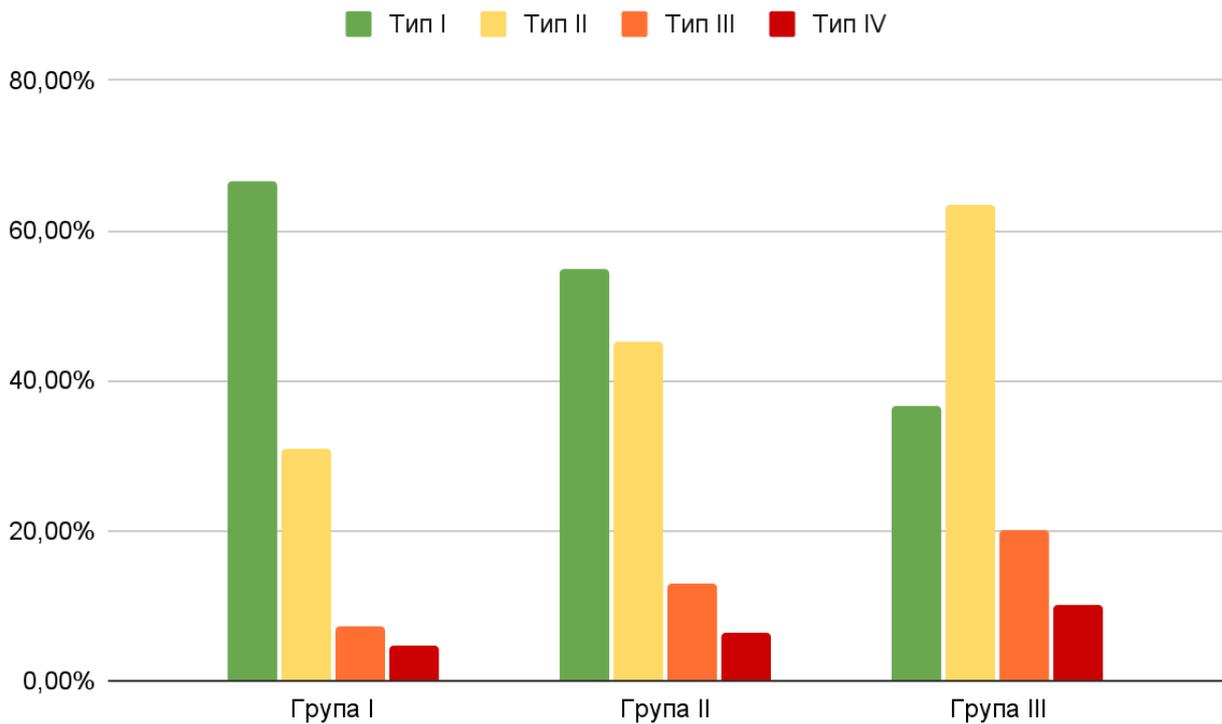


Рис. 3.1.5 Результати цитологічного дослідження

Можна звернути увагу, що в III групі жінок преволював II тип мазку, в той час як у I та II групі в основному спостерігалась нормальна цитологічна картина (I тип).

Виконували кольпоцитологічне дослідження серед жінок I групи з метою оцінки гормонального стану клітин слизової піхви та наступною місцевою гормональною корекцією поместринвмісними препаратами в післяопераційному періоді. Мазок проліферативного типу було виявлено в 19 (45,23%) жінок, проміжного типу було виявлено в 6 (14,28%) жінок, змішаного типу було виявлено в 10 (23,80%) жінок, атрофічного типу був виявлений у 7 (16,66%) жінок.

Кольпоскопічно ми досліджували пацієнток на наявність запалення шийки матки, ерозій, дисплазій, поліпів чи кіст. Нормальну кольпоскопічну картину відмічено в 22 (52,38%) жінок I групи, 13 (41,93%) жінок II групи та 9 (30%) жінок III групи. Запальні зміни помічено в 7 (16,66%) жінок I групи, 6 (19,35%) жінок II групи та 6 (20%) жінок III групи. Ектопія циліндричного епітелію відмічалась у 6 (14,28%) жінок I групи, 3 (9,67%) жінок II групи та 2 (6,66%) жінок III групи.

жінок III групи. Доброякісні новоутворення, такі як поліпи чи наботові кісти, були в 7 (16,66%) жінок I групи, 4 (12,90%) жінок II групи та 5 (16,66%) жінок III групи. Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN I, II та III) була діагностована в 8 (19,04%) жінок I групи, 5 (16,12%) жінок II групи та 6 (20%) жінок III групи. Передракові зміни тканин (лейкоплакія, кондиломи та фонові захворювання шийки матки) були виявлені в 3 (7,14%) жінок I групи, 4 (12,90%) жінок II групи та 5 (16,66%) жінок III групи (таб. 3.1.10).

Таблиця 3.1.10

Результати кольпоскопічного обстеження жінок

	I група	II група	III група
Нормальна кольпоскопічна картина	22 (52,38%)	13 (41,93%)	9 (30%)
Запальні зміни	7 (16,66%)	6 (19,35%)	6 (20%)
Ектопія циліндричного епітелію	6 (14,28%)	3 (9,67%)	2 (6,66%)
Доброякісні новоутворення	7 (16,66%)	4 (12,90%)	5 (16,66%)
Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія	8 (19,04%)	5 (16,12%)	6 (20%)
Передракові зміни	3 (7,14%)	4 (12,90%)	5 (16,66%)

Можна прослідкувати, що більшість жінок у I групі не мали захворювань шийки матки, в той час як в II та III групах кожна третя жінка мала відхилення при кольпоскопічному дослідженні.

Результати УЗД та МРТ органів черевної порожнини та малого тазу

Дані методи обстеження проводились для додаткової верифікації супутніх діагнозів, кращої візуалізації структур тазового дна та анатомічних змін у внутрішніх органах. Найчастіше зустрічалась екстрагенітальна патологія

дихальної (26,21%) та травної системи (18,44%), та проблеми з ожирінням (24,27%) серед усіх обстежених жінок.

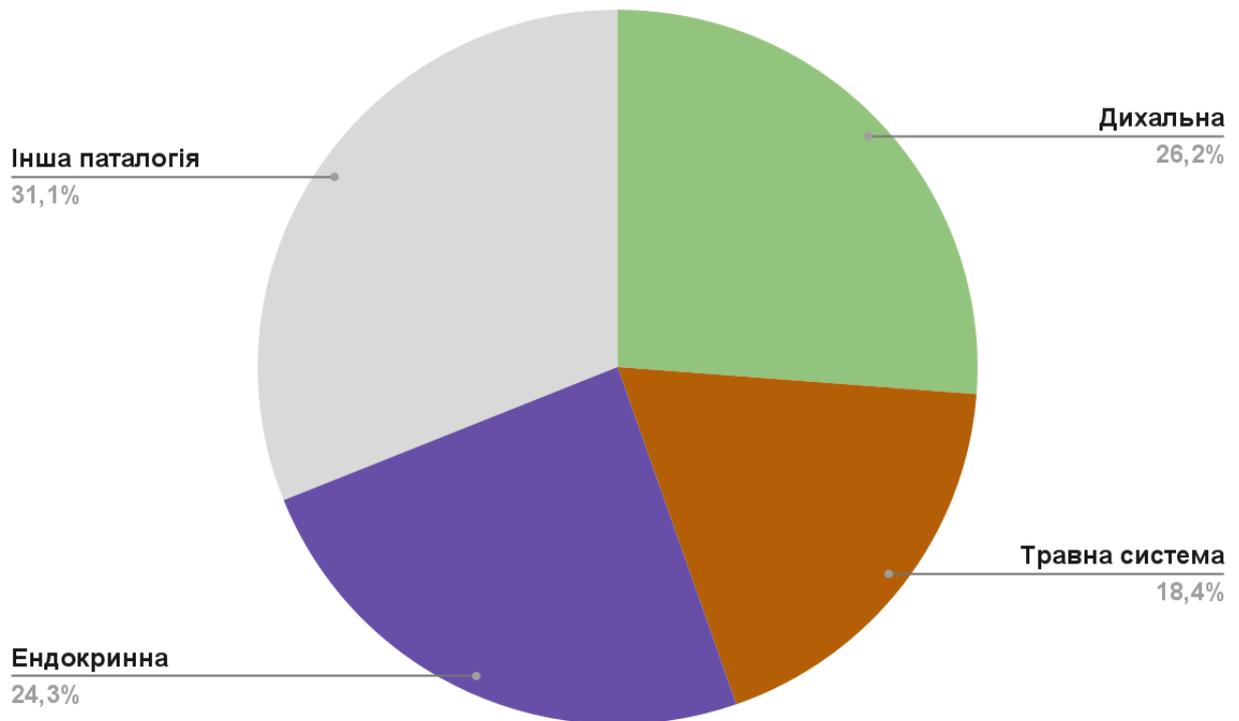


Рис. 3.5 Результати МРТ досліджень по органам і системам досліджуваних жінок із ГП

Тест Вальсальви проводили і під контролем УЗД, спостерігали за міграцією внутрішніх органів та структур малого тазу задля вибору оптимальної тактики лікування жінок із генітальним пролапсом.

Таким чином, можна побачити, що при додаткових інструментальних обстеженнях частіше всього зустрічались захворювання дихальної та травної системи, а також ожиріння в усіх трьох групах, що може бути однією з причин наявності генітального пролапсу в даних жінок.

Матеріали даного розділу оприлюднені в наступній науковій праці:

1. V. M. Dudchenko, A. M. Hromova. Evaluation of long-term results of videolaparoscopic radical hysterectomy with appendices and bilateral fixation of the vaginal stump in women with genital prolapse. World of medicine and biology. 2024; 4 (90): 48-52.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ПАЦІЄНТОК У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Неспроможність м'язів тазового дна є одним із провідних захворювань серед жіночого населення, особливо це стосується тих, які народжували, в них ГП зустрічається до 35%, перименопаузальних та менопаузальних пацієнток, до 40% та до 50% відповідно [92,93].

Загалом, хірургічне лікування ГП із використання лише аутологічних тканин - пов'язане з високим відсотком рецидивів у довгостроковому плані [94, 95, 96]. Тому в нашому дослідженні ми проводили порівняльну характеристику оперативних втручань вагінальним доступом та абдомінальним із застосуванням поліпропіленових трансплантатів на основі післяопераційних обстежень через 6 та 12 місяців після хірургічного лікування.

Визначали наявність рецидивів при вагінальному та бімануальному обстеженні та за системою POP-Q, та з'ясували, що через 6 місяців у I групі жінок відмічався 1 (2,38%) випадок, 2 (6,45%) випадка у II групі та 1 (3,33%) випадок рецидиву генітального пролапсу в III групі. А також через 12 місяців було виявлено ще 1 (2,38%) випадок у I групі, ще 1 (3,22%) випадок у II групі та ще 2 (6,66%) випадки рецидивів у III групі (Рис. 4.1).

Таким чином, можна зробити висновок, що найменший відсоток рецидивів був у I групі жінок.

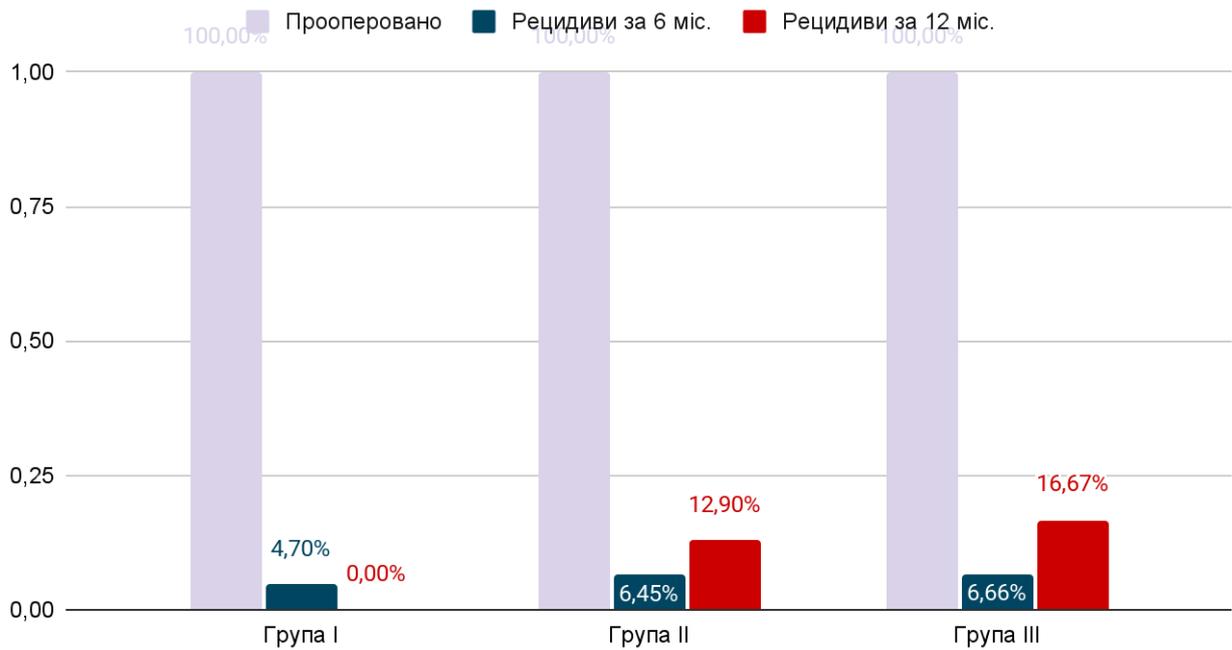


Рис. 4.1 Кількість післяопераційних рецидивів

Також оцінювали загальні клініко-лабораторні показники. Покращились показники червоної крові: через 6 місяців залізодефіцитна анемія була виявлена у 3 (7,14%) жінок I групи, 3 (9,67%) жінок II групи та в 4 (13,33%) жінок III групи; через 12 місяців залізодефіцитна анемія зберігалась у 1 (2,38%) жінки з I групи, 2 (6,45%) жінок II групи та 3 (10%) жінок III групи.

При аналізі коагулограм було відзначено, що через 6 місяців у I групі жінок відмічалось 3 (7,14%) випадки, в II групі 2 (6,45%) випадки та 2 (6,66%) випадки в III групі тенденції до гіпокоагуляції, проте через 12 місяців ці показники скоротились до: 0 випадків у I групі, 1 (3,22%) випадок у II групі та 1 (3,33%) випадок у III групі. Біохімічний аналіз крові через 6 та 12 місяців залишився в межах норми у всіх обстежених жінок. Можна зробити висновок, що на фоні проведеного оперативного лікування відбуваються покращення в показниках згортальної системи крові.

На фоні проведено додаткового етапу консервативного лікування - а саме місцеве застосування промєстринвмісних свічок (по 10 мг промєстрину вагінально 1 раз на ніч протягом місяця починаючи з 3 післяопераційного дня)

ми помітили покращення самопочуття в результатах кольпоцитології та урогенітального мазка, загальному аналізі сечі, даних вагіноскопії.

Під час аналізу результатів урогенітального мазка (таб. 4.1) було відмічено покращення результатів у порівнянні з передопераційними показниками:

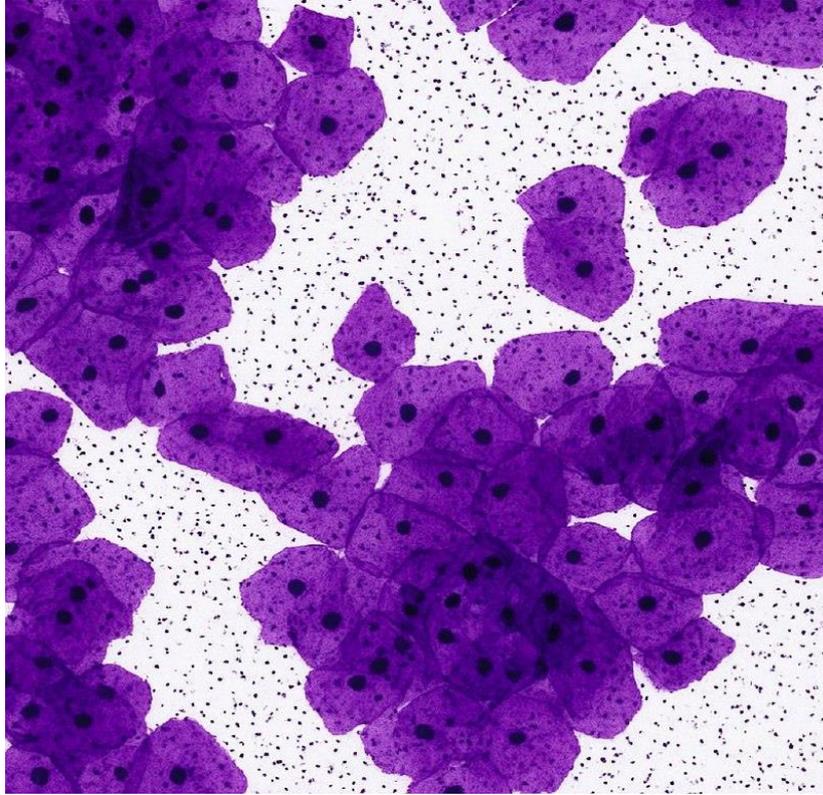
Таблиця 4.1

Результати урогенітального мазка в обстежуваних хворих

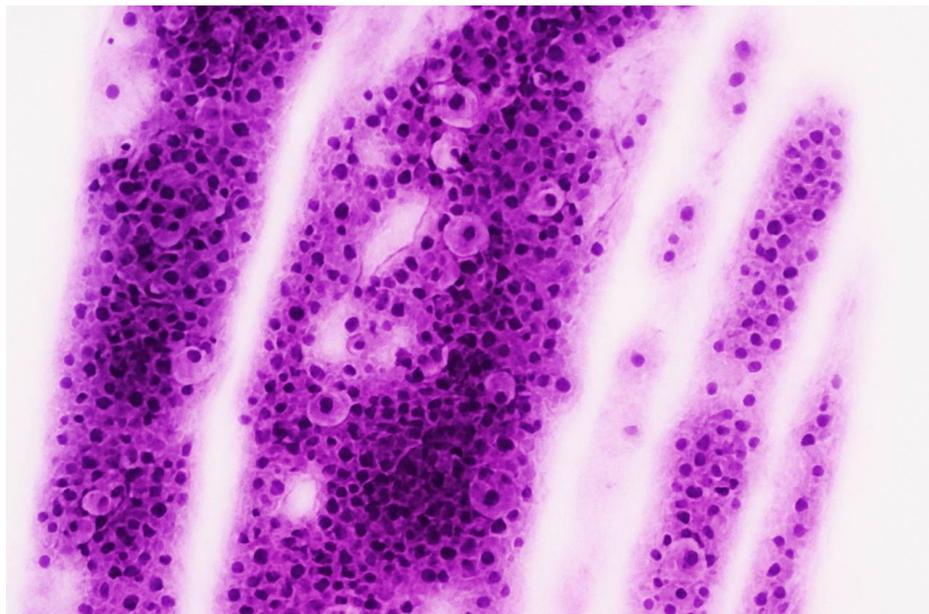
	I гр через 6 міс	I гр через 12 міс	II гр через 6 міс	II гр через 12 міс	III гр через 6 міс	III гр через 12 міс
Підвищені лейкоцити	5 (11,90%)	3 (7,14%)	4 (12,90%)	5 (16,12%)	7 (23,33%)	6 (20%)
Кокова флора	2 (4,76%)	2 (4,76%)	3 (9,67%)	4 (12,90%)	5 (16,66%)	4 (13,33%)
Змішана флора	4 (9,52%)	2 (4,76%)	3 (9,67%)	3 (9,67%)	4 (13,33%)	4 (13,33%)
Слиз (знижено)	3 (7,14%)	2 (4,76%)	5 (41,93%)	6 (19,35%)	7 (23,33%)	9 (30%)і
Дріжджеп одібні гриби	2 (4,76%)	2 (4,76%)	3 (9,67%)	3 (9,67%)	3 (10%)	3 (10%)

На фоні проведено додаткового етапу консервативного лікування серед 21 жінки I групи - а саме місцеве застосування промєстринвмісних свічок (по 10 мг промєстрину вагінально 1 раз на ніч протягом місяця починаючи з 3 післяопераційного дня) ми помітили покращення: під час аналізу результатів кольпоцитологічного мазка з метою оцінки гормонального стану клітин слизової піхви було відмічено покращення результатів у порівнянні з показниками жінок, яким не проводилось гормональне лікування: через 6 місяців після оперативного та консервативного лікування мазок проліферативного типу (мал. 4.1) було виявлено в 10 (47,61%) жінок, проміжного типу було виявлено в 9 (42,85%)

жінок, змішаного типу було виявлено в 2 (9,52%) жінок, атрофічного типу мазків не було (мал. 4.2) у порівнянні з жінками без консервативного лікування: проліферативний тип - 4 (19,04%), проміжний тип - 6 (28,57%), змішаний тип - 6 (28,57%), атрофічний - 5 (23,80%).



Мал.4.1 Проліферативний тип мазка



Мал. 4.2 Атрофічний тип

Порівняльна характеристика результатів кольпоцитології серед жінок I групи, які отримували та не отримували гормональну терапію.

Результати кольпоцитологічного дослідження I групи із гормональною корекцією

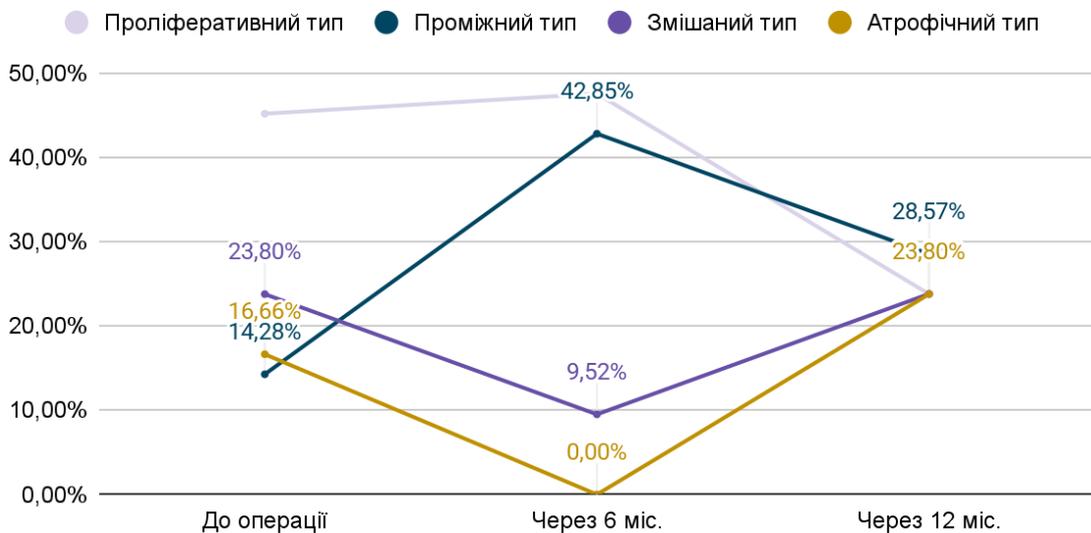


Рис. 4.2 Графічна ілюстрація результатів кольпоцитологічного дослідження I групи, які отримували проместринвімісні гормональні препарати в післяопераційному періоді.

Результати кольпоцитологічного дослідження I гр без гормональної корекції

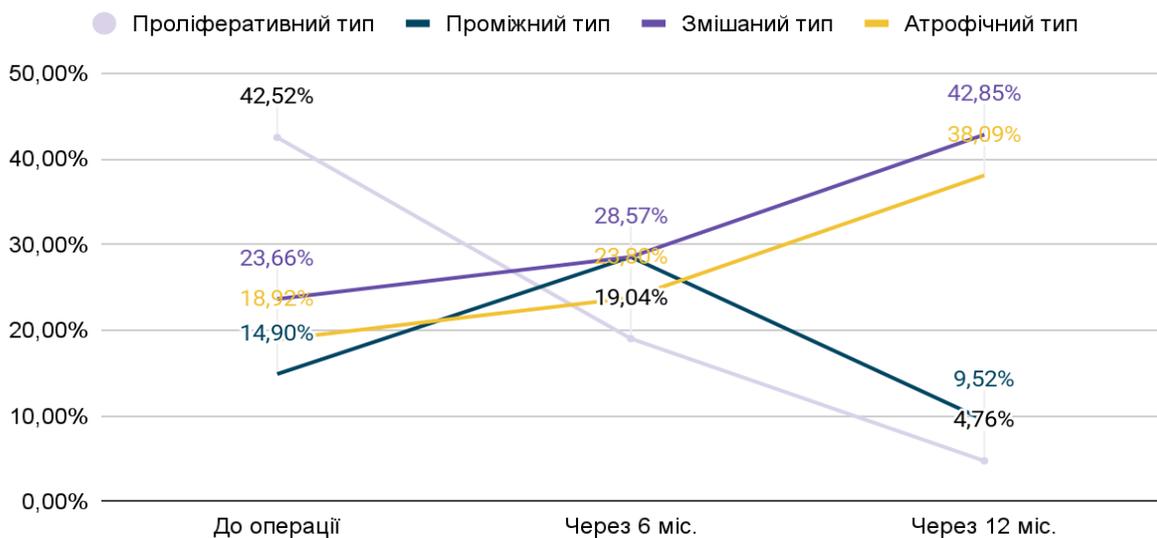


Рис. 4.3 Графічна ілюстрація результатів кольпоцитологічного дослідження I гр жінок без гормонального місцевого лікування

Можна зробити висновок, що застосування місцевих промєстринвмісних препаратів дає позитивний ефект на прояви генітоуринарного синдрому при кольпоцитологічному обстеженні, але лише при тривалому курсу лікування.

Вагіноскопія кукси піхви проводилась для оцінки стану слизової оболонки та стану формування післяопераційного рубця, виявлення запальних процесів та новоутворень або інших патологічних змін. Вагінальний рубець у більшості жінок через 6 та 12 місяців був рівний, блідо-рожевий, без інфільтрації та патологічних змін, без ознак грануляції, ерозій чи нориць; без патологічних виділень чи кровотеч. В I групі жінок було виявлено 4 (9,52%) випадки гранульом п\о шва, в II групі 2 (6,45%) випадки та в III групі 5 (16,66%) випадків. Можна зробити висновок, що трансабдомінальний шлях ушивання кукси піхви має більш позитивний вплив на загоєння післяопераційного шва.

Аналіз сечі показав покращення результатів за рахунок зниження кількості випадків лейкоцитурії та бактеріурії, тим самим скоротилась кількість рецидивів хронічних захворювань сечовидільної системи по типу циститу та уретриту.

Таблиця 4.2

Результати загального аналізу сечі обстежуваних жінок через 6 місяців після оперативного лікування

Показник через 6 місяців	I група	II група	III група
Лейкоцитурія	4(9,52%)	6(19,35%)	6(20%)
Протеїнурія	2(4,76%)	2(6,45%)	3(10%)
Гематурія	3(7,14%)	1(3,22%)	2(6,66%)
Бактеріурія	3(7,14%)	2(6,45%)	3(10%)

Ознаки запалення сечовидільної системи через 6 місяців після оперативного лікування зменшилось, особливо у жінок, які використовували промєстринвмісні місцеві препарати: у I групі в 6 разів, в II групі та III групі - в 3 рази. Втрата білку в I групі - в 3 рази, в II групі - в 3,5 рази та в III групі - в 2,5 рази. Гематурія зменшилась у I групі в 4,5 рази, в II групі в 4 рази та в III групі в

4,5 рази. Кількість випадків бактеріурії зменшилась в I групі в 5 разів, в II групі в 4,5 разів і в III групі в 3,5 рази.

Таблиця 4.3

Результати загального аналізу сечі обстежуваних жінок через 12 місяців після оперативного лікування

Показник через 12 місяців	I група	II група	III група
Лейкоцитурія	5(11,90%)	5(16,12%)	5(16,66%)
Протеїнурія	2(4,76%)	2(6,45%)	3(10%)
Гематурія	4(9,52%)	2(6,45%)	2(6,66%)
Бактеріурія	2(4,76%)	2(6,45%)	2(6,66%)

Через 12 місяців після оперативного втручання та місцевого гормонального лікування показники залишились стало-позитивні. Що свідчить про ефективність обраного нами лікування.

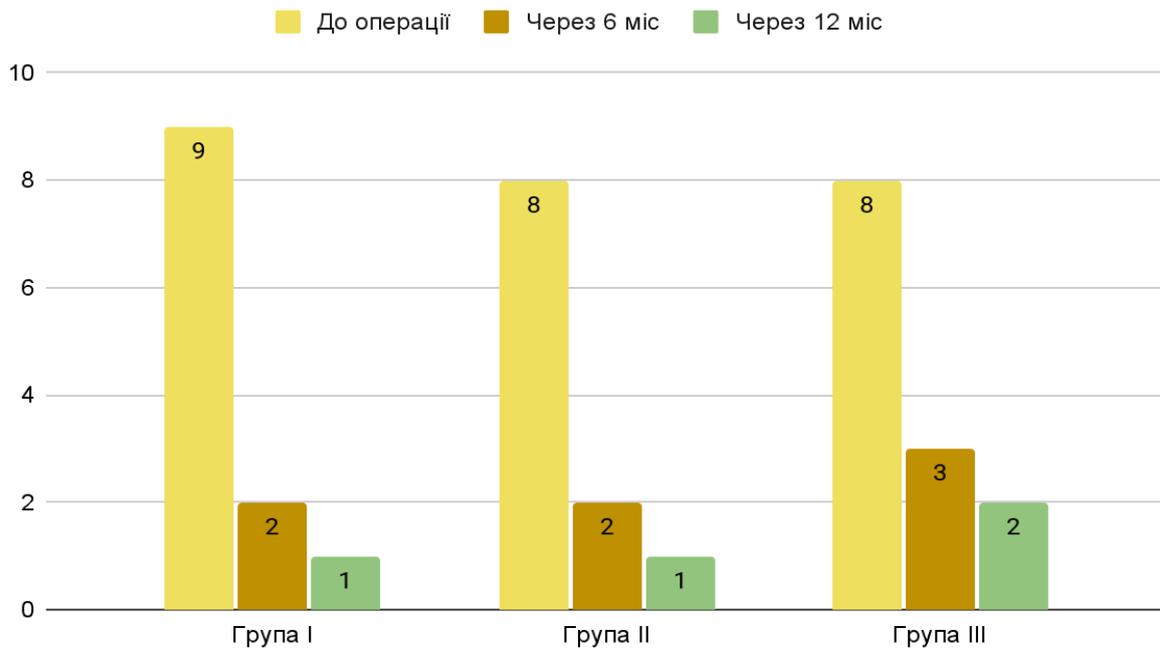
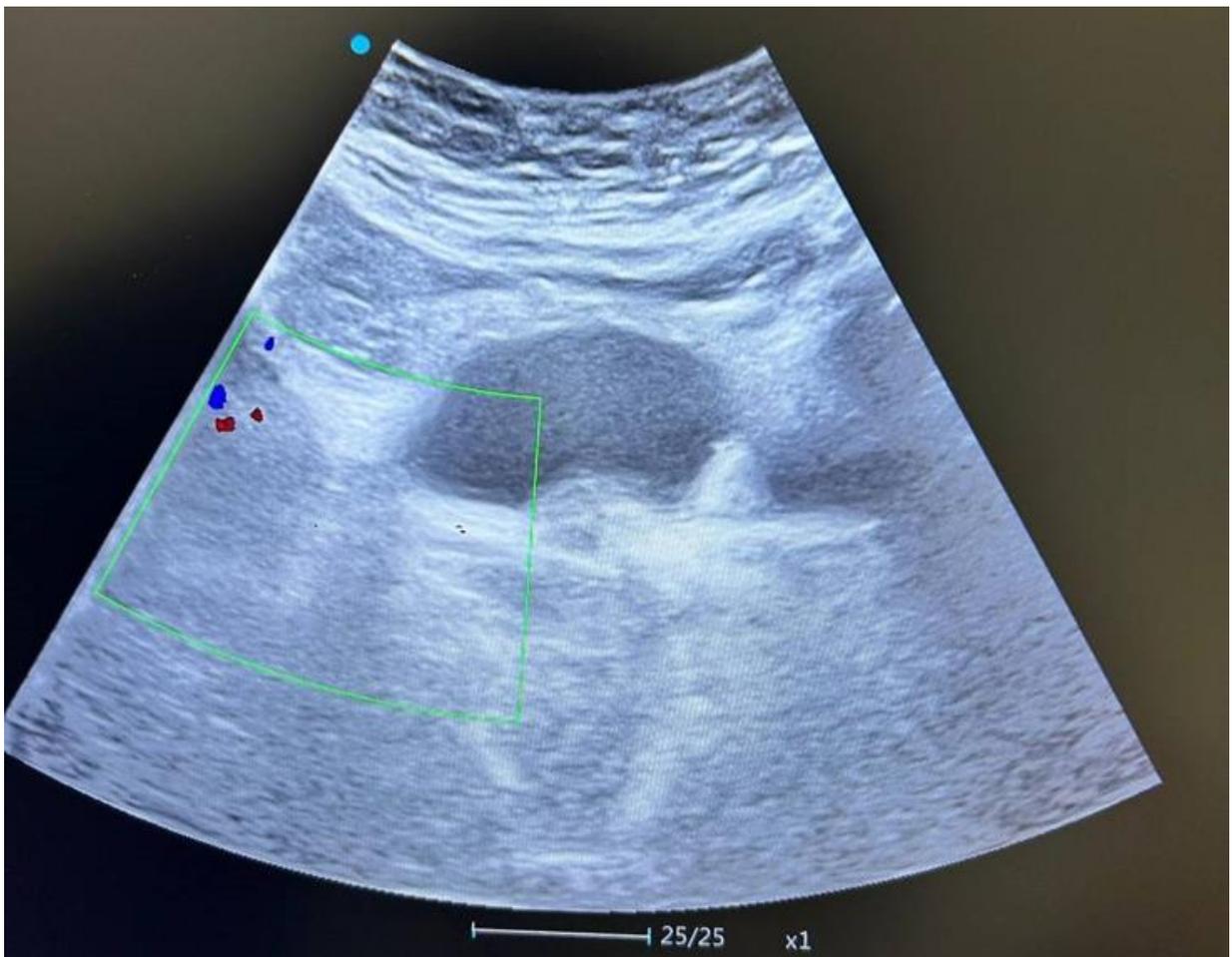


Рис. 4.5 Дані тесту Вальсальви в групах жінок до лікування, через 6 та 12 місяців після лікування.

Проводили тест Вальсальви через 6 та 12 місяців після операції для підтвердження чи спростування стресового нетримання сечі (СНС) в пацієнок. Позитивний результат через 6 місяців був виявлений у 2 (4,76%) жінок I групи, 2 (6,45%) жінок II групи та 3 (10%) жінок III групи; через 12 місяців - в I та II групі по 1 випадку (2,38% та 3,22% відповідно) та 2 (6,66%) випадки в III групі.

Отримані результати можуть бути пов'язані як із видом хірургічного лікування, так із неспроможністю детрузора та віковими особливостями сечовидільної системи жінок (рис. 4.5).

Можна зробити висновок, що оперативне лікування та місцева гормональна терапія позитивно впливає на зменшення симптомів генітоуринарного синдрому, таких як сухість та відчуття зуду в ділянці статевих органів, утруднене та часте сечовипускання, енурез.



Мал. 4.3 Результати УЗД через 12 місяців після тотальної гістеректомії з додатками та білатеральної фіксації кукси піхви

При УЗД ОМТ через 6 місяців у I групі жінок відмічався 1 (2,38%) випадок, 2 (6,45%) випадка у II групі та 1 (3,33%) випадок апікального пролапсу в III групі. А також через 12 місяців було виявлено ще ще 1 випадок (3,22%) випадок у II групі та ще 2 (6,66%) випадки апікального пролапсу в III групі (мал. 4.3).

Дані результати підтверджують перевагу ефективності лапароскопічної тотальної гістеректомії з додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кулки піхви в порівнянні з іншими видами лікування.

Таким чином оперативне лікування генітального пролапсу та супутніх гінекологічних захворювань та місцева гормональна терапія має позитивні результати через 6 та 12 місяців після хірургічного втручання в обстежуваних жінок. Гормональна терапія має позитивний ефек при лікуванні атрофічних змін слизової піхви внаслідок генітального пролапсу та вікових змін жінок: зменшилась кількість результатів аналізу сечі із запальними змінами, зменшився відсоток урогенітальних мазків із запальними змінами, зменшились прояви генітоуринарного синдрому таких як: сухість та дискомфорт в ділянці піхви, часті позиви до сечовипускання, утруднений сечопуск, стресове нетримання сечі. Місцева гормональна терапія промєстринвмісними препаратами зменшує число випадків атрофій слизової піхви, але за рахунок довготривалого застосування.

Матеріали даного розділу оприлюднені в наступних наукових працях:

1. V. M. Dudchenko, A. M. Hromova. Evaluation of long-term results of videolaparoscopic radical hysterectomy with appendices and bilateral fixation of the vaginal stump in women with genital prolapse. World of medicine and biology. 2024; 4 (90): 48-52.
2. Dudchenko V, Hromova A. Comparative characteristics of surgical treatment methods of genital prolapse. East Ukr Med J. 2025;13(4):1140-1146.

РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА ДИНАМІКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Оцінку якості життя до лікування, через 6 та 12 місяців після оперативного лікування генітального пролапсу проводилась із застосуванням опитувальника SF-36 [97], крім того аналізувався загальний стан, наявність больового синдрому та дизуричних явищ, а також результати лабораторних обстежень. Дані такого дослідження є дуже індивідуальними для кожної пацієнтки. Немає чітких нормативних значень щодо норм і градації ЯЖ. Однак результати опитування вказують, що 0 - в певному домені висвітлює найгіршу ЯЖ, а 100 - на можливий найкращий результат.

Опитувальник SF-36 вважається одним із неспецифічних питальників для оцінки якості життя та має в собі 36 пунктів, що утворюють вісім груп: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, біль, загальне здоров'я, життєздатність, функціонування в соціумі, рольове емоційне функціонування та психічне здоров'я [97]. Показники кожної групи варіюють від 0 до 100, де 100 рівнозначне “повне здоров'я”. Всі групи формують два показники: фізичне та психічне благополуччя. Результати відповідей надаються у вигляді оцінок у балах по 8 шкал, які сформовані таким чином, що більш вищий результат вказує на більш вищий рівень якості життя.

Результати опитування в I (таб. 5.1), II (таб. 5.2) та III (5.3) групах до та через 6 і 12 місяців після операції відображено у вигляді таблиць.

Таблиця 5.1

Результати опитування серед жінок I групи

• Шкали (M±σ) бали	До операції	Через 6 місяці п\о	Через 12 місяців п\о
Фізичне функціонування	72,6±11,2	89,4±8,1	92,5±4,1
Рольове фізичне функціонування	70,3±10,4	82,6±7,4	86,8±6,8
Біль	61,8±8,2	71,3±11,2	89,5±9,4
Загальне здоров'я	63,6±12,1	79,7±10,3	89,7±7,4
Життєздатність	63,7±13,4	77,6±11,2	89,2±6,6
Соціальне функціонування	54,6±9,5	73,1±10,8	87,6±7,1
Рольове емоційне функціонування	69,8±11,2	76,4±8,2	86,5±6,3
Психічне здоров'я	56,6±12,3	77,8±11,3	88,7±4,5

Загалом, у пацієток після проведення відеолапароскопічної тотальної гістеректомії з додатками з наступною білатеральною фіксацією кукси піхви відзначена висока клінічна ефективність цього методу лікування генітального пролапсу, що проявляється у вигляді покращень результатів самопочуття навіть через 6 місяців.

Таблиця 5.2

Результати опитування серед жінок II групи

• Шкали (M±σ) бали	До операції	Через 6 місяці п\о	Через 12 місяців п\о
Фізичне функціонування	73,8±10,3	84,7±9,5	86,2±4,7
Рольове фізичне функціонування	70,7±9,2	81,1±8,6	85,4±7,3
Біль	62,9±9,4	67,3±10,9	78,1±8,2
Загальне здоров'я	59,7±12,8	67,4±11,2	78,1±9,3
Життєздатність	61,9±11,7	72,3±9,6	81,2±8,6
Соціальне функціонування	55,4±10,5	65,7±11,8	76,6±8,3
Рольове емоційне функціонування	69,6±12,3	74,9±7,7	80,2±7,4
Психічне здоров'я	58,1±13,2	66,4±10,8	74,4±9,1

Таким чином, можна зробити висновок, що в II групі жінок якість життя покращилась уже через 6 місяців після лікування, і мала незначні покращення через 12 місяців.

Таблиця 5.3

Результати опитування серед жінок III групи

• Шкали (M±σ) бали	До операції	Через 6 місяці п\о	Через 12 місяців п\о
Фізичне функціонування	73,9±16,4	79,3±10,1	82,5±7,7
Рольове фізичне функціонування	69,7±13,6	79,8±11,3	84,2±9,4
Біль	61,7±10,3	65,3±12,6	77,8±10,1
Загальне здоров'я	57,9±13,4	64,3±11,7	72,6±9,5
Життєздатність	60,8±14,1	71,1±10,6	79,4±8,5
Соціальне функціонування	56,7±11,6	66,5±11,2	77,1±8,45
Рольове емоційне функціонування	70,7±12,2	74,6±9,4	79,8±8,3
Психічне здоров'я	58,8±11,3	62,2±8,7	70,7±7,5

Таким чином на основі аналізу проведеного анкетування можна зробити висновок, що після виконаних нами операцій у всіх групах жінок покращились показники якості життя. Проте достовірні покращення ($p < 0,05$) спостерігаються в групі, де жінкам була виконана відеолапароскопічна тотальна гістеректомія з додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кукси піхви.

Матеріали даного розділу оприлюднені в наступній науковій праці:

Зезекало ВМ, Дудченко МО, Громова АМ. Роль білатеральної фіксації кукси піхви в лікуванні генітального пролапсу. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “V Полтавські перинатальні читання ім. Н. М. Максимовича-Амбодика”: доповідач; 2023; 18 листопада; Полтава.

РОЗДІЛ 6. УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Генітальний пролапс є однією з актуальних проблем серед гінекологічної захворюваності, відсоток поширення даної патології сягає від 30% до 50%, особливо в жінок пери та менопаузального віку [1].

До основних факторів ризику відносять: ожиріння, вік пацієнтки, хронічне підвищення внутрішньочеревного тиску, закрепах, бронхіальній астмі, дефіцит естрогену, куріння, наявність перенесеної гістеректомії в анамнезі, захворювання сполучної тканини (наприклад синдром Елерса- Данлоса), низький соціально-економічний статус, етнічне походження та сімейний анамнез [2].

При початкових стадіях ГП можливе консервативне лікування, в той час як оперативне лікування є основним варіантом лікування. Відповідно до стінки, яка пролабує, застосовується відповідний варіанти хірургічного лікування та обирається доступ. Починаючи від вагінальної перінеорафії з леваторопластиком до лапаротомічних\лапароскопічних гістеректомій із різною варіацією фіксації кукси піхви або навіть кольпоклеїзом [105].

Активне застосування сітчастих протезів без оптимального підбору місця для фіксації - призвело до зростання післяопераційних ускладнень. У жінок із неспроможністю м'язів тазового дна: опущенням стінок піхви та випадінням матки процедурою вибору досі залишається гістеректомія та пластика (передня кольпорафія, задня кольпоперінеорафія, леваторопластика) [19]. Однак сама гістеректомія не є достатньо ефективною для корекції випадіння матки і піхви. Тому метою нашої роботи було підвищити ефективність оперативного лікування жінок із генітальним пролапсом та комбінованою патологією, шляхом удосконалення хірургічних та консервативних підходів.

Якщо говорити за термінологію - в цій роботі використовується термін “симультанний” та термін-аналог - “комбінований”. Обидва терміни означають оперативне втручання, під час якого лікуються декілька захворювань у черевній порожнині чи малому тазу, так як мають основний та симультанний етап [52]. У

наших пацієнок це було: основний діагноз - тазова кила, а супутній - захворювання матки та придатків.

Дослідження включало в себе оцінку 103 історій хвороб жінок із генітальним пролапсом (середній вік $61,5 \pm 14,5$ років), що знаходились на лікуванні в гінекологічних відділень лікувальних закладів міста Полтави: КП "2-га міська клінічна лікарня ПМР", КП "Полтавська центральна районна клінічна лікарня ПМР", КП "4-та міська клінічна лікарня ПМР" та були прооперовані в період з 2019 по 2025 роки.

Усі жінки були поділені на три групи: 42 жінки (I гр), яким було виконано лапароскопічну гістеректомію з додатками та білатеральну фіксацію кукси піхви поліпропіленовою сіткою; 31 жінка (II гр), яким було виконано лапароскопічно асистовану гістеректомію з додатками в поєднанні з кольпоперінеорафією та леваторопластиком; 30 жінок (III гр), яким було виконано вагінальну гістеректомію з додатками в комбінації з кольпоперінеорафією та леваторопластиком. Пацієнок усіх трьох груп обстежували до та через 6 та 12 місяців після запропонованого нами лікування.

При оцінці деяких факторів ризику виникнення генітального пролапсу, нами було виявлено, що ГП достовірно частіше спостерігався у жінок, які мали у професійному анамнезі важку фізичну працю та фізичне перенавантаження на роботі (59%) та у жінок, які мали більше 1 вагінальних пологів ($2,7 \pm 0,2$ пологів на жінку).

До преморбідних факторів неспроможності м'язів тазового дна також відносяться захворювання, що підвищують внутрішньочеревний тиск, такі як бронхіальна астма (виявлена в 12% обстежуваних жінок), хронічне обструктивне захворювання легень (виявлено в 9% жінок), хронічний бронхіт із-за тютюнопаління (зустрічався в 33%), закрепи (відмічали в 27% обстежуваних) та надмірна маса тіла (поширена в 40% досліджуваних нами жінок). Отримані нами дані збігаються з іншими дослідженнями, які звертають увагу, що внутрішні органи та структури малого тазу перебувають під постійним тиском, що негативно впливає на їх кровопостачання та еластичність [4].

Наша передопераційна підготовка включала: клініко-лабораторне та об'єктивне обстеження, визначення ступеня генітального пролапсу, загальний аналіз крові та сечі, коагулограма, кольпоцитологічне дослідження епітелію піхви для визначення насиченості естрогеном, кольпоскопію, гістероскопію з наступним ПГД, УЗД ОМТ та МРТ ОЧП та ОМТ, анкетування опитувальником SF-36.

При визначенні ступеню генітального пролапсу за міжнародною класифікацією POP-Q та тривалості захворювання на себе звертає увагу, що в III гр жінок цей показник більш виражений (в 1,2 рази), ніж у жінок I гр. Скоріш за все це пов'язано з хронічною травматизацією слизової оболонки піхви та тривалості менопаузи.

Аналіз результатів загального аналізу крові серед усіх обстежуваних жінок показали наявність залізодефіцитної анемії (18,82%). Скоріш за все це пов'язано не тільки зі способом життя та харчування, або з аномальними матковими кровотечами. Звертають на себе незначні зміни в показниках коагулограми в сторону гіперкоагуляції: слабо подовжений АЧТЧ (мах до 40 сек), мінімально підвищений фібриноген крові (мах до 4,1 г\л) та верхня межа норми часу згортання крові (мах до 9,5 хв). Ці фактори ми враховували під час проведення операції.

Дослідження сечовидільної системи показали наявність запальних процесів у загальному аналізі сечі (підвищення кількості лейкоцитів в III групі зустрічалось у 1,2 рази частіше ніж у жінок I гр та в 1,1 раз ніж у II групі). Також була виявлена інфекція сечовивідних шляхів, що вказує на хронічний цистит і уретрит - що є одним із проявів генітоуринарного синдрому [101]. Також сюди входить стресове нетримання сечі, яке ми перевіряли тестом Вальсальви (в III групі він був позитивний в 1,25 рази частіше ніж у I та в 1 раз частіше ніж у II групі), що теж може бути пов'язано зі зменшенням вмісту естрогено на фоні більш тривалої менопаузи.

До урогенітального синдрому також відносять хронічний запальний процес слизової піхви, сухість та печіння, на що скаржились наші обстежувані

жінки. За результатами урогенітального мазка було відмічено переважання змішаної (26,66%) та кокової (36,66%) флори, підвищення кількості лейкоцитів (63,33%) у III гр в порівнянні з I гр > в 1,4 рази (19,04%), 3 рази (11,90%) та 2 рази (30,95%) відповідно; в порівнянні з II гр > в 1,4 рази (19,35%), 1,4 рази (25,80%) та 1,4 рази (45,16%) відповідно. Дані показники пов'язані з гормональними менопаузальними змінами та хронічною травматизацією слизової піхви та її інфікуванням при сечовипусканні, дефекації та контактів із білизною та засобами особистої гігієни.

Цитологічне обстеження показало, що в I групі переважали результати з I типом мазка (66,66%), у II гр майже порівну переважали I та II тип мазка (54,83% та 45,16%), тоді як у III гр переважав запальний II тип мазка (63,33%). Це можна пов'язати з прогресуванням урогенітального синдрому у постменопаузальних жінок III гр.

При визначенні гормонального насичення клітин піхви методом гормональної кольпоцитології. Слід відзначити, що серед усіх жінок в I гр переважав мазок проліферативного типу (45,23%) до операції.

Під час кольпоскопії результати в межах норми отримали 52,38% жінок I групи, 41,93% в II гр та 30% з III гр, що пов'язано з більш вираженою наявністю запальних змін у III гр в наслідок затяжної тривалості та вираженості генітального пролапсу та менопаузи.

Гістероскопія проводилась для візуалізації структур матки та ендометрію в жінок із супутньою патологією та забір матеріалу з наступним патогістологічним дослідженням. Проліферативні захворювання, такі як рецидивуючі поліпи ендометрію, наявність симптомних вузлових міом та часті аномальні маткові кровотечі на фоні гіперплазії - були показаннями до гістеректомії.

При УЗД та МРТ ОМТ та ОЧП було підтверджено наявність патології дихальної (26,21%) та травної (18,44%) системи, та проблеми з зайвою вагою тіла (24,27%). На УЗД ОМТ діагностована наявність доброякісних проліферативних процесів: кістозні зміни яєчників $58,25 \pm 16,12\%$, кісти яєчників (параоваріальні,

дермоїдні, серозні, функціональні, ендометріюїдні) $32,02 \pm 6,18\%$, патологічне розростання на поверхні яєчників $9,70 \pm 2,74\%$.

Після проведених нами операцій ми обстежували жінок через 6 та 12 місяців. Перш за все визначали наявність рецидивів: через 6 місяців в I гр було виявлено 1 рецидив, в II гр - 2 випадки, в III гр - 2 випадки. Ще через пів року загальна кількість рецидивів в I групі склала 2 рецидиви, в II гр - 3 рецидиви та в III гр - 4 рецидиви. Лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія з передньою кольпоперінеорафією та леваторопластикою показала непогані результати, як і вагінальна гістеректомія з додатками та передньою кольпорафією з леваторопластикою, але лапароскопічна тотальна гістеректомія з додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кукси піхви юсітчастим протезом виявилась більш ефективною (в 2 рази порівняно з II та III групами).

Покращились показники червоної крові та коагулограми: залізодефіцитна анемія через 6 місяців зменшилась до $10,04 \pm 2,9\%$, а через 12 місяців до $6,27 \pm 3,89\%$, що в 1,8 та 3 рази менше, порівняно з доопераційними результатами. Показники згортальної системи крові до операції були або мінімально підвищені, або на верхній межі норми. Через 6 та 12 місяців у $93,28 \pm 0,4\%$ та в $97,81 \pm 1,1\%$ випадків відповідно мали результати в межах допустимої норми.

У післяопераційному періоді з метою лікування негативних проявів генітоуринарного синдрому ми призначали промєстринвмісні місцеві гормональні препарати строком до 1 місяця 21 жінці з I групи для порівняльної оцінки з жінками тієї ж групи, але без гормональної корекції.

Застосування промєстринвмісних місцевих препаратів терміном на 1 місяць мали позитивний ефект лікування урогенітальних проявів: було відмічено покращення результатів урогенітального мазка в I групі: в 2,6 разів через 6 місяців та в 4,3 рази через 12 місяців, в порівнянні з жінками I групи без гормональної підтримки.

Під час аналізу результатів гормонального кольпоцитологічного мазка було відмічено покращення результатів у післяопераційному періоді: через 6 місяців після оперативного та консервативного лікування мазок

проліферативного типу було виявлено у 10 (47,61%) жінок, проміжного типу було виявлено у 9 (42,85%) жінок, змішаного типу було виявлено в 2 (9,52%) жінок, атрофічного типу не було виявлено у жінок I групи. У той час як у жінок тієї ж групи без консервативного місцевого лікування через 6 місяців було виявлено тенденцію до атрофії слизової піхви: проліферативний тип - 4 (19,04%) жінки, проміжний тип - 6 (28,57%), змішаний тип - 6 (28,57%) та атрофічний тип - 5 (23,80%) жінок.

Через 12 місяців після оперативного та консервативного лікування мазок проліферативного типу було виявлено у 5 (23,80%) жінок I групи, мазок проміжного типу було виявлено у 6 (28,57%) жінок, мазок змішаного типу було виявлено у 7 (33,33%) жінок, атрофічного типу був виявлений у 3 (14,28%) жінок, що може вказувати на позитивний ефект місцевих естрогенвмісних препаратів, але лише за умови довготривалого місцевого використання. В той час як жінки без гормональної місцевої підтримки мали переважно атрофічний тип кольпоцитологічного мазка: проліферативний тип - 0, проміжний тип - 3 (14,28%) жінок, змішаний тип - 8 (23,09%) жінок та атрофічний - 9 (42,85%) жінок. Самі жінки відзначили зменшення проявів урогенітального синдрому: зменшилось відчуття зуду та печіння в ділянці промежини, нормалізувалось сечовипускання.

Виконували вагіноскопію для оцінки стану слизової та післяопераційного рубця. На фоні незміненої картини блідо-рожевого рівного рубця без інфільтрацій та патологічних змін ($90,74 \pm 4,07\%$) були деякі відхилення. Через 6 місяців в III групі жінок було виявлено в 1,75 раза та в 2,5 раза більше випадків гранульом післяопераційного шва, ніж в I та II групах відповідно. Можна зробити висновок, що вагінальні операції мають більший відсоток ускладнень через 6 та 12 місяців у порівнянні з лапароскопічним методом.

Під час оцінки показників загального аналізу сечі було відмічено позитивний ефект місцевих гормонвмісних препаратів: зменшення запалення в I групі в 6 разів, в II групі та III групі - в 3 рази через 6 місяців. Кількість випадків бактеріурії зменшилась в I групі в 4,5 рази, в II групі в 5,5 разів і в III групі в 3,5

рази через 6 місяців. Показники через 12 місяців після лікування залишились стало-позитивні. Що свідчить про ефективність обраного нами лікування, але при умові довготривалого застосування місцевих гормонвмісних препаратів.

Проводили тест Вальсальви через 6 та 12 місяців після операції для підтвердження чи спростування стресового нетримання сечі (СНС) в пацієнток. Позитивний результат через 6 місяців був виявлений у 2 (4,76%) жінок I групи, 2 (6,45%) жінок II групи та 3 (10%) жінок III групи; через 12 місяців - в I та II групі по 1 випадку (2,38% та 3,22% відповідно) та 2 (6,66%) випадки в III групі. Дані результати можуть бути пов'язані як із видом хірургічного лікування, так із віковими особливостями сечовидільної системи жінок. Можна зробити висновок, що оперативне лікування та місцева гормональна терапія позитивно впливає на зменшення симптомів генітоуринарного синдрому.

Результати УЗД ОМТ через 6 місяців у I групі жінок відмічався 1 (2,38%) випадок, 2 (6,45%) випадка у II групі та 1 (3,33%) випадок апікального пролапсу в III групі. А також через 12 місяців було виявлено ще 1 випадок (3,22%) випадок у II групі та ще 2 (6,66%) випадки апікального пролапсу в III групі. Дані результати підтверджують перевагу ефективності лапароскопічної тотальної гістеректомії з додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кукси піхви в порівнянні з іншими видами лікування.

Аналізуючи результати оцінювання якості життя опитувальником SF-36 до операції, через 6 та 12 місяців ми помітили: фізичне функціонування в I гр покращилось в 1,19 та 1,23 рази, в II гр в 1,15 та 1,21 рази та в III гр в 1,04 та 1,08 рази відповідно; біль в I гр зменшився в 1,06 та 1,23 рази, в II гр в 1,06 та 1,24 рази, в III гр в 1,05 та 1,26 рази відповідно; загальне здоров'я покращилось у I гр в 1,25 та 1,39 разів, в II гр в 1,12 та 1,30 разів, в III гр в 1,11 та 1,25 відповідно; життєздатність підвищилась в I гр у 1,18 та 1,35 рази, в II гр в 1,16 та 1,31 разів, і в III гр в 1,16 та 1,30 відповідно; психічне здоров'я теж мало позитивні зміни в I гр в 1,37 та 1,56 рази, в II гр в 1,14 та 1,28 разів та в III в 1,05 та 1,20 рази відповідно. Можна прослідкувати, що результати опитування після операції мали більш позитивний прогрес у жінок I групи.

Як заключення аналізу всіх отриманих даних нами розроблено алгоритм обстеження та лікування жінок із генітальним пролапсом в комбінації з захворюваннями репродуктивної системи (рис. 6.1) та створено локальний протокол для впровадження в клінічній практиці лікарів гінекологів.

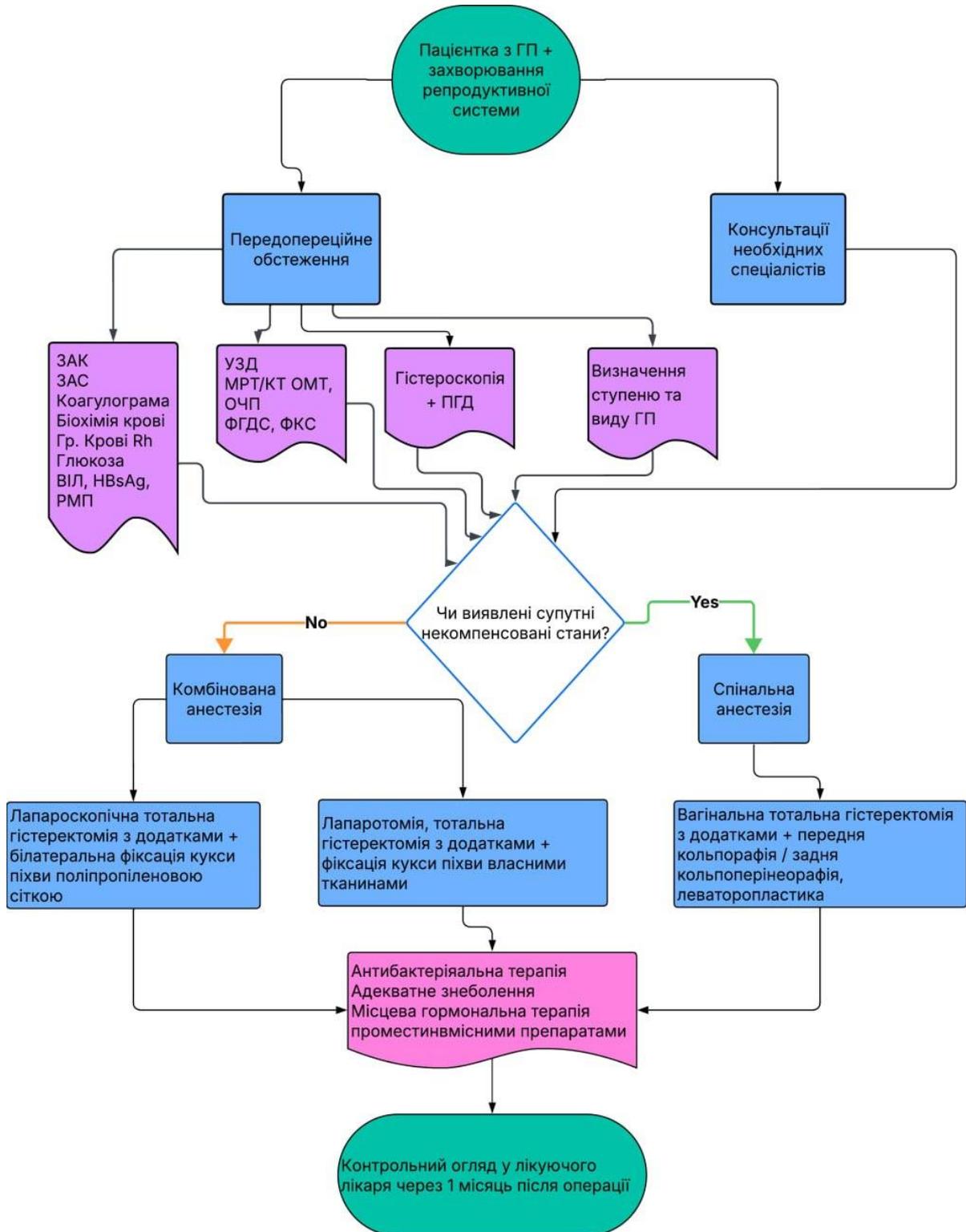


Рис. 6.1 Алгоритм обстеження та лікування жінок із генітальним пролапсом в комбінації з захворюваннями репродуктивної системи

ВИСНОВКИ

В даній дисертаційній роботі висвітлено теоретичні відомості та новий підхід вирішення сучасного науково-практичного завдання в гінекології, яке полягає в удосконаленні хірургічних та консервативних підходів та розробки диференціальних методів ведення пацієнок із генітальним пролапсом з метою підвищення ефективності оперативного лікування.

1. Основними показаннями до комбінованого симультанного оперативного лікування в обстежуваних жінок із генітальним пролапсом були захворювання репродуктивної системи: симптомна лейоміома матки $41,20 \pm 12,6\%$; рецидивуючі поліпи ендометрію $7,54 \pm 1,09\%$, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія шийки матки $13,34 \pm 6,20\%$, аномальні маткові кровотечі $30,06 \pm 10,06\%$, аденоматозна гіперплазія ендометрію $7,82 \pm 1,16\%$, кістозні зміни яєчників $58,25 \pm 16,12\%$, кісти яєчників $32,02 \pm 6,18\%$, патологічне розростання на поверхні яєчників $9,70 \pm 2,74\%$.
2. Розроблений алгоритм вибору оптимального методу хірургічного лікування хворих на генітальний пролапс у комбінації з захворюваннями репродуктивної системи. На I етапі слід ретельно обстежити жінку: загальноклінічні, лабораторні та інструментальні обстеження, патогістологічне дослідження вмісту з порожнини матки. Визначення ступеню генітального пролапсу за системою POP-Q. Якщо під час обстежень не виявлено ніяких протипоказань до комбінованої анестезії – варіантом вибору рекомендовано відеолапароскопічну тотальну гістеректомію з додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кукси піхви поліпропіленовою сіткою. При наявності некомпенсованих супутніх станів та відсутності протипоказань до спінальної анестезії – варіантом вибору пропонується вагінальна гістеректомія з додатками та кольпоперінеорафія з леваторопластика. В післяопераційному періоді рекомендовано застосування антибактеріальної терапії, адекватне знеболювання, місцева сануюча терапія.

3. Застосування проместинвмісних свічок (проместрин 10 мг), по 1 на ніч протягом 30 днів сприяє покращенню місцевого біоценозу в обстежуваних жінок, також сприяє насиченості слизової піхви естрогенами: через 6 місяців після операції рівень насиченості слизової піхви естрогеном зріс до $68,52 \pm 7,2\%$ в порівнянні з доопераційними показниками $37,39 \pm 7,9\%$, що зменшило атрофічні прояви в 2 рази та сприяло оптимальному формуванню кукси піхви без грануляції та інфільтрації в післяопераційному періоді.
4. За результатами кольпоцитології сталий ефект від лікування проместринвмісними місцевими лікарськими засобами усуває прояви уrogenітального синдрому такі як сухість (в $5 \pm 0,5$ рази), відчуття дискомфорту та зуду в ділянці промежини (в $2 \pm 1,5$ рази), порушене та часте сечовипускання (в 3 ± 1 рази), стресове нетримання сечі (в $5 \pm 0,5$ рази).
5. При аналізі результатів якості життя прооперованих пацієнток в усіх групах жінок відмічалось покращення по всім 8 пунктам опитувальника (фізичне функціонування, рольове функціонування, що зумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, що зумовлене емоційним станом, психічне здоров'я), проте достовірно вірне покращення ($p < 0,05$) спостерігається в групі жінок після лапароскопічної тотальної гістеректомії з додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кукси піхви поліпропіленовою сіткою.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Жінкам із генітальним пролапсом та супутньою патологією репродуктивної системи, які потребують оперативного лікування, показане комплексне передопераційне обстеження: клініко-лабораторне та інструментальне, консультація суміжних спеціалістів. Якщо не виявлено ніяких протипоказань до комбінованої анестезії – варіантом вибору рекомендовано відеолапароскопічну тотальну гістеректомію з додатками в комбінації з білатеральною фіксацією кукси піхви поліпропіленовою сіткою. При наявності некомпенсованих супутніх станів та відсутності протипоказань до спінальної анестезії – варіантом вибору пропонується вагінальна гістеректомія з додатками та кольпоперінеорафія.
2. До передопераційної підготовки слід внести етап санації піхви задля кращого заживлення кукси піхви в післяопераційному періоді.
3. На фоні генітального пролапсу та уrogenітального синдрому із атрофічними змінами слизової піхви рекомендовано місцеве застосування проеметринвмісних препаратів (протягом місяця).
4. Для оцінки результатів лікування в післяопераційному періоді пропонується контрольні обстеження: вагіноскопія, гормональна кольпоцитологія, мазок на флору та УЗД ОМТ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Choi KH, Hong JY. Management of pelvic organ prolapse. *Korean J Urol*. 2014 Nov;55(11):693-702. DOI: 10.4111/kju.2014.55.11.693.
2. Machin SE, Mukhopadhyay S. Pelvic organ prolapse: review of the aetiology, presentation, diagnosis and management. *Menopause Int*. 2011 Dec;17(4):132-6. DOI: 10.1258/mi.2011.011108.
3. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning Study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997 May;104(5):579-85. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11536.x.
4. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSSST): the distribution, clinical definition and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Mar;192(3):795-806. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.10.602.
5. Lang J, Zhu L, Sun Zj, Chen J. Estrogen levels and estrogen receptors in patients with stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003 Jan;80(1):35-9. DOI: 10.1016/s0020-7292(02)00232-1.
6. Tinelli A, Malvasi A, Rahimi S, Negro R, Vergara D, Martignago R, et al. Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. *Menopause*. 2010;17(1):204-12. DOI: 10.1097/gme.0b013e3181b0c2ae.
7. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Jan;190(1):27-32. DOI: 10.1016/j.ajog.2003.07.017.
8. Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH, Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 Oct;20(10):1157-61. DOI: 10.1007/s00192-009-0930-x.
9. Richardson K, Hagen S. The role of nurses in the management of women with pelvic organ prolapse. *Br J Nurs*. 2009;18(5):294-300. DOI: 10.12968/bjon.2009.18.5.40710.

10. Kuncharapu I, Majeroni B, Johnson D. Pelvic organ prolapse. *Am Fam Physician*. 2010 May 1;81(9):1111-7.
11. Ying T, Li Q, Hu B. Pelvic floor muscle training under ultrasound guidance is helpful to improve training effect. *Med Hypotheses*. 2009 Dec;73(6):1075. DOI: 10.1016/j.mehy.2009.05.015.
12. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD003882. DOI: 10.1002/14651858.CD003882.pub3.
13. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Aug;203(2):170.e1-7. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.02.037.
14. Ismail S, Bain C, Hagen S. Oestrogens for treatment of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8;(9):CD007063. DOI: 10.1002/14651858.CD007063.pub2.
15. Suckling J, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD001500. DOI: 10.1002/14651858.CD001500.pub2.
16. Cody JD, Richardson K, Moehrer B, Hextall A, Glazener CMA. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4):CD001405. DOI: 10.1002/14651858.CD001405.pub2.
17. Viera A, Larkins-Pettigrew M. Practical use of the pessary. *Am Fam Physician*. 2000 May 1;61(9):2719-2729.
18. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehm K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Apr;196(4):405.e1-8. DOI: 10.1016/j.ajog.2007.02.018.
19. Jha S, Moran P. The UK national prolapse survey: 5 years on. *Int Urogynecol J*. 2011 May;22(5):517-28. DOI: 10.1007/s00192-011-1379-2.

20. Громова АМ, Громова ОЛ, Кетова ОМ. Роль звукових параметрів при виборі репродуктивно-пластичних операцій при лейоміомах матки. Вісник проблем біології і медицини. 2014;3.2(111):260-261.
21. Barber MD, Macher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013;24:1783-1790.
22. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence*. 6th ed. Bristol: International Continence Society; 2017. 2636 p. Available from: <https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks/6thicibook>.
23. Bradley CS, Zimmerman MB, Qi Y, Nygaard IE. Natural history of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 2007 Apr;109(4):848-54. DOI: 10.1097/01.AOG.0000255977.91296.5d.
24. Ansari MK, Sharma PP, Khan S. Pelvic Organ Prolapse in Perimenopausal and Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol India*. 2022 Jun;72(3):250-257. DOI: 10.1007/s13224-021-01524-8.
25. The American College of Obstetricians and Gynecologists, the American Urogynecologic Society. Pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;25:397-408.
26. Bø K, Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Tennfjord MK, Engh ME. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse – a randomized trial of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jan;212(1):38.e1-7. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.06.049.
27. Coolen AWM, Troost S, Mol BWJ, Roovers JPWR, Bongers MY. Primary treatment of pelvic organ prolapse: pessary use versus prolapse surgery. *Int Urogynecol J*. 2018 Jan;29(1):99-107. DOI: 10.1007/s00192-017-3372-x.
28. Fleischer K, Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. *Post Reprod Health*. 2020 Jun;26(2):79-85. DOI: 10.1177/2053369120937594.
29. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997 Apr;89(4):501-6. DOI: 10.1016/S0029-7844(97)00058-6.

30. Denman MA, Gregory WT, Boyles SH, Smith V, Edwards SR, Clark AL. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 May;198(5):555.e1-5. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.01.051.
31. Thomson A, Owen P, Magowan BA. *Clinical obstetrics and gynaecology*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019. 416 p.
32. Maher CF, Baessler KK, Barber MD, Cheong C, Consten ECJ, Cooper KG, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric*. 2019 Jun;22(3):229-235. DOI: 10.1080/13697137.2018.1551348.
33. Mowat A, Maher D, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Maher C. Surgery for women with posterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Mar 5;3(3):CD012975. DOI: 10.1002/14651858.CD012975.
34. Jefferis H, Jackson SR, Price N. Management of uterine prolapse: is hysterectomy necessary? *Obstet Gynaecol*. 2016;18:17-23.
35. Jackson SR, Avery NC, Tarlton JF, Eckford SD, Abrams P, Bailey AJ. Changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapse. *Lancet*. 1996 Jun 15;347(9016):1658-61. DOI: 10.1016/s0140-6736(96)91489-0.
36. Xiao Y, Hong S, Wan Y, Tang J, Min J, Hu M, et al. Exploration of enhanced recovery after surgery in female pelvic floor reconstruction: a retrospective study. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1659074. DOI: 10.3389/fmed.2025.1659074.
37. Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, Richter HE, Nygaard I, Weidner AC, et al. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. *JAMA*. 2014 Mar 12;311(10):1023-34. DOI: 10.1001/jama.2014.1719.
38. Gutman RE, Rardin CR, Sokol ER, Matthews C, Park AJ, Iglesia CB, et al. Vaginal and laparoscopic mesh hysteropexy for uterovaginal prolapse: a parallel cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jan;216(1):38.e1-38.e11. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.08.035.

39. Nygaard I, Brubaker L, Zyczynski HM, Cundiff G, Richter H, Gantz M, et al. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *JAMA*. 2013 May 15;309(19):2016-24. DOI: 10.1001/jama.2013.4919.
40. de Boer TA, Milani AL, Kluivers KB, Withagen MI, Vierhout ME. The effectiveness of surgical correction of uterine prolapse: cervical amputation with uterosacral ligament plication (modified Manchester) versus vaginal hysterectomy with high uterosacral ligament plication. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 Nov;20(11):1313-9. DOI: 10.1007/s00192-009-0945-3.
41. Offiah I, Lochhead K, Dua A. Colpocleisis. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2019;22:233-6. DOI: [10.1111/tog.12622](https://doi.org/10.1111/tog.12622).
42. Amid PK. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery. *Hernia*. 1997;1:15-21.
43. Campbell P, Jha S, Cutner A. Vaginal mesh in prolapse surgery. *Obstet Gynaecol*. 2018;20:49-56.
44. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 9;2(2):CD012079. DOI: 10.1002/14651858.CD012079.
45. Bor N, Neuman J, Fábíán-Kovács RA, Givon I, Matot R, Hendin N, et al. Long-term comparison of non-mesh anchoring vs mini mesh for apical suspension. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2026;317:114865. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2025.114865.
46. NHS Digital. Retrospective Review of Surgery for Urogynaecological Prolapse and Stress Urinary Incontinence using Tape or Mesh: Hospital Episode Statistics (HES), Experimental Statistics, April 2008 – March 2017. Leeds: NHS Digital; 2018. 46 p. Available from: https://files.digital.nhs.uk/D2/99117D/Retrospective_Review_of_Surgery..._exe.pdf.

47. Summers A, Winkel LA, Hussain HK, DeLancey JO. The relationship between anterior and apical compartment support. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194:1438-43.
48. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *ObstetGynecol.* 2014;123:141-148.
49. Kurt S, Canda MT, Bal M, Tasyurt A. Are there any preventable risk factors for women who had surgery for Pelvic Organ Prolapse and stress Urinary Incontinence? *Pak J Med Sci.* 2018 Jul-Aug;34(4):874-878. DOI: 10.12669/pjms.344.14944.
50. Berger MB, Ramanah R, Guire KE, DeLancey JO. Is cervical elongation associated with pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J.* 2012;23:1095-1103.
51. Кравчук ІВ, Лукавецький ОВ, Гавриш ЯІ. Штрихи до історії лапароскопічної хірургії в Україні (до 25-річчя лапароскопічної хірургії на Львівщині). *Acta medica Leopoliensia.* 2018;24(1):84-90.
52. Fedorov AV, Kriger AG, Koligin AV, Kochatkov AV. Odnomomentnie operatsiyi. Terminolohiya. *Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova.* 2011;(7):72-76.
53. Khnokh L, Feltshiner IKh. Simultannyye operatsii v briushnoy polosti. *Khirurgiia.* 1976 Apr;(4):75-9.
54. Toskin KD, Zhebrovsky VV, Zemlyanikin AA. Simultannyye operatsii – nazvaniye i opredeleniye. *Journal of Surgery.* 1991;(5):3-9.
55. Valadares ALR, Kulak Junior J, Paiva LHSDC, Nasser EJ, Silva CRD, Nahas EAP, et al. Genitourinary Syndrome of Menopause. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022 Mar;44(3):319-324. DOI: 10.1055/s-0042-1748463.
56. Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause.* 2014;21(10):1063-8. DOI: 10.1097/GME.0000000000000329.

57. Cagnacci A, Xholli A, Sclauzero M, Venier M, Palma F, Gambacciani M. Vaginal atrophy across the menopausal age: results from the ANGEL study. *Climacteric*. 2019;22(01):85-9. DOI: 10.1080/13697137.2018.1529748.
58. Nappi RE, de Melo NR, Martino M, Celis-González C, Villaseca P, Röhrich S. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA-LATAM): results from a survey in Latin America. *Climacteric*. 2018;21(04):397-403. DOI: 10.1080/13697137.2018.1461826.
59. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 582 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. Київ: МОЗ України; 2003. Доступно: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ3345>.
60. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 417 Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. Київ: МОЗ України; 2011. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text>.
61. Бенюк В, Гончаренко В, Усевич І, Корнієць Н, Олешко В, Момот А, та ін. Особливості кольпоцитологічного стану і біоценозу піхви у жінок менопаузального віку з атрофічним вагінітом. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022;(6):65-70.
62. Abolmasov AV. Laparoscopic retrovesical colproctinorexy – a new approach in pelvic prolapse surgery. Preliminary results. *Journal of Gynecologic Surgery*. 2019;35(1):1-4. DOI: 10.1089/gyn.2018.0026.
63. Юзько ОМ, Юзько ТА, Махер Аль Абуд. Наш досвід лапароскопічно асистованої екстирпації матки. *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*. 2005;4(2):55-57.
64. Querleu D, Hudry D, Narducci F, Rychlik A. Radical Hysterectomy After the LACC Trial: Back to Radical Vaginal Surgery. *Curr Treat Options Oncol*. 2022 Feb;23(2):227-239. DOI: 10.1007/s11864-022-00937-5.
65. Burness JV, Schroeder JM, Warren JB. Cervical Colposcopy: Indications and Risk Assessment. *Am Fam Physician*. 2020 Jul 1;102(1):39-48.

66. Кучер С, Воронцова Т, Смачило І, Верещагіна Н, Ганьбергер І, Горішній І. Оцінка якості життя за допомогою опитувальника SF-36: аналіз літературних даних. *Перспективи та інновації науки*. 2024;4(38):1313-1324. DOI: [10.52058/2786-4952-2024-4\(38\)-1313-1324](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-4(38)-1313-1324).
67. Samohalska O, Khlibovska O, Vorontsova T. Assessment of quality of life in pregnant women with diseases of the hepatobiliary system. *Modern Medicine, Pharmacy and Psychological Health*. 2023;2(11):23-27. DOI: [10.32689/2663-0672-2023-2-4](https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-2-4).
68. Loran OB, Seregin AV, Dovlatov Zyaka Asaf Ogly. Ispol'zovaniye sistemy POP-Q v otsenke sostoyaniya patsiyentok do i posle korrektsii prolapsa tazovykh organov. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2015;5:1-8.
69. Горовий ВІ, Капшук ОМ, Яцина ОІ, Трифонюк ЛЮ, Балацький РК, Горовий ОВ. Класифікація стресового нетримання сечі у жінок. *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2017;6(111):60-63.
70. Badlani GH, Davila GW, Michel MC, de la Rosette JJMCH, eds. *Continence: Current Concepts and Treatment Strategies*. London: Springer; 2009. 548 p.
71. Downing KT. Uterine prolapse: from antiquity to today. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:649459. DOI: [10.1155/2012/649459](https://doi.org/10.1155/2012/649459).
72. Mattimore J, Cheetham P, Katz A. The history of pelvic organ prolapse from antiquity to present day. *The Journal of Urology*. 2015;193(4S):e590-e591.
73. Cardozo L, Staskin D. *Textbook of Female Urology and Urogynecology*. 5th ed. Boca Raton: CRC Press; 2023. 778 p.
74. Walters MD, Karram MM. *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2014. 688 p.
75. Cooke TJND, Gousse AE. A historical perspective on cystocele repair – from honey to pessaries to anterior colporrhaphy: lessons from the past. *The Journal of Urology*. 2008;179:2126-2130.
76. Martins FE, Holm HV, Sandhu JS, McCammon KA. *Female Genitourinary and Pelvic Floor Reconstruction*. Cham: Springer; 2023. 1280 p.

77. Shah SM, Sultan AH, Thakar R. The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. *Int. Urogynecol.* 2006;17:170-175.
78. Sparić R, Hudelist G, Berisava M, Gudović A, Buzadzić S. Hysterectomy throughout history. *Acta Chir Jugosl.* 2011;58(4):9-14.
79. Pal M. *Urogynecology & Pelvic Reconstructive Surgery*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2023. 470 p.
80. Shkarupa DD, Kubin ND. *Zhenskaya tazovaya meditsina i rekonstruktivnaya khirurgiya*. M.: MEDpress-inform; 2022. 360 s.
81. Joint Writing Group of the American Urogynecologic Society, the International Urogynecological Association. Joint report on terminology for surgical procedures to treat pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2020 Mar;31(3):429-463.
82. Karram M, Maher SF. *Surgical management of pelvic organ prolapsed*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. 186 p.
83. Горовий ВІ, Яцина ОІ. Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник. Вінниця: ТОВ “ТВОРИ”; 2020. 472 с.
84. Горовий ВІ. Практична урогінекологія: курс лекцій. Вінниця: Вінницька обласна друкарня; 2015. 728 с.
85. Hert G. *Operativnaya uroginekologiya*. Translated from English. Edited by Lopatkin NA, Apolikhin OI. M.: GEOTAR-MED; 2003. 276 p.
86. Zimmern PE, Norton PA, Haab F, Chapple CR. *Vaginal surgery for incontinence and prolapse*. London: Springer London; 2006. 304 p.
87. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int. Urogynecol. J.* 1996;7:81-86.
88. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standartization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jul;175(1):10-7.
89. Горовий ВІ. Історичні аспекти вивчення проблеми нетримання сечі у жінок. *Здоров'я України.* 2019;1(115):29-35.

90. Marzi VL, Serati M. Management of pelvic organ prolapse. Current controversies. Cham: Springer; 2018. 178 p.
91. de Tayrac R, Antosh DD, Baessler K, Cheon C, Deffieux X, Gutman R, et al. Summary: 2021 International Consultation on Incontinence evidence – based surgical pathway for pelvic organ prolapsed. *J Clin Med*. 2022 Oct 17;11(20):6106. DOI: 10.3390/jcm11206106.
92. Bradley CS. Prolapse, pain, and pelvic floor muscle dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(3):177-8.
93. Handa VL, Blomquist JL, Carroll M, Roem J, Muñoz A. Longitudinal changes in the genital hiatus preceding the development of pelvic organ prolapse. *Am J Epidemiol*. 2019;188(12):2196-2201.
94. Aubé M, Tu LM. Current trends and future perspectives in pelvic reconstructive surgery. *Womens Health (Lond)*. 2018 Jan-Dec;14:1745506518776498. DOI: 10.1177/1745506518776498.
95. Knysh OV, Isayenko OY, Falko OV, Babych YM, Prokopyuk VY, Prokopyuk OS, et al. Cellular metabolic activity as a marker of cytotoxicity and immunotropicity of probiotics' derivatives. *Regulatory Mechanisms in Biosystems*. 2018;9(2):223-8. DOI: 10.15421/021833.
96. Winkler HA, Tomeszko JE, Sand PK. Anterior sacrospinous vaginal vault suspension for prolapse. *Obstet Gynecol*. 2000;95(4):612-5. DOI: 10.1016/s0029-7844(99)00615-8.
97. Grassi M, Nucera A; European Community Respiratory Health Study Quality of Life Working Group. Dimensionality and Summary Measures of the SF-36 v1.6: Comparison of Scale- and Item-Based Approach Across ECRHS II Adults Population. *Value Health*. 2010 Jun-Jul;13(4):469-78. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2009.00684.x.
98. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*. 2000 Sep;96(3):351-8. DOI: 10.1016/s0029-7844(00)00930-3.

99. Gracia CR, Freeman EW. Onset of the Menopause Transition: The Earliest Signs and Symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018 Dec;45(4):585-597. DOI: 10.1016/j.ogc.2018.07.002.
100. Sharman Moser S, Chodick G, Bar-On S, Shalev V. Healthcare utilization and prevalence of symptoms in women with menopause: A real-world analysis. *Int J Womens Health.* 2020 Jun 3;12:445-454. DOI: 10.2147/IJWH.S246113.
101. Schmidt E. A practical guide to managing genitourinary syndrome of menopause in primary care. *JAAPA* 2023;36(9):17-23. DOI: 10.1097/01.JAA.0000947048.98796.4d.
102. Гладчук ІЗ. Проплапс тазових органів: сучасний погляд на проблему. *Здоров'я України. Тематичний номер «Гінекологія, Акушерство, Репродуктологія»* 2015;1(17):19-20.
103. Katzenellenbogen BS, Montano MM, Ediger TR, Sun J, Ekena K, Lazennec G, et al. Estrogen receptors: selective ligands, partners, and distinctive pharmacology. *Recent Prog Horm Res.* 2000;55:163-95.
104. Saccone G, Ciardulli A, Xodo S, Dugoff L, Ludmir J, Pagani G, et al. Cervical Pessary for Preventing Preterm Birth in Singleton Pregnancies With Short Cervical Length: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Ultrasound Med.* 2017 Aug;36(8):1535-1543. DOI: 10.7863/ultra.16.08054.
105. Pop-Lodromanean D, Chicea R, Bratu DG, Popa LM, Anderco P, Grigore N, et al. From Mesh to Modern Therapies: An Updated Narrative Review on Urogenital Prolapse. *J Clin Med.* 2025 Nov 20;14(22):8254. DOI: 10.3390/jcm14228254.

ДОДАТКИ

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Видання, в яких опубліковані основні наукові результати досліджень

1. V. M. Dudchenko, A. M. Hromova. Evaluation of long-term results of videolaparoscopic radical hysterectomy with appendices and bilateral fixation of the vaginal stump in women with genital prolapse. World of medicine and biology. 2024; 4 (90): 48-52. *(Аспіранткою проведений пошук літературних даних, аналіз, систематизація статистична обробка даних, написання та підготовка статті до друку)*. <http://dx.doi.org/10.26724/2079-8334-2024-4-90-48-52>
2. Зежекало В.М. Етапи прогресування лапароскопічних комбінованих симультанних операцій у гінекології (огляд літератури). Актуальні проблеми сучасної медицини. 2024; 1 (85): 220-224. *(Аспіранткою проведено пошук літератури, їх аналіз і узагальнення з приводу генітального пролапсу та його лікування, написання та підготовка статті до друку)*. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.24.1.220>
3. Dudchenko V, Hromova A. Comparative characteristics of surgical treatment methods of genital prolapse. East Ukr Med J. 2025;13(4):1140-1146 *(Аспіранткою було проведено опитування, аналіз, систематизація та узагальнення отриманих даних, статистична обробка отриманої інформації, написання та оформлення статті до друку)*. [https://doi.org/10.21272/eumj.2025;13\(4\):1140-1146](https://doi.org/10.21272/eumj.2025;13(4):1140-1146)
4. Martynenko VB, Hromova AM, Sheiko VD, Nesterenko LA, Zezekalo VM, Orlova YuA, Talash VV, Kachailo IA. Simultaneous laparoscopic operations in combination with gynecological and surgical pathology. World of medicine and biology. 2023; 3(85):138 - 142. *(Аспіранткою проведено пошук літературних даних, аналіз, систематизація та статистична обробка даних)*. <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2023-3-85-138-142>

5. Зезекало ВМ, Дудченко МО, Громова АМ. Роль білатеральної фіксації кукси піхви в лікуванні генітального пролопсу. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “V Полтавські перинатальні читання ім. Н. М. Максимовича-Амбодика”: доповідач; 2023; 18 листопада; Полтава.
6. Зезекало ВМ, Громова АМ, Дудченко МО. Терапевтичні та хірургічні підходи лікування генітального пролапсу. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “VI Полтавські перинатальні читання ім. Н. М. Максимовича-Амбодика”: доповідач; 2024; 16 листопада; Полтава.
7. Дудченко ВМ, Громова АМ, Дудченко МО. Оперативне лікування генітального пролапсу та особливості післяопераційного ведення. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю “VII Полтавські перинатальні читання ім. Н. М. Максимовича-Амбодика”: доповідач; 2025; 15 листопада; Полтава.
8. Дудченко ВМ, Громова АМ. Етапи розвитку лікування генітального пролапсу. В: Тези матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених “Медична наука - 2025”; 2025 груд 4; Полтава. Полтава : ПДМУ, 2025, с. 50.
9. Зезекало В.М. Особливості проведення відеолапараскопічної тотальної гістеректомії при супутньому генітальному пролапсі. Всеукраїнська науково-практична конференція молодих учених з міжнародною участю «Досягнення експериментальної та клінічної медицини» пам'яті професора Олександра Васильовича КАТРУШОВА м.Полтава, 19 травня 2023 р.
10. Дудченко ВМ, Дудченко МО, Громова АМ, Мартиненко ВБ. винахідники; Полтавський державний медичний університет, патентовласник. Пристрій для мінімізації інтраопераційних ускладнень при ушиванні кукси піхви. Патент на корисну модель №159537, 2025 Черв 11.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації було заслухано та обговорено на засіданнях кафедри акушерства і гінекологіїм №1 Полтавського державного медичного університету (2023, 2024, 2025), та на конференціях «Полтавські перинатальні читання ім. Н. М. Максимовича-Амбодика» (2023, 2024, 2025), а також у Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених “Медична наука” (2023, 2025).