

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ В ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

ВСТУП

Генітальний пролапс (ГП) посідає одне з провідних місць серед гінекологічних захворювань та діагностується у 30–50% жінок, особливо похилого віку. Серед показань до оперативних втручань у гінекологічній практиці ГП знаходиться на третьому місці після доброякісних пухлин та ендометріозу, що підтверджує актуальність та значимість проблеми [1].

Пролапс геніталій зазвичай викликає значні порушення якості життя та зниження працездатності у жінок, уродинамічні та проктологічні ускладнення у кожній третій жінки (нетримання сечі, дисхезію). ГП та пов'язані з ним розлади призводять до порушень соціального, психологічного і клінічного стану хворих у вигляді соціальної ізоляції, депресії, сексуальної дисфункції тощо [2].

На сьогодні ГП вважається прихованою епідемією, яка охоплює від 10 до 58% жінок, особливо похилого віку. Але проблема бере початок ще у молодому віці та може бути наслідком важкої праці, утруднених пологів, пологового травматизму [3].

Зважаючи на той факт, що кількість жінок похилого віку в світі постійно зростає, проблема ГП та урогінекологічних захворювань, які його супроводжують, набуває все більшої актуальності. Вважається, що нині хірургічного лікування ГП потребує 11–15% жіночого населення. Майже 10% жінкам виконують оперативні втручання з приводу ГП, але в 30% із них виникають рецидиви, що вказує на необхідність пошуку нових діагностичних і лікувальних методів корекції порушень тазових органів [4].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Враховуючи відсутність єдиного погляду на причини виникнення ГП, захворювання вважається поліетіологічним. Однак більшість дослідників вважає, що головний фактор розвитку ГП – це порушення стану тазового дна, його неспроможність забезпечувати повноцінну підтримку тазових органів. Порушення мікроциркуляції тканин тазового дна, втрата каплярного зв'язку між передньою стінкою матки та сечовим міхуром, порушення венозного відтоку та архітекtonіки малого таза, недостатнє кровопостачання промежини, гіпоестроге-

нія, дистрофія або атрофія епітелію піхви – все це фактори, які сприяють розвитку ГП [5–7].

У лікуванні ГП провідне місце займають хірургічні методи (абдомінальні, вагінальні, лапароскопічні, комбіновані). Відомо більше ніж 300 варіантів операцій при ГП, але, незважаючи на велике розмаїття оперативних втручань, проблема лікування ГП не втратила своєї актуальності через часті рецидиви. Зокрема, у 30–40% випадків відбувається випадіння купола піхви після вагінальної гістеректомії [8].

Вирішення цієї проблеми особливо важливе для пацієнок працездатного віку, тому лікування та реабілітація жінок із ГП має не тільки медичне, а й соціальне значення. Залишаються актуальними питання вдосконалення техніки операцій, пошук нових, ефективніших підходів до реабілітації хворих. Недостатня ефективність пластики нативними тканинами призводить до необхідності пошуку нових методів реконструкції.

Сьогодні в лікуванні ГП широко використовуються сітчасті ендопротези для хірургічної корекції передньо-апикального пролапсу, зокрема ендопротези з проведенням задніх рукавів імплантату через крижово-остисті зв'язки для корекції ГП III–IV ступеня тяжкості [9]. Цей органозберігаючий метод забезпечує високу анатомічну ефективність, нормалізує гемодинаміку, сприяє покращенню якості життя. Водночас використання синтетичних сітчастих матеріалів ускладнює післяопераційний період через часті запалення, відторгнення штучного матеріалу та подальше рецидивування ГП у 8–10% пацієнок, а також спричиняє стресове нетримання сечі після операції [10–13]. Все це подовжує час, необхідний для лікування пацієнок із ГП; до того ж, згадані матеріали дорого коштують. Отже, враховуючи вищевикладене, пошук заходів зі зниження частоти рецидивів ГП після хірургічного втручання залишається актуальним завданням сучасної гінекології.

Мета дослідження – оптимізація профілактики рецидивів ГП у жінок похилого віку після хірургічного втручання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 56 жінок похилого віку з ГП III–IV ступеня тяжкості, які були розділені на 2 групи в залежності від способу лікування та профілактики:



Р.А. САФОНОВ

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського національного медичного університету, завідувач гінекологічним відділенням КНП «Обласна клінічна лікарня» ХОР, м. Харків
ORCID: 0000-0003-0345-4000

В.В. ЛАЗУРЕНКО

д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства та гінекології №2 Харківського НМУ, м. Харків
ORCID: 0000-0002-7300-4868

О.Л. ЧЕРНЯК

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології ХНУ ім. В.Н. Каразіна, м. Харків
ORCID: 0000-0003-0781-2469

О.А. ЛЯЩЕНКО

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського НМУ, м. Харків
ORCID: 0000-0001-7118-9961

О.Б. ОВЧАРЕНКО

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського НМУ, м. Харків
ORCID: 0000-0002-1663-568X

Контакти:

Сафонов Роман Анатолійович
Харківська обласна клінічна лікарня, відділення гінекології
61022, Харків, пр. Правди 13
email: safrom68@gmail.com

• I група – 26 жінок, яким після хірургічного лікування для підвищення ефективності профілактики рецидиву ГП призначали піхвові супозиторії Ревітакса протягом 30 діб.

• II група – 30 жінок, яким було виконано традиційне хірургічне лікування ГП без використання додаткової місцевої терапії.

III (контрольну) групу склали 30 жінок без ознак ГП.

Дослідження проводилося на клінічній базі кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського національного медичного університету в гінекологічному відділенні комунального неприбуткового підприємства «Обласна клінічна лікарня» Харківської обласної ради.

При обстеженні учасниць дослідження велика увага приділялася вивченню анамнезу хвороби, характеру і вираженості ГП, його тривалості, причинам виникнення, наявності екстрагенітальної патології, застосовуваним раніше методам лікування ГП. Для визначення ступеня пролапсу використовували класифікацію Baden-Wolker (1972) або систему кількісної оцінки ГП (Pelvic Organ Prolapse Quantification system, POP-Q) (1996). УзД виконували на апараті Philips HD 11 XE. Для оцінки стану органів малого таза, промежини, тазового дна використовували трансвагінальну ехографію, а кровотік судин органів малого таза та промежини досліджували за допомогою доплерометрії. Для визначення стану промежини і суміжних органів були проведені леваторний тест, Q-tip тест, тест Вонпеу, урофлоуметрія.

Для обробки отриманих результатів використовували методи параметричної статистики з використанням програм Statistica 6.0 і Biostat.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік обстежених жінок варіював від 60 до 82 років, середній вік I групи склав $68,5 \pm 6,2$ року, II – $63,8 \pm 2,4$ року. Жительок міста серед учасниць дослідження було 9 (16,1%), передмістя – 47 (83,9%), що може свідчити про ймовірний вплив на розвиток ГП фізичних навантажень, хоча так само може бути обумовлено специфікою лікувального закладу, де проводилося дослідження

(обласна лікарня). Основні характеристики учасниць дослідження наведено в таблиці.

Повний ГП був діагностований у 35 (62,5%) жінок, неповний – у 21 (37,5%). У 44 (78,6%) ГП був ускладнений цистоцеле, у 32 (57,1%) – ректоцеле. Лейоміома матки діагностувалась у 19 (33,9%) жінок, старий розрив промежини – у 42 (75%), декубітальна нориця – у 9 (16,1%).

Серед екстрагенітальної патології визначалися артеріальна гіпертензія – 24 (42,9%) пацієнтки, варикозне розширення вен – 29 (51,8%), захворювання ШКТ – 17 (30,4%), захворювання нирок – 11 (19,6%), цукровий діабет – 4 (7,1%), патологія щитоподібної залози – 8 (14,2%), а також інші хронічні захворювання, притаманні жінкам похилого віку (рис. 1).

Хірургічне лікування учасниць обох груп дослідження включало трансвагінальну екстирпацію матки без придатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію у 39 (69,6%) хворих та передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну лівобічну кольпопексію у 17 (30,4%) хворих. У 2 жінок операції були доповнені лапароскопічним втручанням через необхідність видалення яєчника.

Сакроспінальна кольпопексія як доповнення до трансвагінальної екстирпації матки або пластичної піхвової операції зменшує кількість рецидивів та надає можливість зберегти архітектоніку тазового дна і тазових органів, якщо виконується без видалення матки. Її можна рекомендувати як операцію вибору жінкам похилого віку з тяжкою екстрагенітальною патологією, тому що вона дозволяє скоротити час операції, не потребує абдомінального доступу та значних витрат на синтетичні матеріали. Трансвагінальну та лапароскопічну кольпосакропексію не застосовували через довготривалість операції та необхідність абдомінального оперативного доступу, що неможливо в жінок похилого віку з тяжкою екстрагенітальною патологією.

Протягом року після оперативного втручання у I групі, учасниці якої застосовували в післяопераційний період піхвові супозиторії Ревітакса, не було зафіксовано жодного випадку рецидиву ГП. У той же час у II групі виникли три рецидиви (10%): в одному випадку – повне випадіння куполу піхви через 2 міс після трансвагінальної екстирпації матки, та у двох випадках – цистоцеле.

Таблиця. Характеристики учасниць дослідження

Показник	I група, n = 26	II група, n = 30	p
Вік, роки (M ± m)	68,5 ± 6,2	63,8 ± 2,4	< 0,05
Індекс маси тіла, кг/м ² (M ± m)	29,2 ± 3,9	28,5 ± 4,3	0,54
Менопауза, n (%)	15 (57,7)	18 (60)	0,34
Гістеректомії в анамнезі, n (%)	3 (11,5)	0	< 0,05
Попередні операції з приводу пролапсу, n (%)	5 (19,2)	0	< 0,05
Попередні операції з приводу нетримання сечі, n (%)	3 (11,5)	3 (10)	0,84



Рисунки. Супутня екстрагенітальна патологія учасниць дослідження, абс. ч.

Згідно з даними сучасної літератури, рецидив ГП після гістеректомії та вагінальної пластики спостерігається у 25–30% жінок похилого віку, а після використання синтетичних протезів – у 9–12% випадків [14]. Необхідно відзначити, що однобічна сакропексія дозволяє скоротити час операції за рахунок фіксації з одного, а не з двох боків, що не впливає на ефективність оперативного втручання. Відсутність синтетичних сітчастих тканин, на які можлива алергічна або запальна реакція, нижчий ступінь больового синдрому, а також використання в післяопераційному періоді піхвових супозиторіїв Ревітакса дозволяє швидше відновити стан слизової піхви та м'язів тазового дна та попередити розвиток запальних процесів, що має важливе значення для профілактики рецидиву ГП. Такий ефект обумовлений тим, що Ревітакса – це комбінація природних речовин з виразною регенеративною, антисептичною, протизапальною та імуностимулюючою дією. Гіалуронова кислота, що входить до складу супозиторіїв, сприяє загоєнню і зміцненню стінок піхви після операції, інші компоненти позитивно впливають на синтез колагену і зволоження піхви, активують процеси епітелізації вагінальних стінок [15].

Таким чином, застосування супозиторіїв Ревітакса попереджує рецидиви ГП у жінок похилого віку, в яких спостерігається атрофія м'язів, зокрема тазового дна, часте відторгнення штучної тканини, погана переносимість довготривалих оперативних втручань. Ефективність використання Ревітакси для профілактики рецидивів ГП ілюструє наступний приклад.

Клінічний випадок

Хвора О., 64 роки, звернулася до лікаря акушера-гінеколога зі скаргами на нетримання сечі, опущення внутрішніх статевих органів, дисхезію (рис. 2). Вважає, що хвороба триває протягом останніх 5 років, коли з'явилися перші скарги. В анамнезі 2 пологів із розривом промежини (перші пологи), епізіотомією (другі пологи), народження крупних плодів (вагою 4000 та 4200 г). При обстеженні встановлено діагноз: генітальний пролапс III ступеня, цистоцеле. Рекомендовано хірургічне лікування.

Виконана передня кольпорафія, кольпоперінеорафія, лівобічна сакроспінальна фіксація. Протягом наступних 30 днів після операції призначені супозиторії Ревітакса. При



Рисунок 2. Повне випадіння матки

обстеженні пацієнтки через 1, 3, 6, 12 та 24 міс після оперативного втручання рецидиву захворювання не відзначено.

Результати даного лікування стали підґрунтям для оформлення патенту та впровадження методики у лікувальних закладах України [16].

ВИСНОВОК

Для профілактики рецидиву ГП III–IV ступеня тяжкості в жінок похилого віку під час оперативного лікування рекомендується виконувати однобічну сакроспінальну фіксацію купола піхви з подальшим застосуванням протягом 30 днів піхвових супозиторіїв Ревітакса.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Лологаєва, М.С.

Пролапс тазових органів в XXI в. / М.С. Лологаєва, Д.Г. Арютин, М.Р. Оразов // Акушерство і гінекологія: новості, мнения, обучение. – 2019. – №7 (3). – С. 76–82. Lologayeva, M.S., Arutin, D.G., Orasov, M.R.

“Pelvic organ prolapse in the 21st century.” *Obstetrics and gynecology: news, opinions, training* 7.3 (2019): 76–82.

2. Буянова, С.Н.

Пролапс геніталій / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, Е.С. Зубова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017. – №17 (1). – С. 37–45.

Buyanova, S.N., Shchukina, N.A., Zubova, E.S.

“Genital prolapse.” *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist* 17.1 (2017): 37–45.

3. Aleixo, G.F., Fonseca, M.C.M., Bortolini, M.A.T., et al.

“Pelvic floor symptoms 5 to 14 years after total versus subtotal hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis.” *International Urogynecology Journal* 30.2 (2019): 181–90.

4. Meriwether, K.V., Antosh, D.D., Olivera, C.K., Kim-Fine, S.

“Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines.” *Am J Obstet Gynecol* 219.2 (2018): 129–46.

5. Горовий, В.І.

Практична урогінекологія: курс лекцій / В.І. Горовий, Б.Ф. Мазорчук, В.О. Шапринський. – Вінницька обласна друкарня, 2015. – С. 417–482.

Horoviy, V.I., Mazorchuk, B.F., Shapirynskiy, V.O.

Practical urogynecology: course of lectures. Vinnytsia Regional Printing House (2015): 417–82.

6. Sun, Z., Zhu, L., Xu, T., et al.

“Effects of preoperative vaginal estrogen therapy for the incidence of mesh complication after pelvic organ prolapse surgery in postmenopausal women: is it helpful or a myth? A 1-year randomized controlled trial.” *Menopause* 23.7 (2016): 740–8.

7. Cadish, L.A., West, E.H., Sisto, J., et al.

“Preoperative vaginal estrogen and midurethral sling exposure: a retrospective cohort study.” *Int Urogynecol J* 27.3 (2016): 413–7.

8. Памфамиров, Ю.К.

К вопросу об оперативном лечении пролапса геніталій / Ю.К. Памфамиров, Н.М. Романенко, Г.А. Пучкина, А.В. Самойленко // Вестник науки и образования. – 2017. – №2 (26). – С. 92–95.

Pamfamirov, Y.K., Romanenko, N.M., Puchkina, G.A., Samoilenko, A.V.

"On the issue of surgical treatment of genital prolapse." Bulletin of Science and Education 2.26 (2017): 92–5.

9. Шкарупа, Д.Д.

Передне-апікальна протезируюча реконструкція тазового дна вагінальним доступом з применением сверхлегкого сетчатого імплантанта. 2 года наблюдения / Д.Д. Шкарупа, Н.Д. Кубин, Э.Н. Попов и др. // Журнал акушерства и женских болезней. — 2018. — Т.67, №3. — С. 55–63.

Shkarupa, D.D., Kubin, N.D., Popov, E.N., et al.

"Anterior-apical prosthetic reconstruction of the pelvic floor by vaginal access using an ultralight mesh implant 2 years of follow-up" Journal of obstetrics and woman diseases 67.3 (2018): 55–63.

10. Chughtai, B., Mao, J., Buck, J., et al.

"Use and risks of surgical mesh for pelvic organ prolapse surgery in women in New York state: population based cohort study." BMJ 2.350 (2015): h2685.

11. Al-Zahrani, A.A., Gajewski, J.

"Urodynamic findings in women with refractory overactive bladder symptoms." Int J Urol 23.1 (2016): 75–9.

12. Caliskan, A., Ozeren, M., Goeschen, K.

"Modified posterior intravaginal slingplasty: does the additional bilateral tape attachment to the sacrospinous ligament improve the results?" Cent European J Urol 71.3 (2018): 326–33.

13. Basu, M., Wise, B., Duckett, J.

"Urgency resolution following prolapse surgery: is voiding important?" Int Urogynecol J 24.8 (2013): 1309–13.

14. Goeschen, K.

"Role of uterosacral ligaments in the causation and cure of chronic pelvic pain syndrome." Pelviperineology 34 (2015): 2–20.

15. Резниченко, Н.А.

Диагностика и лечение патологии шейки матки, ассоциированной с сексуально-трансмиссивными

заболеваниями / Н.А. Резниченко, Е.Ф. Белявцева // Здоровье женщины. — 2013. — №10 (86). — С. 39–43.

Reznichenko, N.A., Belyavtseva, E.F.

"Diagnostics and treatment of cervical pathology associated with sexually transmitted diseases." Women's Health 10.86 (2013): 39–43.

16. Патент №142834 Україна, МПК А61В 17/00.

Спосіб лікування та профілактика рецидиву генітального пролапсу 3–4 ступеня у жінок похилого віку // Лазуренко В.В., Сафонов Р.А., Лященко О.А., Овчаренко О.Б., Каліновська О.І. — № u2020 00986; заявл. 17.02.2020; опубл. 25.06.2020, бюл. № 12.

Patent No. 142834 Ukraine, A61B 17/00.

Treatment and prevention of recurrence of grade 3–4 genital prolapse in women with kidney disease / Lazurenko, V.V., Safonov, R.A., Lyashchenko, O.A., Ovcharenko, O.B., Kalinovska, O.I.; No. u2020 00986; appl. 02.17.2020; publ. 06.25.2020, Bull. No. 12.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ В ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Р.А. Сафонов, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського НМУ, завідувач гінекологічним відділенням КНП «Обласна клінічна лікарня» ХОР, м. Харків

В.В. Лазуренко, д. мед. н., професор, завідувачка кафедрою акушерства та гінекології №2 Харківського НМУ, м. Харків

О.Л. Черняк, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології ХНУ ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

О.А. Лященко, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського НМУ, м. Харків

О.Б. Овчаренко, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського НМУ, м. Харків

Генітальний пролапс (ГП) посідає одне з провідних місць серед гінекологічних захворювань та діагностується у 30–50% жінок, особливо похилого віку, а пов'язані з ним розлади призводять до порушень соціального, психологічного та клінічного стану хворих у вигляді соціальної ізоляції, депресії, сексуальної дисфункції тощо.

Мета дослідження – оптимізація профілактики рецидивів ГП у жінок похилого віку після хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Обстежено 56 жінок у віці від 60 до 82 років з ГП III–IV ступеня тяжкості, які були розділені на 2 групи в залежності від способу лікування та профілактики. 26 жінкам I групи після хірургічного лікування для підвищення ефективності профілактики рецидиву ГП призначили вагінальні супозиторії Ревітакса протягом 30 днів. 30 жінкам II групи виконали традиційне хірургічне лікування ГП без додаткової місцевої терапії. Хірургічне лікування жінок із ГП включало трансвагінальну екстирпацію матки без придатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластикою, сакроспинальну кольпопексію у 39 (69,6%) пацієнток та передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластикою, сакроспинальну лівобічну кольпопексію у 17 (30,4%) хворих. У 2 жінок операції були доповнені лапароскопічним втручанням через необхідність видалення яєчника.

Результати. Запропонований спосіб профілактики рецидиву ГП у жінок похилого віку (під час оперативного лікування ГП III–IV ступеня виконується однобічна сакроспинальна фіксація купола піхви з наступним використанням вагінальних супозиторіїв Ревітакса протягом 30 днів) дозволив отримати 100% результат, на відміну від 90% у жінок із хірургічним лікуванням ГП, які не застосовували супозиторії Ревітакса.

Висновок. Для профілактики рецидиву ГП III–IV ступеня в жінок похилого віку рекомендується під час оперативного лікування виконувати однобічну сакроспинальну фіксацію купола піхви з подальшим використанням піхвових супозиторіїв Ревітакса протягом 30 днів.

Ключові слова: генітальний пролапс, профілактика рецидиву, Ревітакса.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ У ПОЖИЛИХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Р.А. Сафонов, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 Харьковского НМУ, заведующий гинекологическим отделением КНП «Областная клиническая больница» ХОР, г. Харьков

В.В. Лазуренко, д. мед. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 Харьковского НМУ, г. Харьков

О.Л. Черняк, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ХНУ им. В.Н. Каразина, г. Харьков

О.А. Лященко, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 Харьковского НМУ, г. Харьков

О.Б. Овчаренко, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 Харьковского НМУ, г. Харьков

Генітальний пролапс (ГП) займає одне з провідних місць серед гінекологічних захворювань та діагностується у 30–50% жінок, особливо похилого віку, а пов'язані з ним розлади призводять до порушень соціального, психологічного та клінічного стану хворих у вигляді соціальної ізоляції, депресії, сексуальної дисфункції тощо.

Цель исследования – оптимизация профилактики рецидивов ГП у пожилых женщин после хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Обследовано 56 женщин в возрасте от 60 до 82 лет с ГП III–IV степени тяжести, которые были разделены на 2 группы в зависимости от способа лечения. 26 женщинам первой группы после хирургического лечения для повышения эффективности профилактики рецидива ГП назначили вагинальные супозитории Ревитакса в течение 30 суток. 30 женщинам второй группы выполнили традиционное хирургическое лечение ГП без дополнительной местной терапии. Хирургическое лечение женщин с ГП включало трансвагинальную экстирпацию матки без придатков, переднюю кольпорафию, кольпоперинеорафию с леваторопластикой, сакроспинальную кольпопексию у 39 (69,6%) пациенток и переднюю кольпорафию, кольпоперинеорафию с леваторопластикой, сакроспинальную левостороннюю кольпопексию у 17 (30,4%) больных. У 2 женщин операции были дополнены лапароскопическим вмешательством из-за необходимости удаления яєчника.

Результаты. Предложенный способ профилактики рецидива ГП у пожилых женщин (во время оперативного лечения ГП III–IV степени выполняется односторонняя сакроспинальная фиксация купола влагалища с последующим использованием вагинальных супозиториев Ревитакса в течение 30 суток) позволил получить 100% результат, в отличие от 90% у женщин с хирургическим лечением ГП, которые не применяли супозитории Ревитакса.

Вывод. Для профилактики рецидива ГП III–IV степени у женщин похилого возраста рекомендуется в ходе оперативного лечения выполнять одностороннюю сакроспинальную фиксацию купола влагалища с последующим использованием влагалищных супозиториев Ревитакса в течение 30 суток.

Ключевые слова: генітальний пролапс, профілактика рецидива, Ревітакса.

PREVENTION OF GENITAL PROLAPSE RECURRENCE IN ELDERLY WOMEN AFTER SURGERY

R.A. Safonov, PhD, associate professor, Obstetrics and Gynecology Department No. 2, Kharkiv National Medical University, head of the Gynecological Department, Kharkiv Regional Clinical Hospital

V.V. Lazurenko, MD, professor, head of Obstetrics and Gynecology department No. 2, Kharkiv National Medical University, Kharkiv

O.L. Chernyak, PhD, associate professor, Obstetrics and Gynecology Department, V. N. Karazin Kharkiv National University

O.A. Lyashchenko, PhD, associate professor, Obstetrics and Gynecology Department No. 2, Kharkiv National Medical University

O.B. Ovcharenko, PhD, associate professor, Obstetrics and Gynecology Department No. 2, Kharkiv National Medical University

Genital prolapse (GP) is one of the leading gynecological diseases and is diagnosed in 30–50% of women, especially the elder ones. Its related disorders lead to social, psychological and clinical disorders in the form of social isolation, depression, sexual dysfunction, etc.

Purpose of the study was to optimize the prevention of GP recurrence in elderly women after surgery.

Materials and methods. 56 women aged from 60 to 82 with GP of III–IV degree of severity were examined and divided into 2 groups depending on the treatment method and prevention. 26 women in the first group were prescribed vaginal suppositories Revitaxa for 30 days after surgical treatment to increase the GP recurrence prevention. 30 women in the second group underwent traditional surgical treatment of GP without additional local therapy. Surgical treatment of women with GP included transvaginal extirpation of uterus without appendages, anterior colporrhaphy, colpoperineoraphy with levatoroplasty, sacrosacral colpopexy in 39 (69.6%) patients and anterior colporrhaphy, colpoperineoraphy with levatoroplasty in 17 patients. Operation was supplemented by laparoscopic intervention due to the need to ovary remove in 2 women.

Results. The proposed method of GP recurrence prevention in elderly women (unilateral sacrosacral fixation of the vaginal dome during surgical treatment of GP III–IV degrees which was followed by using vaginal suppositories Revitaxa for 30 days) allowed obtaining a 100% result in contrast to 90% in women with surgical treatment of GP without Revitaxa.

Conclusion. The unilateral sacrosacral fixation of the vaginal dome during surgical treatment of GP III–IV degrees and using vaginal suppositories Revitaxa for 30 days after surgery is recommended to prevent the recurrence of GP in elderly women.

Keywords: genital prolapse, prevent recurrence, Revitaxa.