



ВДОСКОНАЛЕННЯ ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ПРОЛАПСАМИ ГЕНІТАЛІЙ

Г.Б. СЕМЕНИНА

д. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Контакти:

Семенова Галина Богданівна
ЛНМУ ім. Данила Галицького,
кафедра акушерства і гінекології
79010, Львів, Рапопорта, 8
тел: +380 (67) 157 4 157
e-mail: Yaroslavbuchko@gmail.com

ВСТУП

Одним із яскравих прикладів міждисциплінарної патології на сьогоднішній день є пролапси внутрішніх геніталій у жінок. Перші їх описи знайдені в одному з папірусів Еберса та датуються 1760–1550 р. до н. е. Незважаючи на те, що образ, статус і спосіб життя жінки за три минулих тисячоліття істотно змінились, проблема пролапсу геніталій продовжує залишатись актуальною. Ані науково-технічний прогрес, який значно полегшив жіночу працю, ані обмеження зайнятості жінок у важкому виробництві і сільському господарстві, ані кількість пологів, ані феміністичні рухи, ані зусилля багатьох поколінь лікарів – ніщо не зменшує поширеність цієї патології серед жіночого населення [1].

Зазвичай захворювання починається ще в молодому віці, повільно прогресуючи і несприятливо позначаючись на стані залучених у процес органів малого тазу. В першу чергу, це призводить до порушень генеративної і сексуальної функцій, а також до проблем із дефекацією та сечовиділенням. По-друге, незважаючи на те, що пролапс геніталій не призводить безпосередньо до смерті, вказаний спектр порушень позначається на загальному і психічному стані, працездатності та якості життя жінок [23]. Таку ситуацію лікарі всього світу відзначають досить часто (до 40% у різних вікових групах),

а дослідники констатують неухильне зростання частоти пролапсів як у зв'язку зі збільшенням тривалості життя, так і через зростання кількості молодих жінок, котрі страждають на неповноцінність м'язів тазового дна і пролапси органів тазу. За даними К.М. Luber та співавторів, кількість випадків пролапсів геніталій складає 1,7/1000 на рік серед жінок 30–39 років і 18,6/1000 на рік серед жінок 70–79 років [13].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Впродовж багатьох років дослідники всього світу ведуть дискусію щодо причин виникнення опущень і випадів жіночих статевих органів. Більшість із них погоджується з думкою про те, що пусковим моментом у розвитку пролапсів є порушення анатомічної цілісності та функціонування одного зі зв'язкових апаратів матки: підвішувального, фіксуєного або підтримуючого. Згідно з теорією В. Schultze, головну роль у такій патології відіграє недостатність круглих зв'язок. При цьому виникає ретроверсія матки, яка є пусковим механізмом її опущення і подальшого випадіння. На думку L. Troiano та співавторів, основна роль у розвитку пролапсів належить атрофії та деструкції тканин фіксуєних зв'язок – кардинальних і крижово-маткових [27].

Тканини тазового дна і донині є предметом прицільної уваги вчених різних поколінь. Проведено численні гістохімічні та гістологічні дослідження, які вказують на атрофічні та дистрофічні зміни м'язів і фасцій тазового дна. Серед фахівців домінує думка, що основною причиною розвитку пролапсу геніталій слід вважати неповноцінність м'язів тазового дна у забезпеченні повноцінної підтримки тазових органів. У свою чергу, пролапс слід розглядати як килу тазового дна [9, 19, 25].

Найчастіше обговорюється питання про зв'язок пролапсу геніталій із вагітностями і пологами. В той час як одні з дослідників вважають основною причиною пролапсів травму промежини в пологах [3, 14, 27, 28], інші вважають пологи без розсікання промежини обставиною, яка погіршує подальшу функціональну повноцінність тазового дна [10]. Водночас будь-які вагінальні пологи можуть бути фактором, що травмує тазове дно. І що більшою є кількість пологів, то вища ймовірність розвитку генітального пролапсу в подальшому, навіть за відсутності травми промежини в анамнезі. Причину цього J. Bourguignon та співавтори вбачають у порушенні іннервації тазового дна під час пологів, відзначаючи порушення провідності соромітних нервів у 20% породілей [4].

У зв'язку з цим цікава думка L. Troiano, A. Tsunoda та їхніх колег про залежність ризику подальшого виникнення неповноцінності тазового дна від тривалості другого періоду пологів [27, 28].

І хоча низка дослідників вважає відсутність вагінальних пологів в анамнезі профілактикою пролапсу геніталій [11, 12], існує уявлення, що будь-яка вагітність тривалістю понад 20 тижнів підвищує ризик патології тазового дна незалежно від способу родорозрішення. Зокрема, E.M. Sze пояснює це негативним впливом першого періоду пологів, а не другого, як зазвичай вважають [26]. Водночас інші дослідники не виявили достовірних відмінностей у частоті виникнення пролапсу в групах жінок після пологів *per vias naturalis* і після кесаревого розтину [7].

Ще однією проблемою в еволюції уявлень про причини пролапсу геніталій є зв'язок цієї патології зі ступенем розвитку тазової та підшкірної жирової клітковини жінки [3].

Крім того, поширеними є думки про те, що пролапси спричиняє хронічне підвищення внутрішньочеревного тиску, до якого призводять важка фізична праця, тривале статичне положення, хронічний кашель, утруднення дефекації, наявність пухлин черевної порожнини [3, 14].

Певне місце у патофізіології пролапсів відводять порушенням кровообігу і мікроциркуляції тканин тазового дна. Розглядають роль втрати капілярного зв'язку між передньою стінкою матки і сечовим міхуром. До неповноцінності м'язів тазового дна може також призводити недостатнє кровопостачання м'язів промежини. Аналогічні порушення спостерігають і у жінок із анемією [20].

Беззаперечний факт, що на тканини організму жінки впливає екскреція статевих стероїдів, недостатня концентрація яких погіршує перебіг генітального пролапсу, оскільки тканини промежини містять велику кількість рецепторів до естрогенів та прогестерону [24].

Більш складні теорії пов'язані з ймовірними змінами в біохімії тканин тазового дна і зв'язок матки. Порушена єдність структурної організації, функціональної повноцінності та біохімічні зміни тканин промежини являють собою патогенетичний каскад, який розвивається при синдромі неповноцінності тазового дна. Зокрема, гістохімічні дослідження перинеальних тканин виявили зниження активатора плазміногена урокіназного типу [30].

Останнім часом почастишали повідомлення про пролапси геніталій у молодих жінок після пологів, не ускладнених травмою тазового дна (2,7%), після операції кесаревого розтину (0,9%) і навіть у жінок, які не народжували [7]. Крім того, спостерігається часте поєднання пролапсу геніталій із такими захворюваннями і станами, як гіперрухомість суглобів, артрит, остеохондроз, остеопороз, плоскостопість, геморої, патологія дихальної системи, грижі передньої черевної стінки, *striae gravidarum*, міопія тощо [2, 17, 29]. Ці факти спонукають до думки, що виникненню пролапсу тазових органів у молодих жінок сприяють радше патологічні зміни сполучної тканини, ніж акушерські травми тазового дна [22].

Нині досить велике поширення отримала теорія системної дисплазії сполучної тканини як головної причини пролапсів. За цих умов пологи і травми розглядаються як провокуючі фактори [6, 8, 29]. І що яскравіші прояви дисплазії на поліорганному рівні, то частішими є швидкі та стрімкі пологи, і так само частіше виникає пролапс геніталій, який більш виражено маніфестує, важче піддається хірургічній корекції та зумовлює високу частоту рецидивів [5].

Актуальним напрямком перинеології є також пошук генетичної зумовленості пролапсу тазових органів і нетримання сечі. У цьому випадку пролапс геніталій розглядається як спадково детермінований дефект у молекулярно-біохімічній структурі колагену, а отже – наслідок зниження міцності фіксуєчого апарату і фасцій тазового дна [16]. За даними H.R. Marata та співавторів, пролапс і схильність до рецидивів після хірургічної корекції архітектоники тазових органів і промежини частіше спостерігаються у представниць європейської, ніж негроїдної раси [15]. С. Scherf та інші, досліджуючи поширеність пролапсу серед селянок Гамбії, виявили плем'я Wolof, в якому на пролапс тазових органів страждають 46% жінок незалежно від акушерського анамнезу, причому пролапси тяжкого ступеня серед них досягають 14% [21].

Зниження синтезу естрогенів призводить до гіпотрофії епітелію сечоміхурового трикутника й уретри, зниження чутливості адренорецепторів шийки сечового міхура і тургору тканин за рахунок зменшення в них кількості води. Висока чутливість різних структур нижніх відділів сечовидільної і статеві систем до ендо- і екзогенного впливу естрогенів зумовлена їх спільним ембріональним минулим: піхва, уретра, сечовий міхур і нижня третина сечоводів розвиваються з урогенітального синуса. Рецептори до естрогенів виявлені у слизовій оболонці та м'язових шарах стінки піхви, епітеліальній, м'язовій, сполучнотканинній і судинній структурах уретри, в слизовій оболонці та м'язі сечового міхура, у м'язах тазового дна, круглій матковій зв'язці, у сполучнотканинних структурах малого тазу. Зниження вмісту статевих гормонів призводить до розвитку атрофії в ес-

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

трогенозалежних тканинах сечовидільної системи; епітелій стає блідим та сухим, зменшується вміст жирової тканини у великих статевих губах, знижується еластичність уретри і васкуляризація підслизового шару. М'язи тазового дна втрачають тонус, що може призводити до пролапсів геніталій; зменшується вміст глікогену у клітинах епітелію, знижується колонізація піхви лактобацилами, при цьому розвивається бактеріальний вагіноз і виникають передумови для сенильних кольпітів. За даними літератури, при порушеному тазовому дні старечі кольпіти виникають у 17-22 рази частіше, ніж у пацієнок із непошкодженою промежиною [1].

Перераховане вище створює низку закономірних передумов до зниження інтенсивності трофічних регенеративних процесів, які спричиняють ризик ускладнень, неповноцінної епітелізації та рецидиву захворювання.

Метою дослідження була оптимізація ведення післяопераційного періоду в жінок із пролапсом геніталій за рахунок інтенсифікації трофічних і регенеративних процесів у тканинах та зниження частоти інфекційних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження увійшли 57 жінок віком від 53 до 67 років, прооперованих тазовим доступом із приводу пролапсів геніталій, які були розподілені на дві групи. Першу (I) групу склали 27 жінок, післяопераційний період у яких проводився згідно із загальноприйнятою методикою, другу (II) групу – 30 жінок, яким під час післяопераційного періоду двічі на добу впродовж 7 днів місцево вводили комбінований препарат декспантенол із хлоргексидином у формі вагінальних супозиторіїв (депантол).

Депантол – це комбінований препарат для місцевого застосування, який чинить відновлювальну, антисептичну і метаболічну дію. Хлоргексидин, який входить до його складу, активний до граммпозитивних та грамнегативних бактерій *Chlamidia spp.*, *Ureaplasma spp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacterioides fragilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, дріжджів, дерматофітів, найпростіших (*Trichomonas vaginalis*). Слабко чутливими до препарату є деякі штами *Pseudomonas spp.*, *Proteus spp.*, а також кислотоустійкі форми бактерій, спори бактерій, гриби, віруси. Декспантенол має регенеруючу, вітамінізуючу та протизапальну дію, стимулює регенерацію слизових оболонок, нормалізує клітинний метаболізм, прискорює мітоз та збільшує міцність колагенових волокон. Депантол не порушує функціональну активність лактобацил та зберігає активність (хоча і дещо знижену) за наявності крові та гною.

Перед оперативним втручанням пацієнтки обох груп проходили стандартне медичне обстеження відповідно до наказів МОЗ України.

Ефективність терапії оцінювали за наявністю скарг пацієнтки (свербіж, біль, печіння, виділення), місцевим статусом (гіперемія, болючість, набряк, виділення), лабораторними показниками (кількість лейкоцитів і епітеліальних клітин, наявність ключових клітин, склад мікрофлори піхви), наявністю післяопераційних інфекційних ускладнень.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням пакету програм Statistica 8.0 (Stat. Soft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У всіх обстежуваних жінок діагностували опущення стінок піхви (100%), неповноцінність м'язів тазового дна (100%), цистоцеле (96,5%), ректоцеле (87,7%), елонгацію шийки матки (82,5%). До виконаних оперативних втручань увійшли: манчестерська операція (82,5%), пластика стінок піхви (17,5%), кольполеватороперинеопластика (100%).

У 85,9% жінок соматичний анамнез був обтяжений, зокрема, серцево-судинними захворюваннями (78,9%), варикозною хворобою (57,9%), патологією сечовивідної системи (26,3%) та шлунково-кишкового тракту (22,8%), метаболічним синдромом (5,3%) і ожирінням (3,5%).

Тривалість захворювання в обох групах не відрізнялась і складала від 1,5 до 13 років ($p > 0,05$), в середньому в першій групі – $5,3 \pm 0,2$ роки, у II групі – $6,2 \pm 0,4$ роки.

У I групі 25,9% жінок мали одну вагітність, що закінчилась пологами, 63,0% – дві, 11,1% – три. У II групі одні пологи в анамнезі були у 16,7%, двоє – у 76,7%, троє – у 6,6%. У 49,1% жінок пологи ускладнювалися слабкістю пологової діяльності, у 82,5% – травмами пологових шляхів, у 1,8% – накладанням акушерських щипців. Пологи у 5,7% пацієнок були стрімкими, у 1,2% випадків проводилась операція кесаревого розтину, великим плодом розродилися 54,4% пацієнок.

Основним і найпоширенішим симптомом генітальних пролапсів було виявлення самою пацієнткою випинання зі статевої щілини (77,2%), а також відчуття стороннього тіла (70,2%), дискомфорт у ділянці промежини (77,2%), незручність під час ходи (57,9%), тягучий біль унизу живота (57,9%), диспареунія (8,8%), порушення сечовидільної функції (29,8%) та дефекації (10,5%). Менструальна функція і вік менопаузи особливостей не мали. Щодо сімейного анамнезу, то майже кожна четверта пацієнтка відзначала наявність схожої патології у матері (24,6%) та 17,5% – у сестер.

Дані на рис. 1 свідчать про те, що найменш соматично здоровими були пацієнтки з травмами промежини порівняно з відповідними жінками, які не зазнали травматизації.

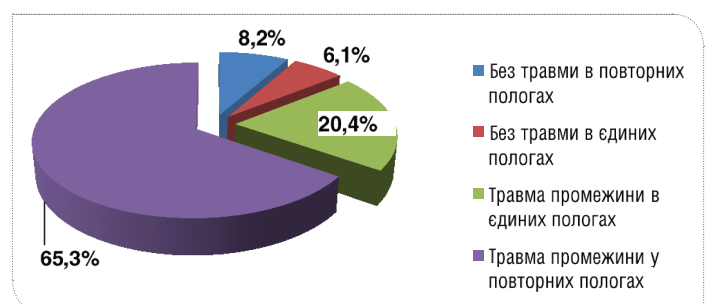


РИСУНОК 1. ЖІНКИ З ОБТЯЖЕНИМ СОМАТИЧНИМ АНАМНЕЗОМ ($p < 0,05$)

Структура гінекологічних захворювань в анамнезі обстежуваних пацієнок подана на рис. 2. Аналіз захворюваності показав, що гінекологічний анамнез був найбільш обтяженим у групі жінок, які мали травми промежини. Статистично вірогідно ($p < 0,05$), що пацієнтки, котрі зазнали травм, у 1,5 рази частіше мали гінекологічні захворювання, а кількість нозологічних форм, які припадали на одну пацієнтку, була майже вдвічі більшою. Структура захворюваності була представлена переважно захворюваннями шийки матки (41,5%), хронічними запаленнями придатків (35,8%) та рецидивуючими кольпітами (58,5%).

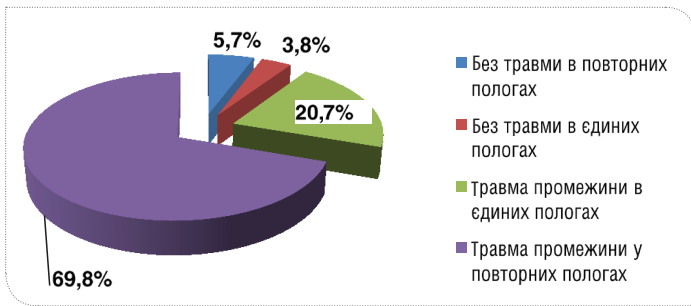


РИСУНОК 2. ЖІНКИ З ОБТЯЖЕНИМ ГІНЕКОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ ($p < 0,05$)

Виявлені вірогідні відмінності у поширеності різних ступенів чистоти піхви пацієнток. Так, у жінок, які не зазнали травматизації промежини, найчастіше виявляли II ступінь чистоти піхви і жодного випадку IV ступеня. Пацієнтки з травмами в анамнезі переважно мали III і IV ступені чистоти піхви порівняно з попередньою когортою пацієнток ($p < 0,05$). Отримані результати достовірно корелюють ($r = 0,37$; $p < 0,05$) із явищами неповноцінності м'язів тазового дна у пацієнток, що патогенетично зумовлено відсутністю зімкненої статевої щільності, тобто порушенням фактором захисту біотопу піхви.

Результати бактеріоскопічного дослідження до операції засвідчили відсутність у всіх жінок запального процесу та бактеріального вагінозу, проте у 31,6% пацієнток було виявлено кокову флору, у 19,3% – паличкову, у 49,1% – змішану. Відмінностей між групами виявлено не було ($p > 0,1$).

У післяопераційному періоді до початку призначення депантолу скаржились на болі 15 (55,6%) жінок I групи та 18 (60,0%) пацієнток II групи ($p > 0,01$). Незначний свербіж відзначали 1 (7,4%) пацієнтка I групи та 3 (10,0%) пацієнтки II групи ($p > 0,05$). На печіння скаржились 6 (22,2%) і 7 (23,3%) жінок I та II груп відповідно ($p > 0,1$). Тобто, до початку місцевого післяопераційного лікування серед пацієнток обох груп не було відмінностей у скаргах.

Оцінка status localis на першу добу показала наявність гіперемії післяопераційної рани у 13 (48,1%) хворих I групи та у 12 (40,0%) – II групи ($p > 0,05$). Щодо набряку післяопераційного шва відмінностей між групами не виявлено: він був виражений у 17 (62,9%) жінок I групи та 19 (63,3%) II групи ($p > 0,1$).

Бактеріологічне дослідження на першу добу після операції показало ріст вагінальної мікрофлори у 14 (51,9%) жінок I групи та у 13 (43,3%) пацієнток II групи.

На сьому добу післяопераційного періоду скаржились на болі 5 (18,5%) жінок I групи та 2 (6,7%) пацієнтки II групи ($p < 0,05$). Печіння відзначила 1 (3,3%) пацієнтка II групи, свербіж не турбував жодну пацієнтку.

Після закінчення терапії депантолом ріст мікрофлори піхви пацієнток II групи зменшився у 4 рази, тоді як у I групі – у 1,4 рази ($p < 0,01$).

Status localis на сьому добу післяопераційного періоду виявив відмінність між групами за наявністю об'єктивних ознак запалення. У I групі гіперемію післяопераційного шва діагностували у 3,5 рази частіше, ніж у II групі ($p < 0,01$). Незначний набряк тканин у ділянці післяопераційної рани у I групі виявляли в 2,8 рази частіше, ніж після лікування депантолом ($p < 0,05$).

Однією з головних причин пролапсу геніталій є акушерська травма промежини [1]. Порушуючи цілісність тазового дна, травма промежини в пологах зумовлює дефект тазової

діафрагми, позбавляє м'язи тазового дна медіальної точки опори, внаслідок чого ефективність скоротливої здатності м'язів значно знижується, а самі м'язи, скорочуючись і не маючи можливості повернутися до нормального стану, з часом все більше піддаються дистопії. Таким чином порушується анатомія та функції промежини, що створює передумови для розвитку пролапсу геніталій, тобто у більшості випадків патологія формується відразу після пологів. Щодо кесаревого розтину, то деякі автори зауважують, що ургентна операція у першому періоді пологів при розкритті шийки матки на 8 см і більше не попереджує розвиток неповноцінності м'язів тазового дна [18].

Водночас маніфестація пролапсу і пов'язані з ним перші скарги виникають тільки приблизно через 8 років після травматичних пологів [1]. Класичний розвиток патологічних процесів включає три основні етапи: компенсацію, субкомпенсацію, декомпенсацію. Якщо взяти до уваги, що до моменту травматичних пологів і після них у одних і тих самих жінок змінюється лише одна обставина (наявність пошкодження промежини), а комплекс додаткових факторів (генетичні і структурні особливості тканин, спосіб життя, хронічні захворювання) залишається без змін, то травма промежини, яка призводить до неповноцінності тазового дна, є пусковою ланкою у ланцюгу розвитку пролапсу геніталій і комплексу його ускладнень. До того часу всі негативні фактори, які впливають на промежину, через анатомічну неповноцінність тазового дна знаходяться у стані компенсації, а після травми розпочинається процес субкомпенсаційних змін. Тому при неповноцінності тазового дна, яке постійно поглиблюється, пролапс і пов'язані з ним скарги з'являються не відразу. Дистопія тазових органів виникає внаслідок зриву адаптації, що характеризує початок етапу декомпенсації.

У наш час на фоні зростання середньої тривалості життя кількість жінок, які намагаються якнайдовше зберегти соціальну активність і не знижувати якість життя, постійно збільшується. Тому лікування згаданих захворювань набуває все більшої актуальності.

На сьогоднішній день єдиним ефективним методом лікування пролапсу тазових органів і неповноцінності м'язів тазового дна є хірургічний. Сучасні принципи оперативного втручання при вказаних станах полягають у відновленні правильних топографо-анатомічних взаємовідносин і нормалізації функції органів, залучених у патологічний процес. Однак залишається актуальним і пошук шляхів оптимізації наслідків такого лікування, оскільки з урахуванням особливостей гормонального гомеостазу жінок із пролапсами (пременопауза, менопауза, частіше клімактеричний період) існує низка закономірних передумов до зниження інтенсивності репаративних процесів.

Проведені дослідження показали, що широкий спектр антисептичного впливу хлоргексидину та його властивість не порушувати функціональну активність лактобацил разом із регенеруючою, метаболічною, проколагеновою та проти-запальною дією декспантенолу робить препарат депантол привабливим для застосування після операцій з приводу пролапсу геніталій.

ВИСНОВКИ

1. Після травми промежини відзначаються високі показники неповноцінності м'язів тазового дна, особливо після повторних пологів. Найважливішим чинником розвитку такої неповноцінності є не так кількість пологів, як сама наявність травми.

2. Виявлено високу асоціацію неповноцінності м'язів тазового дна і промежини з гінекологічними захворюваннями та низькими показниками соматичного здоров'я.

3. Додавання до комплексної терапії у післяопераційному періоді з приводу пролапсу геніталій препарату депантол з урахуванням його ефективності, безпечності та зручності в застосуванні може бути доцільним та економічно виправданим.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Перинеология / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство». — 2006. — 336 с.
Perineologia / Ed. by V.E. Radzinskiy. Moscow. Medical information agency LTD (2006): 336 p.
2. Bai, S.W.
"Pelvic organ prolapse and connective tissue abnormalities in Korean women." J Reprod Med, 147(33) (2012): 1231–1234.
3. Bennassi, L.
"Risk of genital prolapse and urinary incontinence due to pregnancy and delivery. A prospective study." Minerva Gynec, 14(7–8) (2012): 1317–1324.
4. Bourguignon, J., Bauer, P., Atienza, P.
"Effect of delivery on the anal sphincter." Presse med, 127(133) (2008): 1702–1706.
5. Cervigni, M., Natale, F.
"The use of synthetics in the treatment of pelvic organ prolapse." Curr Opin Urol, 11(4) (2011): 429–435.
6. Delest, A.
"Enterocoele. Retrospective study of 134 cases: risk factors and comparison between abdominal and perineal routes." J Gynaec Obstet Biol Reprod (Paris), 125(55) (2006): 1464–1470.
7. Deval, B.
"Prolapse in the young women: study of risk factors." Gynaec Obstet Fertil, 130(99) (2012): 1673–1676.
8. Farnell, S.A., Leevess, L., Greenacre, J.
"Histologic examination of "fascia" used in colpography." Brit J Clin Pract, 149(10) (2005): 40–41.
9. Fialkow, M.F.
"Posterior vaginal wall defects and their relation to measures of pelvic floor neuromuscular function and posterior compartment symptoms." Amer J Obstet Gynaec, 187(6) (2002): 1443–1448.
10. Gurel, H., Gurel, S.A.
"Pelvis relaxation and associated risk factors: the results of logistic regression analysis." Acta Obstet Gynaec Scand, 78(14) (2009): 290–293.
11. Handa, V.L., Harris, T.A., Ostergard, D.R.
"Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse." Obstet Gynaec, 88(13) (2006): 470–478.
12. De Leeuwet, Y.W.
"Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery." BJOG, 108(44) (2011): 1383–1382.
13. Luber, K.M., Boero, S., Choe, J.I.
"The demographics of pelvic floor disorders: Current observations and future projections." Amer J Obstet Gynaec, 784(77) (2011): 7496–7503.
14. MacLennan, A.H.
"The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery." BJOG, 107(12) (2010): 1460–1470.
15. Maramba, H.R.
"Vaginal Hysterectomy for Correcting Genital Prolapse: Long-Term Evaluation." J Reprod Med, 44(33) (2009): 529–534.
16. Meyer, S.
"Birth trauma: short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters." BJOG, 107(11) (2000): 1360–1365.
17. Norton, P., Boud, C., Deak, S.
"Abnormal collagen ratios in women with genitourinary prolapsed." Neur Urodynam, 11(2009): 2–4.
18. Fynes, M.
"Caesarean delivery and anal sphincter injury." Obstet Gynaec, 192(44) (2012): 2496–2500.
19. Sasso, K., Hanson, L., Smith, D.
"Case study: challenges of pessary management." J Wound Ostomy Continence Nurs, 30(3) (2003): 152–158.
20. Scherf, C.
"Epidemiology of pelvic organ prolapse in rural Gambia." BJOG, 100(41) (2012): 1431–1436.
21. Scherf, C.
"Epidemiology of pelvic organ prolapse in rural Gambia, West Africa." BJOG, 109(4) (2012): 431–436.
22. Seneze, J., Levardon, M., Bouguet de Yoliniere, J.
"Treatment of genital prolapsed." Bull Acad Natl Med, 179(18) (2005): 1643–1656.
23. Shull, B.L.
"Pelvis organ prolapse: Anterior, superior, and posterior vaginal segment defects." Amer J Obstet Gynaec, 483(16) (2010): 4365–4373.
24. Smith, P.
"Estrogens and the urogenital tract. Studies on steroid hormone receptors and a clinical study on a new estradiol-releasing vaginal ring." Acta Obstet Gynaec Scand, 157(1) (2013): 26.
25. Swift, S.
"Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapsed." Curr Opin Obstet Gynec, 114(5) (2012): 1503–1507.
26. Sze, E.M.
"Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse." Obstet Gynaec, 100(5) (2012): 981–986.
27. Troiano, L., Pregazzi, R., Bortoli, P., Madai, M.
"Post-partum urogenital and perineal prolapsed." Minerva Gynaec, 52(7–8) (2000): 299–305.
28. Tsunoda, A.
"The effect of vaginal delivery on the pelvic floor." Surg Today, 29(12) (2009): 1243–1247.
29. Wahman, A.J., Finan, M.A., Emerson, S.C.
"Striae gravidarum as a predictor of vaginal lacerations at delivery." Sout Med J, 193(99) (2010): 1873–1876.
30. Yiou, R.
"Muscle precursor cell autografting in a murine model of urethral sphincter injury." BJU Int, 89(13) (2012): 298–302. □

ВДОСКОНАЛЕННЯ ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ПРОЛАПСАМИ ГЕНІТАЛІЙ

Г.Б. Семенина, д. мед. н., доцент кафедри акушерства і гінекології ЛНМУ ім. Данила Галицького

У дослідженні здійснено пошук шляхів оптимізації ведення післяопераційного періоду у жінок із пролапсом геніталій за рахунок інтенсифікації трофічних, регенеративних процесів у тканинах і зниження частоти інфекційних ускладнень.

Шляхом обстеження 57 жінок із пролапсом геніталій показано, що додаткове місцеве застосування комбінованого препарату, який містить хлоргексидин і декспантенол (n = 30), покращує клінічну ефективність терапії післяопераційного періоду в порівнянні з традиційним лікуванням (n = 27).

Ключові слова: пролапс геніталій, депантол, післяопераційний період.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСАМИ ГЕНИТАЛИЙ

Г.Б. Семенина, д. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ЛНМУ им. Данила Галицкого

В исследовании осуществлен поиск путей оптимизации ведения послеоперационного периода у женщин с пролапсом гениталий за счет интенсификации трофических, регенеративных процессов в тканях и снижения частоты инфекционных осложнений.

Путем обследования 57 женщин с пролапсом гениталий показано, что дополнительное местное применение комбинированного препарата, содержащего хлоргексидин и декспантенол (n = 30), улучшает клиническую эффективность терапии послеоперационного периода по сравнению с традиционным лечением (n = 27).

Ключевые слова: пролапс гениталий, депантол, послеоперационный период.

IMPROVEMENT OF POSTOPERATIVE CARE IN WOMEN WITH GENITAL PROLAPSE

G.B. Semenyina, PhD, assistant professor of Obstetrics and Gynecology Department, Lviv National Medical University named after Danylo Galitskyi

The study searched for ways to optimize management of the postoperative period in women with genital prolapse by intensification of trophic, regenerative processes in tissues and reduce the incidence of infectious complications.

Examination of 57 women with genital prolapse shown that topical application of additional combined preparation containing dexpanthenol and chlorhexidine (n = 30) improves the clinical efficacy of therapy in postoperative period compared to the routine treatment (n = 27).

Keywords: genital prolapse, depantol, postoperative period.