

# ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ДЕКУБИТАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

## ВЗГЛЯД НА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ



**В.А. БЕНЮК**

д. мед. н., профессор,  
заведующий кафедрой  
акушерства и гинекологии №3  
Национального медицинского  
университета им. А.А. Богомольца  
ORCID: 0000-0002-6003-9922

**Р.В. ДОВГАЛЕВ**

ассистент кафедры  
акушерства и гинекологии №3  
НМУ им. А.А. Богомольца

**Л.Д. ЛАСТОВЕЦКАЯ**

к. мед. н., доцент кафедры  
акушерства и гинекологии №3  
НМУ им. А.А. Богомольца

**Т.В. КОВАЛЮК**

к. мед. н., ассистент кафедры  
акушерства и гинекологии №3  
НМУ им. А.А. Богомольца

**Контакты:**

Бенюк Василий Алексеевич  
Киевский городской  
родильный дом №3  
(кафедра акушерства и  
гинекологии №3  
НМУ им. А.А. Богомольца)  
03148, Киев, В.Кучера, 7  
тел.: +38 (044) 405 60 33  
e-mail: benyuk@i.ua

### ВВЕДЕНИЕ

Пролапс гениталий – синдром опущения тазового дна и органов малого таза, приводящий к нарушению их функций. Актуальность данной проблемы определяется высокой частотой встречаемости: из 100 женщин в возрасте до 30 лет данная патология имеет место у каждой десятой. В возрасте от 30 до 45 лет она встречается в 40 случаях из 100, а после 50 лет диагностируется у каждой второй женщины. Так, в Индии это заболевание носит характер эпидемии, в Германии от этого недуга страдают более 5 млн женщин, в Америке – около 15 млн, в России у 60% женщин выявляются опущение стенок влагалища и матки, деформация промежности и шейки матки, недержание мочи, ректоцеле и т. д. Пролапс гениталий у этой категории женщин сочетается с различными урогенитальными нарушениями, частота которых возрастает до 80% в постменопаузе на фоне эстрогенного дефицита [9, 11]. Учитывая мировую тенденцию к увеличению продолжительности жизни, число опущений тазовых органов у женщин соответственно будет расти [8]. Кроме того, в последние десятилетия наблюдается тенденция к «омоложению» и возникновению осложненных и тяжелых рецидивных форм генитального пролапса, поэтому проблема лечения осложнений пролапса гениталий, десценции (опущения) тазового дна продолжает оставаться в центре внимания акушеров-гинекологов, проктологов и урологов.

### АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ И ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема пролапсов половых органов у женщин приобретает особую остроту в связи с их высокой распространенностью и крайне негативным влиянием на качество жизни [3, 5, 9, 10]. Следует отметить, что заболевание нередко начинается в репродуктивном

возрасте и всегда носит прогрессирующий характер. По данным разных авторов, опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) составляют от 1,17 до 28% среди всех гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения [4, 7–9]. Причем по мере развития процесса усугубляются и функциональные нарушения, которые часто вызывают не только физические страдания, но и делают этих больных частично или полностью нетрудоспособными. Тяжелая степень пролапса гениталий – III–IV ст. по классификации POP-Q (pelvic organ prolapse quantification)<sup>1</sup> сопровождается ограничением передвижения больных, выраженной сексуальной дисфункцией, расстройствами мочеиспускания, развитием тяжелых психологических проблем, вплоть до депрессивных состояний, в 18–32% случаев осложняется возникновением декубитальных язв (эрозий) шейки матки и влагалища [7, 8].

Синдром опущения тазового дна и органов малого таза требует хирургической коррекции. Однако проведение операций, особенно при тяжелых степенях пролапса гениталий, представляет собой значительные трудности, обусловленные необходимостью ликвидировать не только основное заболевание, но и восстановить архитектуру малого таза, функциональные нарушения половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала [4]. Вместе с тем известно, что наличие длительно незаживающей язвы является противопоказанием для хирургической коррекции ОиВВПО, требуя адекватного предоперационного лечения. В настоящее время предложено множество способов локальной медикаментозной терапии декубитальных язв влагалища, которые, к сожалению, не обеспечивают быстрого и полного заживления язвы. Многие авторы констатируют стабильно высокое

<sup>1</sup> По классификации POP-Q выделяют следующие степени пролапса:

стадия 0 – отсутствие пролапса;

стадия I – наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см;

стадия II – наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее гимена;

стадия III – наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гименальной плоскости, но при этом общая длина влагалища уменьшается не более чем на 2 см;

стадия IV – полное выпадение, при котором наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от гимена, а общая длина влагалища уменьшается более чем на 2 см (прим. ред.).

число рецидивов после практически всех видов традиционных методов лечения декубитальных язв при отсутствии дальнейшей хирургической коррекции ОиВВПО, так как характер заживления декубитальной язвы в пери- и постменопаузальный периоды во многом определяется трофикой тканей, степенью гипоэстрогении, особенностями васкуляризации, состоянием микробиоценоза слизистой влагалища. В свою очередь дефекты заживления в послеоперационном периоде и эрозия стенки влагалища отмечаются с частотой 10–45%, что в ряде случаев требует повторного оперативного вмешательства, и в результате возникает замкнутый круг.

Все вышеизложенное требует оптимизации лечения пациенток с пролапсом гениталий, осложненным декубитальной язвой, путем применения новых, простых в освоении, эффективных методов предоперационного лечения патологии шейки матки и влагалища.

Одним из перспективных препаратов локального действия для лечения декубитальной язвы у женщин с пролапсом гениталий является инновационный комбинированный препарат депантол (производство ОАО «Нижфарм», Россия), в состав которого входит асептический (хлоргексидин 0,016 мг) и метаболический (декспантенол 0,1 г) компоненты. Препарат выпускается в виде вагинальных суппозиториях, что делает его максимально удобным в применении и определяет его дополнительные преимущества – выбор полиэтиленоксидов в качестве действующей основы свечей. Полиэтиленоксидная основа суппозиториях депантол, растекаясь по слизистой оболочке влагалища, способствует более равномерному распределению активного вещества и тем самым активно адсорбирует экссудат, что в свою очередь приводит к уменьшению клинических проявлений заболевания. Сочетание широкого спектра антисептического действия хлоргексидина с наличием репаративного компонента декспантенола делают препарат депантол весьма привлекательным для предоперационного лечения декубитальной язвы у женщин с пролапсом гениталий. Депантол активен относительно грамположительных и грамотрицательных бактерий: *Chlamydia spp.*, *Ureaplasma spp.*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides fragilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, дрожжей, дерматофитов, простейших (*Trichomonas vaginalis*). Депантол стимулирует регенерацию слизистых оболочек, нормализует клеточный метаболизм, ускоряет митоз и повышает прочность коллагеновых волокон. Оказывает регенерирующее, витаминизирующее и противовоспалительное действие, не нарушая при этом функциональную активность лактобацилл.

Введение в комплексное лечение иммуномодулятора лавомакс (производство ОАО «Нижфарм», Россия) позволяет сократить сроки лечения, что увеличивает compliance пациентки к предложенной терапии. Лавомакс (содержит 125 мг тилорона дигидрохлорида) обладает иммуномодулирующим и противовирусным эффектом, стимулирует стволовые клетки костного мозга, в зависимости от дозы повышает антителообразование, снижает степень иммуносупрессии, восстанавливает соотношение Т-хелперы/Т-супрессоры.

**Цель исследования** – оценка эффективности и безопасности комплексной терапии декубитальной язвы в предоперационном периоде у пациенток пожилого возраста, страдающих пролапсом гениталий.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование 59 пациенток в возрасте от 53 до 66 лет (средний возраст  $57,5 \pm 0,5$  лет) с пролапсом гениталий тяжелой формы (III–IV ст. по классификации POP-Q), а также клиническими проявлениями и цитологически подтвержденным диагнозом декубитальная язва (эрозия шейки матки), которые на протяжении 2,5–5 лет находятся в постменопаузе. Все пациентки находились на стационарном предоперационном лечении.

В исследование не включались женщины, страдающие кистой влагалища, раком шейки матки и твердым шанкром, а также пациентки с индивидуальной непереносимостью компонентов препаратов или отсутствием информированного согласия на участие в исследовании.

Для постановки диагноза использовали анкетно-анамнестический метод, общее гинекологическое обследование, клинико-лабораторные исследования качественного и количественного содержания влагалища и канала шейки матки микроскопическим, культуральным методом и измерение pH влагалища. Также проводили кольпоскопическое и цитологическое исследование шейки матки. Для комплексной оценки состояния тазового дна проводили ультразвуковые и уродинамические (кашлевая проба, проба Вальсальвы, стоп-тест и пр.) исследования. У всех пациенток путем иммуноферментного анализа сыворотки крови и вагинальной слизи изучены уровни сывороточного и секреторного иммуноглобулина типа А.

Обследованные пациентки с дисфункцией тазового дна и наличием декубитальной язвы были разделены на две статистически сопоставимые группы. Основную группу составили 30 женщин с пролапсом гениталий и верифицированным заболеванием шейки матки, которым проводилась предложенная нами терапия. В состав комплексной терапии включен местный комбинированный препарат декспантенола и хлоргексидина биглюконата с противовоспалительным, метаболическим и регенерирующим эффектом – депантол по стандартной схеме: по 1 суппозиторию 2 раза в сутки ежедневно интравагинально на ночь в течение 10 дней. Также патогенетическая терапия включала лавомакс – пероральный иммуномодулятор с выраженной интерфероногенной активностью. Препарат назначали в первые два дня по 0,125 г, а затем по 0,125 г через 48 часов. Курс терапии – 10 таблеток, суммарная доза – 1,25 г.

В группу сравнения вошли 29 пациенток с тяжелой формой ОиВВПО, осложненной декубитальной язвой шейки матки, которым проводили общепринятую терапию – местное использование нестероидного противовоспалительного средства для влагалищного орошения (раствор бензидамина гидрохлорида), а также комбинированного аэрозольного препарата, содержащего облепиховое масло, анестезин, левомецетин и борную кислоту. Курс терапии составил 10 дней.

В контрольную группу вошли 20 практически здоровых женщин в возрасте 53–65 лет (средний возраст  $56,7 \pm 1,4$  года).

Эффективность лечения оценивали на основании клинических данных по темпу обратного развития клинической симптоматики (боль, зуд, жжение, ощущение дискомфорта), переносимости препарата, наличия или отсутствия побочных эффектов, нежелательных эффектов, а также динамики кольпоскопической картины и pH влагалища, анализа лабораторных данных через 10 дней после окончания терапии.

Полученные данные подвергали статистической обработке с использованием пакета программ Statistica® for Windows, Release 8.0 компании StatSoft® Inc., США (2010). Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента (достоверной принимали разность средних при  $p < 0,05$ ).

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток составил  $57,4 \pm 1,2$  года в основной группе,  $55,3 \pm 1,6$  года – в группе сравнения,  $56,7 \pm 1,4$  года – в контрольной группе. Длительность ОиВВПО составила от 1 до 28 лет (в среднем  $7,49 \pm 0,36$  года в основной группе и  $6,2 \pm 0,7$  – в группе сравнения).

В структуре экстрагенитальной патологии у пациенток обеих групп преобладали следующие заболевания: органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма) – у 35,5%, почек – у 9,6%, сердечно-сосудистой системы – у 27% обследованных. Заболевания кишечника (хронический запор, хронический колит) выявлены у 6,4% больных, у 9,6% пациенток была эндокринопатия, на фоне которой развился сахарный диабет 2-го типа. 5% больных отмечали заболевания опорно-двигательной системы (сколиоз, плоскостопие, склонность к вывихам и подвывихам). Кроме того, 11% женщин указали на варикозное расширение вен, что мы с одной стороны расцениваем как нарушение венозного оттока ввиду изменения архитектоники малого таза, а с другой – как проявление дисплазии соединительной ткани у женщин с пролапсом гениталий, манифестирующей как «системная» недостаточность.

Вместе с тем проведенный нами анализ показал, что одним из факторов, способствующим возникновению первого эпизода ОиВВПО, являлись травматические роды, которые сопровождалась разрывом мягких тканей. В анамнезе у 66% пациенток преобладали воспалительные заболевания влагалища, шейки и придатков матки, а именно хронические сальпингоофориты, эндометриты, кольпиты и цервициты различной этиологии.

Очевидно, наличие экстрагенитальной патологии на фоне возрастных изменений со стороны органов и систем способствует развитию хронического воспалительного процесса в половых органах и повышению частоты его рецидивов, что, по-видимому, может быть обусловлено нарушением местных иммунных механизмов, особенно при сочетании нескольких факторов (рис. 1).

Согласно результатам нашего исследования, 79% женщин с диагнозом пролапса гениталий предъявляли умеренные или выраженные жалобы на эмоциональный и психологический дискомфорт. Наиболее частыми жалобами обследуемых больных с этим диагнозом были ощущение наличия

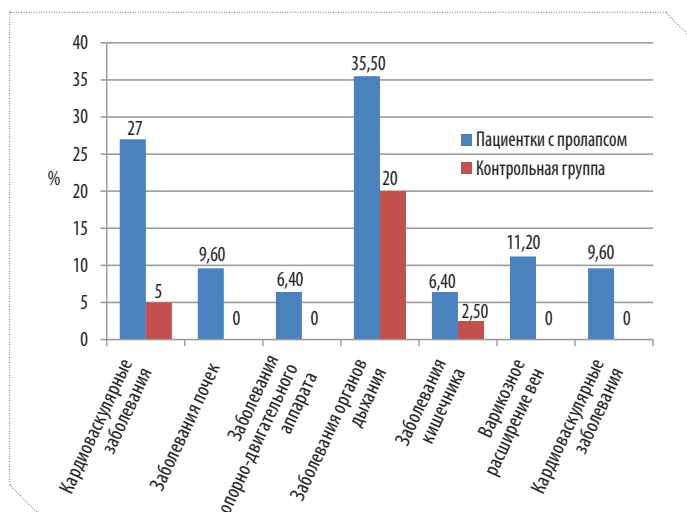


РИСУНОК 1. СПЕКТР ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ У ОБСЛЕДУЕМЫХ ЖЕНЩИН (%)

инородного тела во влагалище, чувство тяжести, давления и дискомфорт в нижних отделах живота, боли в пояснице, крестце, усиливающиеся при физической нагрузке (58,1%), дискомфорт во время полового акта (12,1%). Это можно объяснить нарушением нормального кровообращения в малом тазе вследствие смещения матки книзу и возникновением застойных явлений.

Наряду с вышеперечисленными жалобами 18 (29,8%) из 59 больных отмечали метеоризм, изменения в консистенции и частоте стула, спастические боли в животе.

При гинекологическом осмотре до лечения у больных с тяжелой формой пролапса гениталий наблюдалась сухость матово-блестящих стенок влагалища с рядом трещин и изъязвлений, отсутствие складчатости. При осмотре в зеркалах на фоне атрофического вагинита визуализировалась десквамация эпителия в форме язв диаметром 2–7 см с резко очерченными краями, ярко-красного цвета, без признаков эпителизации. Язвы располагались на шейке матки с переходом на переднюю или заднюю стенку влагалища, легко кровоточили при контакте, на поверхности изъязвлений часто наблюдался гнойный налет. В ряде случаев диагностировался цианоз слизистой оболочки, отек подлежащих тканей вследствие застойных явлений вплоть до глубоких изъязвлений (пролежни).

Описанная картина подтверждалась данными расширенной кольпоскопии. Так, на фоне атрофического многослойного плоского эпителия определялся дефект эпителия с обнаженной подэпителиальной стромой с четкими краями. При этом дно этой истинной эрозии, располагающейся ниже уровня многослойного плоского эпителия, бледнело при использовании 3% раствора уксусной кислоты, а проба Шиллера была отрицательной.

Анализ цитологического исследования эпителия шейки матки по Папаниколу соответствовал II типу с преобладанием базальных и парабазальных клеток у всех 59 женщин. У 80% пациенток контрольной группы был выявлен I тип состояния эпителия шейки матки, у 20% – II тип (воспалительный).

Изменения состояния слизистой оболочки влагалища в процессе лечения представлены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЛАГАЛИЩА ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДЕКУБИТАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ, АБС. Ч. (%)

Показатели	Группа обследования			Контрольная группа (n = 20)
	До лечения (n = 59)	После лечения		
		Основная группа (n = 30)	Группа сравнения (n = 29)	
Атрофия слизистой оболочки влагалища	36 (61,0)	4 (13,2)	13 (44,8)	4 (20)
Высокий показатель pH содержимого влагалища	6,3 ± 0,2*	5,2 ± 0,1*	5,9 ± 0,18*	4,6 ± 0,15
Положительный тест с 10% КОН	41 (69,5)	5 (16,5)	10 (34,4)	3 (15)
Дискомфорт в области вульвы	18 (30,5)	0	7 (22,1)	1 (5)
Диспареуния	23 (38,9)	3 (9,9)	9 (31)	2 (10)
Эритема слизистой оболочки влагалища	20 (33,8)	1 (3,3)	8 (27,6)	2 (10)

\* разница достоверна по сравнению с группой контроля, p < 0,05

Известно, что дисбаланс половых гормонов имеет непосредственное негативное влияние на условно-патогенную микрофлору. При анализе состояния микробиоценоза гениталий обследуемых женщин отмечена тенденция к развитию воспалительных заболеваний гениталий (табл. 2).

В результате проведенного бактериологического обследования установлено, что трофические нарушения эпителия сопровождались значительными изменениями в микробиоценозе влагалища. Так, у 79,5% пациенток обследованных групп выявлен рост удельного веса условно-патогенных микроорганизмов, входящих в состав нормального влагалищного биотопа: резкое снижение или полное отсутствие лактобактерий, обильная полиморфная грампозитивная и грамотрицательная палочковая и кокковая флора, т. е. развитие дисбиоза влагалища. Как видно из таблицы 2, среди условно-патогенной флоры преобладали пептострептококки (40,3%), коринебактерии (56,2%), стафилококк эпидермальный (68,3%), что, по-видимому, можно объяснить снижением

иммунитета и, как следствие, повышением контаминации половых путей условно-патогенной флорой в условиях нарушения метаболизма и секреции эстрогенов и прогестерона.

У женщин основной группы после лечения установлена тенденция к нормализации показателей влагалищного микробиоценоза и отсутствие значительных отличий по сравнению с контрольной группой. Выявлено достоверное улучшение влагалищного микробного пейзажа: изменение спектра как аэробных, так и анаэробных микроорганизмов, снижение их титров (до 10<sup>2</sup>–10<sup>3</sup> КОЕ/мл), а также повышение концентрации лактобацилл (до 10<sup>6</sup> КОЕ/мл). Показатели pH влагалища снизились и составили 4,8 ± 0,3, что несомненно способствовало улучшению самочувствия пациенток на фоне репаративных процессов слизистой влагалища и шейки матки (p ≤ 0,05). В группе сравнения у 89,4% женщин сохранялся бактериологически подтвержденный дисбиоз влагалища со средней концентрацией лактобацилл 10<sup>3</sup>–10<sup>4</sup> КОЕ/мл.

ТАБЛИЦА 2. СПЕКТР МИКРОФЛОРЫ ОБСЛЕДУЕМЫХ ЖЕНЩИН В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ, АБС. Ч. (%)

Микроорганизмы	Группа обследования			Контрольная группа (n = 20)
	До лечения (n = 59)	После лечения		
		Основная группа (n = 30)	Группа сравнения (n = 29)	
	≥ 10 <sup>4</sup> КОЕ/мл	≥ 10 <sup>4</sup> КОЕ/мл	≥ 10 <sup>4</sup> КОЕ/мл	≥ 10 <sup>4</sup> КОЕ/мл
<i>Lactobacillus spp.</i>	8 (13,5)	15 (50,0)	6 (20,7)	16 (80)
<i>Enterococcus</i>	24 (40,6)	2 (6,6)	9 (31,0)	2 (10)
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	23 (38,9)	0	4 (13,8)	1 (5)
<i>Staphylococcus aureus</i>	8 (13,5)	1 (3,3)	3 (10,3)	1 (5)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	40 (67,8)	1 (3,3)	4 (13,8)	1 (5)
<i>Escherichia coli</i>	42 (71,2)	0	17 (58,6)	1 (5)
<i>Proteus</i>	10 (16,9)	0	1 (3,4)	0
<i>Enterobacter</i>	14 (23,7)	0	4 (13,8)	0
<i>Corynebacterium</i>	34 (57,6)	2 (6,6)	7 (24,1)	4 (20)
<i>Gardnerella vaginalis</i>	18 (30,5)	2 (6,6)	17 (58,6)	1 (5)
<i>Mobiluncus spp.</i>	32 (54,2)	1 (3,3)	4 (13,8)	1 (5)
<i>Candida</i>	18 (30,5)	0	5 (17,2)	2 (10)
<i>Mycoplasma hominis</i>	24 (40,6)	2 (6,6)	2 (6,8)	1 (5)
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	19 (32,2)	1 (3,3)	4 (13,8)	1 (5)

У пациенток основной группы, которые получали предложенную нами терапию, количество жалоб на дискомфорт, выделения из половых путей уменьшилось уже на 5-й день терапии, тогда как в группе сравнения – только на 10-е сутки, что соответствовало степени эпителизации эрозивного процесса декубитальной язвы (рис. 2).

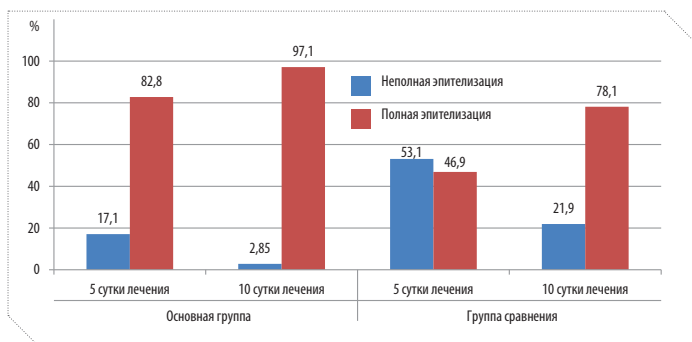


РИСУНОК 2. ДИНАМИКА ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ДЕКУБИТАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У ПАЦИЕНТОК (%)

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Бенюк, В.А. Современный менеджмент бактериального вагиноза у женщин группы высокого риска / В.А. Бенюк, Л.Д. Ластовецкая, Е.А. Щерба, Ю.И. Бойчук, Н.С. Онищук // Научный и образовательный журнал передовых исследований «Наука и генезис», Прага (Чехия). – 2014. – С. 7–8.  
Beniuk, V.A., Lastovetska, L.D., Shcherba, E.A., et al. "Modern management of bacterial vaginosis in women at high risk." Scientific and educational journal Progressive researches "Science & Genesis" Prague (Czech Republic) (2014): 7–8.
- Бенюк, В.А. Бактериальный вагиноз, осложненный кандидозным вульвовагинитом. Современные подходы к диагностике и лечению / В.А. Бенюк, Е.А. Дындарь, Т.В. Ковалюк // Здоровье женщины. – 2009. – № 7. – С. 132–136.  
Beniuk, V.A., Dyndar, E.A., Kovalyuk, T.V. "Bacterial vaginosis complicated vulvovaginal candidiasis. Current approaches to diagnosis and treatment." Women's Health 7 (2009): 132–6.
- Будаков, П.В. Методы профилактики, лечения и подготовки женщин с нарушениями микроценоза влагалища к родоразрешению и гинекологическим операциям / П.В. Будаков, А.Н. Стрижаков // Вопросы гинекологии, акушерства, перинатологии. – 2004. – № 3 (2). – С. 39–42.  
Budakov, P.V., Strizhakov, A.N. "Methods of prevention, treatment and training for women with disorders of the vaginal microcenoza to delivery and gynecological operations." Questions of Gynecology, Obstetrics, Perinatology 3.2 (2004): 39–42.
- Булатов, Р.Д. Оптимизация предоперационной подготовки, выбора метода обезболивания и ведения послеоперационного периода при трансвагинальных гинекологических операциях: Дис. ... к. м. н. / Р.Д. Булатов. – Уфа, 2003. – 119 с.  
Bulatov, R.D. Optimizing of preoperative preparation, choice of anesthesia method and postoperative care for transvaginal gynecological operations: thesis for the PhD degree. Ufa (2003): 119 p.
- Кулаков, В.И. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии / В.И. Кулаков, Б.Л. Гуртовой, А.С. Анкирская, А.Г. Антонов // Журн. Акушерство и гинекология. – 2004. – № 1. – С. 3–6.  
Kulakov, V.I., Gurtovoi, B.L., Ankirskaya, A.S., Antonov, A.G. "Actual problems of antimicrobial therapy and prophylaxis of infections in obstetrics, gynecology and neonatology." J Obstetrics and Gynecology 1 (2004): 3–6.
- Краснопольский, В.И. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин / В.И. Краснопольский, О.Ф. Серова, В.А. Туманова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 5. – С. 26–29.

## ВЫВОДЫ

Анализ эффективности лечения показал, что разработанная нами схема комплексной терапии декубитальной язвы у больных постменопаузального возраста с пролапсом гениталий, которая включала применение депантаола и лавомакса (ОАО «Нижфарм») по общепринятой схеме, продемонстрировала ее клиническую эффективность (от полной клинической ремиссии до улучшения) в 96,4% случаев при очень хорошей переносимости в 97,2% случаев. Нежелательные явления и побочные эффекты отмечены не были.

Предложенная нами терапия декубитальной язвы у постменопаузальных женщин с тяжелой формой пролапса гениталий в предоперационный период позволяет в короткие сроки достичь эпителизации дефекта без грубого рубцевания в силу репаративного воздействия на ткани и улучшить качество жизни больных, являясь действенным методом предоперационного лечения этой категории пациенток.

- Krasnopolskiy, V.I., Serova, O.F., Tumanova, V.A. "Impact of infections on women's reproductive system." Russian Gazette of Obstetrician-Gynecologist 5 (2004): 26–9.
- Прилепская, В.Н. Заболевание шейки матки, влагалища и вульвы. – М.: МЕДпресс-информ. – 2003. – С. 320–330, 367–396.  
Prilepskaya, V.N. Cervical vaginal and vulva disease. Moscow. MEDpress-inform (2003): 320–30, 367–96.
- Радзинский, В.Е. Перинеология. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2006. – 331 с.  
Radzinskiy, V.E. Perineologia. Moscow. Medical Information Agency (2006): 331 p.
- Радзинский, В.Е. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц, Э.С. Четвертакова, О.А. Мисуну // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 1–4.  
Radzinskiy, V.E., Ordiyants, I.M., Chetvertakova, E.S., Misuno O.A. "Two-stage treatment of vaginal infections." Obstetrics and gynecology 5 (2011): 1–4.
- Hay, F. "Bacterial vaginosis." Medicine 33.10 (2005): 58–61.
- Kościński, T., Friebe, Z., Stadnik, H., Drews, M.R. "Anatomical and functional results of a modified sacral perineocolporectomy for extreme forms of complex pelvic organs prolapsed." Ginecol Pol 86.6 (2015): 429–33.
- Moehrer, B., Hertal, A., Jackson, S. "Oestrogens for urinary incontinence in women." Cochrane Database Syst Rev 2 (2003): CD001405.
- Thubert, T., Bakker, E., Fritel, X. "Pelvic floor muscle training and pelvic floor disorders in women." Gynecol Obstet Fertil 43.5 (2015): 389–94. [Article in French]
- Wang, Y., Li, Q., Du, H., et al. "Uterine prolapse complicated by vaginal cancer: a case report and literature review." Gynecol Obstet Invest 77.2 (2014): 141–4.

### ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ОСЛОЖНЕННИЙ ДЕКУБИТАЛЬНОЮ ЯЗВОЮ ВЗГЛЯД НА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**В.А. Беньюк**, д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №3 НМУ им. А.А. Богомольца

**Р.В. Довгалева**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №3 НМУ им. А.А. Богомольца

**Л.Д. Ластовецкая**, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №3 НМУ им. А.А. Богомольца

**Т.В. Ковалюк**, к. мед. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №3 НМУ им. А.А. Богомольца

Пролапс гениталий – синдром опущения тазового дна и органов малого таза, приводящий к нарушению их функций. Тяжелая степень пролапса гениталий сопровождается ограничением передвижения больных, выраженной сексуальной дисфункцией, расстройствами мочеиспускания, развитием тяжелых психологических проблем вплоть до депрессивных состояний, и в 18–32% случаев осложняется возникновением декубитальных язв (эрозий) шейки матки и влагалища.

В статье изложены результаты предоперационного лечения декубитальной язвы у 59 женщин пожилого возраста с пролапсом гениталий. Основную группу составили 30 женщин с пролапсом гениталий и верифицированным заболеванием шейки матки, которым была проведена комплексная терапия, включавшая депантол (по 1 суппозиторию 2 раза в сутки ежедневно интравагинально на ночь в течение 10 дней) и лавомакс (первые два дня по 0,125 г, затем по 0,125 г через 48 часов, всего 10 таблеток на курс). В группу сравнения вошли 29 пациенток с тяжелой формой опущения и выпадения внутренних половых органов, осложненной декубитальной язвой шейки матки, которым проводили общепринятую терапию длительностью 10 дней. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых женщин в возрасте 53–65 лет.

Анализ эффективности лечения показал, что разработанная схема комплексной терапии декубитальной язвы у больных постменопаузального возраста с пролапсом гениталий, которая включала применение депантола и лавомакса по общепринятой схеме, продемонстрировала ее клиническую эффективность в 96,4% случаев (от полной клинической ремиссии до улучшения) при очень хорошей переносимости в 97,2% случаев. Нежелательные явления и побочные эффекты не были отмечены ни в одном случае.

Предложенная терапия декубитальной язвы у женщин постменопаузального возраста с тяжелой формой пролапса гениталий в предоперационный период позволяет в короткие сроки достичь эпителизации дефекта без грубого рубцевания в силу репаративного воздействия на ткани и улучшить качество жизни больных, являясь эффективным методом предоперационного лечения этой категории пациенток.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий, декубитальная язва, депантол, лавомакс.

### ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ У ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ, УСКЛАДНЕНИЙ ДЕКУБИТАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ

ПОГЛЯД НА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ

**В.О. Беньюк**, д. мед. н., професор, зав. кафедрою акушерства і гінекології №3 НМУ ім. О.О. Богомольця

**Р.В. Довгалева**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №3 НМУ им. О.О. Богомольца

**Л.Д. Ластовецька**, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №3 НМУ ім. О.О. Богомольця

**Т.В. Ковалюк**, к. мед. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №3 НМУ им. О.О. Богомольца

Пролапс гениталий – синдром опущения тазового дна и органов малого таза, что приводит до порушення їхніх функцій. Важка ступінь пролапсу гениталий супроводжується обмеженням пересування хворих, вираженою сексуальною дисфункцією, розладами сечовипускання, розвитком важких психологічних проблем аж до депресивних станів, і в 18–32% випадків ускладнюється виникненням декубітальних виразок (ерозій) шийки матки і піхви.

У статті викладені результати передопераційного лікування декубітальної виразки у 59 жінок похилого віку з пролапсом гениталий. Основну групу склали 30 жінок з пролапсом гениталий і верифікованим захворюванням шийки матки, яким була проведена комплексна терапія, що включала депантол (по 1 супозиторію 2 рази на добу щодня інтравагінально на ніч протягом 10 днів) і лавомакс (перші два дні по 0,125 г, потім по 0,125 г через 48 годин, усього 10 таблеток на курс). До групи порівняння увійшли 29 пацієнток з тяжкою формою опущения і випадіння внутрішніх статевих органів, ускладненою декубітальною виразкою шийки матки, яким проводили загальноприйнятую терапію тривалістю 10 днів. До контрольної групи увійшли 20 практично здорових жінок у віці 53–65 років.

Аналіз ефективності лікування показав, що розроблена схема комплексної терапії декубітальної виразки у хворих постменопаузального віку з пролапсом гениталий, яка включала застосування депантолу і лавомаксу за загальноприйнятною схемою, продемонструвала її клінічну ефективність у 96,4% випадків (від повної клінічної ремісії до поліпшення) при дуже добрій переносимості в 97,2% випадків. Небажані явища і побічні ефекти не були виявлені в жодному випадку.

Запропонована терапія декубітальної виразки в жінок постменопаузального віку з важкою формою пролапсу гениталий в передопераційний період дозволяє в короткі терміни досягти епітелізації дефекту без грубого рубцювання завдяки репаративному впливу на тканини і поліпшити якість життя хворих, будучи ефективним методом передопераційного лікування цієї категорії пацієнток.

**Ключові слова:** пролапс гениталий, декубітальна виразка, депантол, лавомакс.

### GENITAL PROLAPSE IN WOMEN OF ADVANCED AGE, COMPLICATED DECUBITAL ULCER

VIEW AT THE PREOPERATIVE TREATMENT

**V.O. Beniuk**, MD, professor, head of the Obstetrics and Gynecology Department №3, Bogomolets National Medical University

**R.V. Dovgaleva**, assistant of the Obstetrics and Gynecology Department №3, Bogomolets National Medical University

**L.D. Lastovetska**, PhD, associate professor of the Obstetrics and Gynecology Department №3, Bogomolets National Medical University

**T.V. Kovalyuk**, PhD, assistant of the Obstetrics and Gynecology Department №3, Bogomolets National Medical University

Genital prolapse is a syndrome of pelvic floor prolapse and pelvic organs prolapse, leading to a breach of their functions. Severe prolapse is accompanied by restriction of movement of patients, severe sexual dysfunction, urinary disorders, development of severe psychological problems up to depression, and complicated by decubital ulcers (erosions) of the cervix and vagina in 18–32% of cases.

This article presents the results of preoperative treatment of decubital ulcers in 59 elderly women with genital prolapse. The study group consisted of 30 women with genital prolapse and verified cervical disease who underwent complex therapy including depantol (1 suppository 2 times/day every day intravaginally at night for 10 days) and lavomax (0.125 g first two days, and then 0.125 g in 48 hours, with 10 tablets per course). A control group included 29 patients with severe descent and prolapse of internal genital organs, complicated decubital ulcer of cervix who underwent conventional therapy duration of 10 days. The control group consisted of 20 healthy women aged 53–65 years.

Analysis of the treatment effectiveness showed that this scheme of complex therapy of decubital ulcers in patients with postmenopausal genital prolapse, which included depantol and lavomax on the conventional scheme has demonstrated its clinical efficacy in 96.4% of cases (total clinical remission to improve) at very good tolerability in 97.2% of cases. Adverse effects and side effects were not observed in any case.

The proposed therapy of decubital ulcers in postmenopausal women with severe genital prolapse in preoperative period allows in short time to achieve epithelialization of defect without rough scarring due to reparative effects on the tissue, to improve the quality of patients life and is an effective method of preoperative treatment for this category of patients.

**Keywords:** genital prolapse, decubital ulcer, depantol, lavomax.