

8. Макаревич А.А. Качество жизни челюстно-лицевых онкологических больных после ортопедической стоматологической реабилитации: автореф. канд. мед. наук /А. А. Макаревич. - Москва, 2009.- 24с.

9. Медико-социальные аспекты оказания ортопедической стоматологической помощи больным с челюстно-лицевыми дефектами / А.С. Арутюнов, И.Ю. Лебеденко, И.С. Кицул, Д.О. Санодзе // Российский вестник дентальной имплантологии. - М. - 2010. - №1(21). - С.16-20.

10. Рослякова В.А. Система психотерапевтического сопровождения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области / В.А. Рослякова // Медична психологія. - 2012. - № 2. - С.105-108.

11. Hundepool A.C, Dumans A.G, Hofer S.O, Fokkens N.J, Rayat S.S, van der Meij E.H, Schepman K.P Rehabilitation after mandibular reconstruction with fibula free-flap: clinical outcome and quality of life assessment // Int J Oral Maxillofac Surg. 2008. Nov - № 37(11). P. 1009-13. doi: 10.1016/j.ijom.2008.05.021.

Budchenko E. A.

*post-graduate student of the Department of Obstetrics, Gynecology and Fetal Medicine
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education*

MODERN CONSERVATIVE METHODS OF TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE

Будченко Євген Анатолійович

*аспірант кафедри акушерства, гінекології та медицини плода
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

СУЧАСНІ КОНСЕРВАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

Summary. The article describes genital prolapse as a pathology of female genital organs. The factors leading to the occurrence of genital prolapse in women of different age groups are presented. Clinical manifestations and mechanisms of their occurrence are substantiated. Considered variants of treatment of women with genital prolapse of various degrees of severity. Illumination of the data of our research of the method of prophylaxis of genital prolapse in the late postpartum period with the help of Corelax vaginal cones.

Анотація. В статті описаний генітальний пролапс як патологія жіночих статевих органів. Представлені фактори, що зумовлюють виникнення генітального пролапсу у жінок різних вікових категорій. Описані клінічні прояви та обґрунтовані механізми їх виникнення. Розглянуті варіанти лікування жінок з генітальним пролапсом різного ступеню тяжкості. Висвітленні данні проведеного нами дослідження методу профілактики генітального пролапсу в пізньому післяпологовому періоді за допомогою вагінальних конусів Corelax.

Key words: *genital prolapse, rectocele, pelvic floor, connective tissue, vaginal cones.*

Ключові слова: *генітальний пролапс, ректоцеле, тазове дно, сполучна тканина, вагінальні конуси.*

Постановка проблеми. Актуальність проблеми генітального пролапсу обумовлена значною поширеністю і ранньої маніфестацією. У структурі гінекологічних захворювань дана патологія варіює від 11 до 38,9%, а її пік в 56,3% випадків припадає на вік старше 50 років [1, 7, 11, 17, 37]. Останнім часом відзначається тенденція до «омолодження» пролапсу, переважанню його важких форм, залученню до процес суміжних органів з порушенням їх функцій. Жінки у віці від 30 до 45 років становлять 30-37,5% хворих з генітальним пролапсом, а до 30 років - 10,1-12,3% [3, 13, 26].

Доведено, що генітальний пролапс виникає внаслідок недостатності підтримуючої функції тазового дна [4, 7, 12]. Як відомо, вибір методу і доступу оперативної терапії ґрунтується на знаннях анатомії, оскільки відновлення анатомічних змін у ділянці тазового дна сприяє нормалізації його функції. Слід зазначити, що структури діафрагми таза постійно перебувають під дією динамічного навантаження, внаслідок чого легко виникають

розриви зв'язок. Проте сьогодні відомо, що не лише механічне пошкодження є причиною опущення тазових органів. У декількох дослідженнях доведено, що у жінок із пролапсом знижена концентрація колагену. Виходячи з цього, можна припустити, що генітальний пролапс – це набута патологія екстрацелюлярної матриці [1, 3, 5, 10].

Одну із ключових позицій у патогенезі розвитку рецидиву генітального пролапсу посідає дисплазія сполучної тканини [2, 4, 11, 12]. Її ознаки на тлі станів, що викликають підвищення внутрішньочеревного тиску, слід враховувати як фактор високого ризику формування рецидиву в пацієнток, яким планується первинне оперативне втручання з приводу генітального пролапсу [6, 14]. Тому, консервативне лікування пролапсу тазових органів здатне усунути симптоми даного захворювання і суттєво поліпшити якість життя пацієнта. Консервативне лікування є безпечним, ефективним і економічно вигідним [2, 5, 7, 9, 13].

Необхідно також пам'ятати, що пролапс тазових органів є також складною медико-

соціальною проблемою, яка посилюється як небажанням жінки обговорювати дану ситуацію навіть з лікарем, так і неурою до I і II стадіями захворювання з боку акушерів-гінекологів первинної ланки.

У нашій країні поширеність генітального пролапсу оцінюється в 25-45% [2, 4, 8, 27, 30, 35]. Пролапс виявляється у 40 з 100 жінок у віці від 30 до 45 років, а у кожній 2-й з них, старше 50 років, у 10-20% випадках - досягаючи вираженої стадії, що вимагає оперативного лікування [3, 13, 23, 25, 30]. Також відомо, що у 30-50 % жінок, які народжували, виникає пролапс тазових органів. І хоча загрози для життя ця патологія зазвичай не несе, вона значно ускладнює нормальну життєдіяльність жінки. Доведено, що генітальний пролапс (ГП) виникає внаслідок недостатності підтримуючої функції тазового дна [12, 23].

Як відомо, вибір методу і доступу оперативної терапії ґрунтується на знаннях анатомії, оскільки відновлення анатомічних змін у ділянці тазового дна сприяє нормалізації його функції. Слід зазначити, що структури діафрагми таза постійно перебувають під дією динамічного навантаження, внаслідок чого легко виникають розриви зв'язок. Проте сьогодні відомо, що не лише механічне пошкодження є причиною опущення тазових органів. У декількох дослідженнях доведено, що у жінок із пролапсом знижена концентрація колагену. Виходячи з цього, можна припустити, що ГП – це набута патологія екстрацелюлярної матриці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Генітальний пролапс залишається доволі поширеною гінекологічною патологією, що посідає третє місце у структурі захворювань пацієнток літнього віку, в яких не завжди вчасно та правильно вирішується питання хірургічної реабілітації [1, 3, 5, 7, 9]. Розвиток дистрофічних порушень фасціально – лігаментарного апарату статевих органів має поліетіологічний характер: тривале або надмірне підвищення внутрішньочеревного тиску і дистрофічні зміни у фасціально – лігаментарному апараті статевих органів. Одну із ключових позицій у патогенезі розвитку рецидиву генітального пролапсу посідає дисплазія сполучної тканини [2, 4, 33]. Її ознаки на тлі станів, що викликають підвищення внутрішньочеревного тиску, слід враховувати як фактор високого ризику формування рецидиву в пацієнток, яким планується первинне оперативне втручання з приводу генітального пролапсу [6, 15, 24, 29].

Тому, консервативне лікування пролапсу тазових органів здатне усунути симптоми даного захворювання і суттєво поліпшити якість життя пацієнта. Консервативне лікування є безпечним, ефективним і економічно вигідним [5, 10, 15, 17, 27, 35].

Необхідно також пам'ятати, що пролапс тазових органів – є також складною медико-соціальною проблемою, яка посилюється як небажанням жінки обговорювати дану ситуацію

навіть з лікарем, так і неурою до I і II стадіями захворювання з боку акушерів-гінекологів первинної ланки.

На сьогодні існують декілька консервативних методів корекції даної патології. Одним з найстаріших способів лікування даної патології є тренування м'язів тазового дна (МТД). За час розвитку гінекології було запропоновано чимало способів тренування МТД. найбільш відомий спосіб запропонував в 1952 році американський акушер-гінеколог Арнольд Кегель [14]. На сьогоднішній день тренування МТД міцно увійшла не тільки в міжнародні протоколи лікування ПТО I-II стадії [6] і реабілітації в післяпологовому періоді, а й з успіхом застосовується під час вагітності [4].

На жаль, незважаючи на простоту, ефективність, економічну доцільність і безпеку, як показують проведені дослідження, навіть у розвинених країнах дана методика використовується не так часто, як слід було б [3]. У 2016 році було опубліковано дослідження про вплив на якість життя (ЯЖ) терапії ПТО з використанням тренувань МТД та зміною способу життя, в порівнянні з ізольованим зміною способу життя (група контролю) у пацієнток з опущенням тазових органів. При порівнянні двох груп, ефективність від комплексної терапії (з тренуванням МТД) була вищою на 15%, ніж в контрольній групі [9].

В опублікованому в 2015 році мета-аналізі про ефективність тренування МТД при ПТО, що включає в себе 13 досліджень (2 340 пацієнтів), було продемонстровано значне поліпшення ЯЖ і показників м'язової роботи при застосуванні тренувань МТД. У той же час, впливу на необхідність подальшого лікування виявлено не було. Однак, питання про результативність подальшого хірургічного лікування у пацієнтів з тренуванням МТД та без залишився без відповіді і вимагає подальших наукових пошуків [10].

В даний час достатньо активно в лікуванні стали обговорювати ще один метод консервативного лікування ГП – а саме застосування песаріїв.

Результативність застосування песаріїв для корекції ПТО є безперечним фактом [17, 18, 19, 21, 25, 30] і з успіхом застосовується багатьма поколіннями практикуючих гінекологів у всьому світі [8, 26]. Хоча песарії не здатні до радикального лікування ПТО, вони дозволяють усунути симптоми пролапсу, що позитивно впливає на ЯЖ жінок [18]. Так, в 2006 в Канаді завершилося багатоцентрове дослідження, метою якого була в тому числі і оцінка ефективності застосування песаріїв у жінок з ПТО. У наведеному дослідженні, яке включало 1216 жінок, ефективність песаріїв спільно з замісною гормональною терапією (системної або місцевої) була успішна в 83% випадків [15]. Такими показниками володіють далеко не всі способи хірургічної реконструкції тазового дна.

У 2015 році експертами FIGO було продемонстровано, що в разі апікального ПТО ефективність песаріїв порівнянна за результатами і ефективності з сакрокольповагінопексією [17] - «золотим стандартом» в хірургічному лікуванні даної патології, на думку експертів FDA [16].

Отже, дані світових досліджень свідчать про необхідність подальшого пошуку лікування генітального пролапсу.

Мета дослідження: удосконалити профілактику та лікування генітального пролапсу у жінок в пізньому післяпологовому періоді за допомогою вагінальних конусів Corelax.

Матеріали та методи дослідження. Запропонований нами метод профілактики та лікування генітального пролапсу полягає в використанні вагінальних конусів Corelax, жінками в пізньому післяпологовому періоді, шляхом утримання вагінального конусу в піхві м'язами тазового дна протягом 10-15 хвилин в положенні стоячи та при русі мінімум два рази на добу, поступово збільшуючи вагу вагінального конусу.

Механізм дії. Набір вагінальних конусів призначений для самостійного тренування м'язів тазового дна. Конус вводиться в піхву на глибину 4 - 5 см.

Форма і вага конуса сприяють експульсії («вислизанню») останнього з піхви. При цьому виникає рефлекторне скорочення м'язів тазового дна. Повторні довільні скорочення даної групи м'язів призводять до їх зміцненню, поліпшенню кровопостачання і трофіки органів малого таза.

При подібному регулярному тренінгу, волокна м'язів тазового дна буквально через кілька тижнів стає товщі. Клінічні дослідження доводять, що тренінг м'язів таза сприяє їх зміцненню. Так через 2-3 тижні тренувань з ваговими вагінальними конусами, жінка вже зможе самостійно управляти м'язами тазового дна.

На клінічних базах кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО ім. П.Л.Шупика протягом 2017-2019 років було проведено дослідження у якому прийняло участь 97 жінок після пологів. Дослідна група - 55 жінки в пізньому післяпологовому періоді, які використовували вагінальні конуси для відновлення м'язів промежини та тазового дна та контрольна група 42 жінок після пологів, які не використовували засобів для відновлення тонусу м'язів промежини та тазового дна. Групи жінок, які були включені в дослідження, були репрезентативні по віку, паритету та соматичній захворюваності.

Результати. В дослідній групі ГП через 5 місяців після початку тренувань був виявлений у 2 жінок, що ми пов'язуємо з порушенням режиму тренувань. У контрольній групі - у 13 жінок був виявлений генітальний пролапс, а у 1 жінки - опущення статевих органів першого ступеню.

Таким чином, застосування песаріїв при ПТО демонструє відмінну ефективність при мінімальних ризиках для пацієнта.

Висновки. Отримані результати свідчать про високу ефективність запропонованого методу профілактики та лікування генітального пролапсу у жінок після пологів.

Використаний нами метод дає можливість знизити такі ускладнення після пологів як: нетримання сечі, неповне спорожнення сечового міхура, як наслідок - інфекції сечовивідних шляхів; опущення та випадіння жіночих статевих органів, що призводить до дискомфорту та відчуття стороннього тіла в піхві.

Продовження дослідження дозволить підвищити ефективність профілактики та лікування генітального пролапсу у жінок в пізньому післяпологовому періоді та дозволить знизити кількість реконструктивно-пластичних операцій на жіночих статевих органах, що приведе до покращення якості життя жіночого населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аполихина И.А., Горбунова Е.А. / Опыт применения лазерных технологий в эстетической гинекологии // XXIX международный конгресс «НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» Москва 2016 г. Дикке Г. Б. Опущение и выпадение (пролапс) внутренних половых органов. Методы консервативного лечения (обзор литературы) / Г.
2. Балан, В. Е. Урогенитальные расстройства в климактерии, особенности лечения / В. Е. Балан, Л. А. Ковалева // Гинекология. 2014. Т. 16, No 1. С. 14.
3. Безменко А.А. Этиология и патогенез генитального пролапса / А.А. Безменко, И.В. Берлев // Журнал акушерства и женских болезней. - 2011. - Т. 60. - No 1. - С. 129-138.
4. Б. Дикке // 3 турботою про жінку. - 2013. - № 2. - С. 35-39.
5. Миревич Е. Современные аспекты проблемы генитального пролапса / Е. Миревич // 3 турботою про жінку. - 2012. - № 8. - С. 39-43.
6. Мороз, Н. В. УЗИ в оценке тазового дна / Н. В. Мороз // Акушерство и гинекология. Вестник ВГМУ. Т. 14, No 2. С. 31-38.
7. Отягощенная родословная у женщин с опущением и выпадением органов малого таза / П. Н. Веропотвелян [и др.] // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2014. - № 4. - С. 136-148.
8. Пушкарь Д. Ю. Тазовый пролапс / Д. Ю. Пушкарь, М. Ю. Гвоздев, В. А. Малхасян // Урология. - 2011. - № 1. - С. 59-63.
9. Результаты обследования женщин с пролапсом половых органов и стрессовым недержанием мочи с применением модифицированного комбинированного уродинамического исследования / Ю. П. Серняк [и др.] // Здоровье мужчины. - 2014. - № 2. - С. 83-85.
10. Ретроспективний аналіз досвіду лікування генітального пролапсу у жінок в умовах багатопрофільної університетської клініки / О. В.

Лук'янчук [и др.] // Одеський медичний журнал. — 2013. — N 1. — С. 60-63. — Библиогр.: с.62-63.

11. Тарабанова О.В. Эффективность реконструктивных операций на тазовом дне у гинекологических больных / О.В. Тарабанова, А.Н. Григорова, Е.В. Белохвостикова // Журнал акушерства и женских болезней. — 2011. — Т. 60. — No 1. — С. 78–82.

12. Хирургическая коррекция пролапса гениталий / Ю. К. Памфамиров [и др.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2011. — № 2. — С. 74-76.

13. Betschart C. et al/Management of apical compartment prolapse (uterine and vault prolapse): A FIGO Working Group report.//Neurourol Urodyn. 2015 Oct 20.

14. Culligan PJ / Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. // Obstet Gynecol. 2012 Apr;119(4):852-60.

15. Ding J, et all. / Changes in Prolapse and Urinary Symptoms After Successful Fitting of a Ring Pessary With Support in Women With Advanced Pelvic Organ Prolapse: A Prospective Study. // Urology. 2016 Jan; 87:70-5.

16. Due U et all / Lifestyle advice with or without pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial // Int Urogynecol J. 2016 Apr; 27(4):555-63.

17. Fabiola K. Alves et all / A pelvic floor muscle training program in postmenopausal women: A randomized controlled trial // MATURITAS the European Menopause Journal 2015 Jun. 81(2):300-305.

18. Griebeling TL / Vaginal pessaries for treatment of pelvic organ prolapse in elderly women. // Curr Opin Urol. 2016 Mar; 26(2):201-6.

19. Hagen S et all / Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. // Lancet. 2014 Mar 1; 383 (9919): 796-806.

20. Herbison GP, Dean N. / Weighted vaginal cones for urinary incontinence. // Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 8; 7.

21. Kakos AB et all / Quality of information on pelvic organ prolapse on the Internet // Int Urogynecol J. 2015 Apr; 26(4):551-5.

22. Lamin E et all/ Pelvic Floor Muscle Training: Underutilization in the USA. // Curr Urol Rep. 2016 Feb; 17(2):10.

23. Lekskulchai O, Wanichsetakul P. / Factors Affecting Successfulness of Vaginal Pessary Use for the Treatment of Pelvic Organ Prolapse. // J Med Assoc Thai. 2015 Apr; 98 Suppl 3:S115-20.

24. Lee JB, Choi SY / Effects of Electric Stimulation and Biofeedback for Pelvic Floor Muscle Exercise in Women with Vaginal Rejuvenation Women // J Korean Acad Nurs. 2015 Oct;45(5):713-22.

25. Li C et all / The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis // Int Urogynecol J. 2015 Sep 25.

26. Manchana T / Ring pessary for all pelvic organ prolapse. // Arch Gynecol Obstet. 2011 Aug; 284(2):391-5.

27. Nemeth Z, Nagy S, Ott J. / The cube pessary: an underestimated treatment option for pelvic organ prolapse? Subjective 1-year outcomes // Int Urogynecol J. 2013 Oct; 24(10):1695-701.

28. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. / The history and usage of the vaginal pessary: a review. // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Jun; 156(2):125-30.

29. Robert M et all. / Technical update on pessary use // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2013 Jul; 35(7):664-74.

30. Sangsawang B et all / Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial.// Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Feb;197:103-10.

31. Sun Z. et all. / Postpartum pelvic floor rehabilitation on prevention of female pelvic floor dysfunction: a multicenter prospective randomized controlled study // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2015 Jun;50(6):420-7.

32. Starr JA, Drobnis EZ, Cornelius C. / Pelvic Floor Biofeedback via a Smart Phone App for Treatment Of Stress Urinary Incontinence. // Urol Nurs. 2016 Mar-Apr;36(2):88-91, 97.

33. Thiagamoorthy G et all / Management of prolapse in older women // Post Reprod Health. 2014 Mar 13;20(1):30-35.

34. Thubert T, Bakker E, Fritel X. / Pelvic floor muscle training and pelvic floor disorders in women // Gynecol Obstet Fertil. 2015 May;43(5):389-94.

35. Urogynecologic Surgical Mesh: Update on the Safety and Effectiveness of Transvaginal Placement for Pelvic Organ Prolapse / FDA July 2011.

36. Van Geelen JM, Dwyer PL. / Where to for pelvic organ prolapse treatment after the FDA pronouncements? A systematic review of the recent literature. // Int Urogynecol J. 2013 May; 24(5):707-18.

37. Yang JF et all / Clinical study on silicone pessary in the treatment of pelvic organ prolapse // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2012 Jul; 47(7):487-91.