## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**МІРОВИЧ ЄВГЕН ДАВИДОВИЧ**

УДК 618.18-007.43/.44-092-08-039.76

**ПАТОГЕНЕТИЧНА ПРОФІЛАКТИКА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ОПУЩЕННЯХ І ВИПАДІННЯХ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ**

**14.01.01 – акушерство та гінекологія**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**доктора медичних наук**

**ОДЕСА – 2008**

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Донецькому національному медичному університеті

ім. М.Горького МОЗ України.

**Науковий консультант:**

Академік АМН України, доктор медичних наук, професор **Запорожан Валерій Миколайович**, Одеський державний медичний університет, завідувач кафедри акушерства та гінекології №1

**Офіційні опоненти:**

* доктор медичних наук, професор **Камінський В’ячеслав Володимирович,** Національна медична академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології
* доктор медичних наук, професор **Корнацька Алла Григорівна**, ДУ Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України, завідувач відділення реабілітації репродуктивної функції жінок
* член-кореспондент АМН України, доктор медичних наук, професор, **Маркін Леонід Борисович**, Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології

Захист відбудеться « 11 » червня 2008 р. об 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.600.02 при Одеському державному медичному університеті МОЗ України (65082, м. Одеса, Валіховський пров., 2).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Одеського державного медичного університету МОЗ України (65082, м. Одеса, Валіховський пров., 3).

Автореферат розіслано «\_10\_\_» травня 2008 р.

**Вчений секретар спеціалізованої**

**вченої ради Д 41.600.02**

**кандидат медичних наук, доцент Стоєва Т.В.**

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність проблеми.** Незважаючи на численні дослідження, присвячені етіології, патогенезу та вдосконаленню методів лікування, актуальність різних аспектів проблеми генітального пролапсу не знижується протягом багатьох десятиріч. Дане захворювання в зв'язку з топографічними особливостями будови малого таза практично завжди призводить до анатомо-функціональних порушень з боку тазових органів, що нарівні з негативним впливом на репродуктивну систему різко знижує якість життя хворих і робить їх частково або повністю непрацездатними (Д.В. Канн, 1986; В.І. Краснопольский, 1996; А.А.Попов, 2001). При цьому, якщо в 70-х роках 20-го сторіччя пролапс тазових органів вважався захворюванням переважно літніх жінок, то в теперішній час середній вік хворих становить 50 років, причому питома вага пацієнток молодше за 40 - досягає 26-30% (С.Н. Буянова із співавт., 1998).

Пролапс геніталій є дуже поширеним в популяції. У структурі гінекологічної захворюваності частота даної патології коливається від 11 до 28% (В.И. Краснопольский із співавт., 1997; М.Ю. Коршунов із співавт., 2003). За даними різних авторів (A.L. Olsen et al., 1997; R.C. Bump et al., 1998; B.L. Shull, 1999) до 10% жінок, що досягли репродуктивного віку, потребує хірургічної корекції порушень вагінальної анатомії.

Висока захворюваність генітальним пролапсом, окрім поширеності в популяції, визначається також великою кількістю рецидивів після його хірургічного лікування, частота яких сягає 30%. Дане положення стимулює пошук нових, більш надійних способів фіксації тазових органів. Разом з тим, незважаючи на велику кількість розроблених хірургічних процедур, що досягає декількох сотень, незалежно від їх вигляду, зниження числа хворих, які потребують проведення повторних операцій, в теперішній час не спостерігається (А.М. Созанський, 1987; Ю.В.Дульцев із співавт., 1990; О.В.Макаров, 2001).

Розробка та застосування профілактичних заходів щодо зниження захворюваності генітальним пролапсом вимагають необхідності прогнозування виникнення захворювання і розвитку рецидивів після його хірургічного лікування на основі етіопатогенетичних принципів.

Як відомо, в основі виникнення пролапсу тазових органів лежать тривале або надмірне підвищення внутрішньочеревного тиску та/або дистрофічні зміни в сполучнотканинних утворюваннях, відповідальних за їх континенцію. При цьому загальноприйнятою є думка, що розвиток дистрофічних порушень опорних тазових структур зумовлений багатьма різноманітними причинами. Серед чинників, що приводять до розвитку дистрофічних процесів, вказуються старечий вік (А.М. Новиков, 1908), аліментарне виснаження (Л.Л. Окинчиц, 1922), недостатність естрогенів, ожиріння (В.И.Краснопольський із співавт., 1997), пошкодження опорних структур малого таза в процесі пологів через природні пологові шляхи (В.А. Анан’єв, 1987; П.С. Серняк із співавт., 2001; А.А. Процепко із співавт., 2004), спадкова системна дисплазія сполучної тканини (І.Е. Тиканадзе, 1909; Т.Ю. Смольнова із співавт., 2001; Ю.П. Вдовиченко із співавт., 2005). У той же час вказані причини в тій або іншій мірі мають місце у більшості, в тому числі й у здорових, жінок. Разом з тим, в доступній літературі ми не зустріли узагальнюючих робіт, заснованих на багатофакторному аналізі причин та їх сполучень, з визначенням міри їх значущості для запуску механізму реалізації опущення і випадіння внутрішніх статевих органів.

Недостатня ефективність хірургічного лікування, очевидно, пов'язана з тим, що в переважній більшості методів, що застосовуються для реконструкції нормальних взаємовідносин тазових органів, використовуються ті ж анатомічні структури, недостатність яких є причиною виникнення захворювання. У той же час, в доступній літературі нам також не зустрілися узагальнюючі дослідження, направлені на вивчення причин виникнення рецидивів генітального пролапсу з урахуванням різних факторів ризику, в тому числі й тих, які лежать в основі самого захворювання.

Викладені вище факти підтверджують актуальність проведення досліджень, спрямованих на визначення значущості та сполучення факторів, що призводять до виникнення захворювання та рецидивів після його хірургічного лікування, критеріїв формування груп ризику і шляхів зниження захворюваності.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Донецького національного медичного університету ім. М. Горького і Науково-дослідного інституту медичних проблем сім'ї і є фрагментом комплексної теми «Репродуктивне здоров'я, профілактика і лікування його порушень в різні періоди життя» (№0101U007984), пов'язаної з Державною програмою «Репродуктивне здоров'я» (Указ президента України № 52/2002).

**Мета дослідження - з**ниження захворюваності опущенням і випадінням внутрішніх статевих органів у жінок шляхом визначення критеріїв формування груп ризику розвитку неспроможності структур, відповідальних за континенцію тазових органів, і розробки профілактичних та реабілітаційних заходів на основі вивчення анатомо-функціональних змін організму і механізмів виникнення захворювання.

Для досягнення вищевказаної мети були поставлені такі завдання:

1. На основі ретроспективного статистичного аналізу даних клінічного обстеження, дослідження фенотипичних ознак, антропометричних показників, сімейного анамнезу, наявності характерної супутньої экстрагенітальної патології визначити значущість чинників, сприяючих розвитку захворювання в різні фізіологічні періоди життя жінки.
2. Провести ретроспективний аналіз причин виникнення рецидивів і встановити прогностичні критерії ризику їх розвитку в зв'язку з неспроможністю анатомічних структур, відповідальних за континенцію тазових органів.
3. Вивчити післяпологові зміни функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна та їх особливості у породіль з наявністю встановлених факторів ризику виникнення генітального пролапсу, що є специфічними для жінок репродуктивного віку.
4. Вивчити анатомо-функціональні зміни статевої і сечовидільної системи жінок з генітальним пролапсом.
5. Встановити особливості імунологічного статусу і стан балансу гормонів, що беруть участь в регуляції менструальної функції у жінок репродуктивного віку, які страждають на пролапс геніталій.
6. Розробити програму комплексної хірургічної реабілітації при пролапсі тазових органів і оцінити результати її застосування.
7. Розробити критерії формування групи ризику виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці та групи ризику розвитку рецидивів захворювання після його хірургічного лікування і визначити прогностичну значущість запропонованого методу бальної оцінки ступеня ризику.
8. Розробити профілактичні заходи, спрямовані на попередження післяпологової тазової недостатності, як однієї з основних причин виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці у жінок групи ризику, і оцінити їх ефективність.
9. У пацієнток з високим ризиком розвитку рецидивів, зумовлених неспроможністю природних анатомічних структур, відповідальних за континенцію тазових органів, визначити ефективність застосування методів хірургічної корекції захворювання з використанням синтетичних матеріалів або заснованих на жорсткій фіксації статевих органів до стінок таза.

**Об'єкт дослідження:** пролапс тазових органів.

**Предмет дослідження:** фактори ризику розвитку генітального пролапсу і рецидивів після його хірургічного лікування, функціональний стан тазового дна у післяпологовому періоді, оцінка результатів методів профілактики і реабілітації.

**Методи дослідження:** загальні клінічні, клініко-лабораторні, рентгенологічні, ультразвукові, функціональні, антропометричні, ендокринологічні, імунологічні, математично-статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Уперше встановлено, що провідну роль в патогенезі захворювання в репродуктивному віці грають травматичні пошкодження в пологах, фактором ризику яких є зниження еластичності м'яких тканин у вікових породіль, або при тривалому інтервалі між пологами, а також зниження опорно-механічної функції сполучної тканини в зв'язку з її системною дисплазією. У післяменопаузальному періоді дистрофічні процеси опорних і підвішуючих структур тазових органів переважно зумовлені метаболічними порушеннями, пов'язаними з дефіцитом естрогенів.

Уперше встановлено, що у жінок, які не мають факторів ризику виникнення генітального пролапсу, в післяпологовому періоді відмічається зниження показників функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна, в порівнянні з жінками, що не народжували, відновлення яких відбувається через 2 місяці після пологів. У 70% породіль з наявністю факторів ризику виникнення генітального пролапсу, які характерні для репродуктивного віку, порушення функції тазового дна зберігаються надалі, що підтверджує їх значення в зростанні ризику травматизації тазового дна в пологах.

Уперше встановлені порушення імунного статусу хворих на геніальний пролапс, що послужило підставою для включення імунотерапії в програму передопераційної підготовки.

Уперше вивчено стан балансу гормонів, що беруть участь в регуляції менструальної функції у жінок репродуктивного віку, які страждають на генітальний пролапс. При цьому встановлена наявність високої частоти гіперандрогенії та дисбалансу гонадотропних, статевих гормонів і гормонів кори надниркових залоз. Дані порушення підвищують ризик розвитку дезадаптації репродуктивної системи після застосування радикальних методів хірургічного лікування та сприяють подальшому прогресуванню дистрофічних процесів опорних структур тазових органів.

Уперше введено умовне розділення рецидивів генітального пролапсу після його хірургічного лікування на два види, що розрізнюються за клінічним перебігом та причинами виникнення - ранні та пізні. Встановлено, що причинами ранніх рецидивів є недоліки, які були допущені на різних етапах хірургічного лікування. Доведено, що причиною пізніх рецидивів є морфо-функціональна неспроможність власних сполучнотканинних структур, які використовуються для реконструкції нормального розташування тазових органів. Уперше визначені фактори ризику розвитку пізніх рецидивів.

**Практичне значення отриманих результатів.** Розроблена та впроваджена програма комплексної хірургічної реабілітації хворих на генітальний пролапс, спрямована на ліквідацію дефектів вагінальної анатомії, усунення функціональних порушень суміжних тазових органів, попередження порушень, зумовлених самим хірургічним лікуванням, зниження кількості післяопераційних ускладнень і ранніх рецидивів захворювання.

Розроблено нові органозберігаючі методи корекції дефектів апікального та переднього відділів піхви (деклараційний патент на винахід №38729А від 15.05.2001, деклараційний патент на винахід №45940А від 15.04.2002).

Розроблена система бальної оцінки чинників ризику і визначені критерії формування групи ризику розвитку післяпологової недостатності тазового дна, як однієї з основних причин виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці. Використання даного методу дозволяє ще на етапі допологового спостереження визначати контингент жінок, що потребують проведення профілактики родового травматизму і планувати післяпологові реабілітаційні заходи.

Розроблено і впроваджено заходи щодо профілактики розвитку післяпологових функціональних порушень нервово-м’язевого апарату тазового дна у породіль групи ризику.

Розроблена система бальної оцінки факторів ризику та визначені критерії формування групи ризику розвитку рецидивів генітального пролапсу, зумовлених неспроможністю природних опорних тазових структур.

Запропоновано та впроваджено застосування у хворих групи ризику розвитку пізніх рецидивів генітального пролапсу використання методів жорсткої фіксації статевих органів до стінок таза і фасціальної реконструкції синтетичними матеріалами.

Розроблена і впроваджена методика хірургічної корекції цистоцеле з використанням проленового клаптя, яка є принципово відмінною від існуючих (деклараційний патент на корисну модель №6922 від 16.05.2005).

**Впровадження результатів дослідження**. Основні теоретичні положення дисертаційної роботи використовуються в учбовому процесі ДонНМУ і Одеського державного медичного університету при підготовці студентів 5-го курсу і лікарів акушерів-гінекологів. Практичні рекомендації дисертаційної роботи впроваджені в роботу ряду відділень оперативної гінекології та жіночих консультацій міст Донецька, Макіївки, Запоріжжя, Одеси, Вінниці, Харкова, Луганська, Дніпропетровська.

**Особистий внесок здобувача.** Автору належить вибір теми, визначення мети і задач дослідження, методологічних основ їх виконання. Самостійно проводився відбір пацієнток, розподіл їх на групи, дослідження анатомо-функціонального стану сечовидільної системи, накопичення первинної документації.

Автором розроблено та впроваджено нові методи хірургічної корекції генітального пролапсу. На основі даних комплексного передопераційного обстеження розроблена програма хірургічної реабілітації хворих на генітальний пролапс. Самостійно виконано хірургічне лікування у 68% хворих.

Дисертантом самостійно проведено аналіз причин, що сприяють виникненню захворювання та рецидивів після його хірургічного лікування. Визначено чинники ризику розвитку післяпологової недостатності тазового дна та рецидивів генітального пролапсу, зроблена оцінка їх значущості, розроблені критерії формування груп ризику, обгрунтована необхідність і оцінена ефективність профілактичних заходів. Інтерпретовано отримані результати, зроблені теоретичні висновки, розроблені та випробувані практичні рекомендації.

**Апробація результатів роботи.** Основні положення дисертаційної роботи представлені та обговорені на ІХ обласній конференції урологів і гінекологів з міжнародною участю «Актуальные проблемы урогинекологии» (Харків, 2001), міжнародному симпозіумі «Гемостаз - проблемы и перспективы» (Київ, 2002), YII міжнародному конгресі по імунореабілітації «Аллергология, иммунология і глобальная сеть» (Канни, Франція, 2002), міжнародному конгресі «Менопауза и репродуктивное здоровье женщины» (Тернопіль, 2002), першому Євро-Азіатському конгресі «The Events Of The Year in Gynecology and Obstetrics» (Russia, Saint Petersburg, 2004), науково-практичній конференції «Актуальні питання сучасного акушерства» (Тернопіль, 2004), науково-практичній конференції «Вагінальна хірургія - сьогодні і завтра» (Вінниця, 2005), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальные проблеми реконструктивной хирургии и реабилитации» (Шарм Ель Шейх, Єгипет, 2005), засіданні Донецької обласної Асоціації урологів (Донецьк, 2007).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 34 роботи, в тому числі: 28 статей у виданнях ВАК України, 18 з яких самостійні; 3 - в тезах. Отримано 3 патенти України.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 326 сторінках машинописного тексту. Обсяг основного тексту становить 270 сторінок. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, 7 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку літератури, який становить 347 джерел, в тому числі 193 вітчизняних та російськомовних авторів і 154 іноземних авторів, і займає 36 сторінок. Робота ілюстрована 41 таблицею, 13 діаграмами та 15 малюнками, які займають повних 20 сторінок.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ**

**Матеріал і методи дослідження**. Матеріалом дослідження були результати клінічного спостереження і лабораторного обстеження 648 жінок, що знаходилися на лікуванні або розродженні в акушерсько-гінекологічній клініці Центральної міської клінічної лікарні № 6 м. Донецька.

Відповідно до задач, поставлених для досягнення мети, був розроблений дизайн дослідження, що складався з 5 етапів.

Враховуючи те, що показник захворюваності на генітальний пролапс формується із поширеності даної патології в популяції та кількості рецидивів після хірургічного лікування, на першому етапі дослідження було проведено два ретроспективних клініко-статистичних аналізи - причин виникнення генітального пролапсу у жінок в різні фізіологічні періоди життя та причин виникнення рецидивів після його хірургічного лікування.

Аналіз причин виникнення захворювання був проведений на основі даних поглибленого обстеження 246 пацієнток, що знаходилися на хірургічному лікуванні з приводу генітального пролапсу. Обліку підлягали наступні групи чинників, відомі за даними літератури, як ті що впливають на розвиток пролапсу тазових органів: умови праці і побуту, дані антропометрії, гінекологічний і акушерський анамнези, сімейний анамнез, наявність зовнішніх та вісцеральних ознак дисплазії сполучної тканини, наявність характерної супутньої екстрагенітальної патології.

Враховуючи провідне значення рівня естрогенів в регулюванні фізіологічних і обмінних процесів жіночого організму, хворі були розподілені на 4 групи порівняння в залежності від фізіологічних періодів життя, пов'язаних з менструальною функцією.

1 група порівняння - 81 жінка репродуктивного віку від 24 до 45 років. Середній вік 40,42+0,47 років.

2 група порівняння - 32 жінки в періоді перименопаузи від 46 до 54 років. Середній вік 49,53+0,48 років.

3 група порівняння - 91 жінка в періоді постменопаузи у віці від 51 до 69 років. Середній вік 62,37+0,45 років.

4 група порівняння - 42 жінки старечого віку від 70 до 86 років. Середній вік 74,41+0,58 років.

Порівняння результатів обстеження хворих першої групи проведене з аналогічними даними, отриманими при проведенні клініко-статистичного аналізу групи з 80 жінок репродуктивного віку, що знаходилися в гінекологічному стаціонарі з приводу іншої патології (контрольна група). Середній вік жінок контрольної групи становив 41,39+0,46 та істотно не відрізнявся від 1 групи порівняння (Р>0,05).

Ретроспективний багатофакторний аналіз причин виникнення рецидивів генітального пролапсу був проведений на основі вивчення віддалених результатів хірургічного лікування 181 пацієнтки, що були простежені протягом півтора років після операції. Кількість рецидивів захворювання була визначена на основі обліку хворих, що мають їх клінічні вияви і жінок з частковими рецидивами дефектів вагінальної анатомії, які були встановлені внаслідок вивчення вагінального профілю відповідно до кількісної класифікації POP-Q. Частковими рецидивами ми вважали ті випадки, коли при дослідженні вагінального профілю яка-небудь з контрольних точок, що визначаються, розташовувалася по відношенню до площини гіменального кільця ближче, ніж на 3 сантиметри, тобто відповідала пролапсу 1 ступеню.

При цьому були розраховані частота і відносний ризик розвитку рецидивів генітального пролапсу при наявності у хворих ряду факторів, як пов'язаних з різними етапами хірургічного лікування, так і не пов'язаних з ними.

На другому етапі, з метою вивчення механізмів реалізації генітального пролапсу у жінок репродуктивного віку та підтвердження значення виділених для них факторів ризику в зростанні імовірності травматизації тазового дна в пологах і, внаслідок цього, розвитку трофічних порушень, які призводять до його неспроможності, було проведене вивчення післяпологових змін функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна.

Оцінка стану нервово-м’язевого апарату тазового дна проводилася за трьома показниками: порогу чутливості м'язів тазового дна до електричного струму, максимальної сили довільних скорочень м'язів промежини і сили скорочення м'язів тазового дна при електростимуляції їх амперажем 12 мА. Дані дослідження здійснювалися за допомогою двох апаратів: такого, що генерує електростімули - «Стімул-1» і такого, що реєструє мінімальні скорочення м'язів тазового дна - електросфінктерометра.

Нормальні значення показників, що вивчаються, були отримані на основі їх визначення в групі з 30 жінок, які не народжували (контрольна група). Післяпологові зміни функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна та їх особливості у породіль з наявністю встановлених раніше факторів ризику розвитку генітального пролапсу, що є характерними для жінок репродуктивного віку, були вивчені в двох групах породіль. У основну групу увійшло 134 породілля з наявністю декількох з цих факторів в різному поєднанні. Групу порівняння становили 50 породіль після перших пологів, що не мали встановлених нами факторів ризику тазової дисфункції. Дослідження в основній групі і групі порівняння проводилися на 5-6 добу післяпологового періоду, а також через 2 і 6 місяців після пологів.

На третьому етапі було проведено проспективне дослідження даних клініко-лабораторного обстеження 253 пацієнток, які страждали на геніальний пролапс різної міри вираженності. Клініко-лабораторне обстеження стосувалося вивчення анатомо-функціонального стану сечовидільної системи, імунологічного статусу й балансу гормонів, що беруть участь в регуляції менструальної функції у жінок репродуктивного віку.

При вивченні анатомо-функціонального стану сечовидільної системи використовувалися стандартні в оперативній гінекології та додаткові методи дослідження. Діагностика генітального пролапсу проводилася з використанням кількісної класифікації POP-Q при проведенні проби Вальсальви.

Діагностика стресової інконтиненції сечі здійснювалася за допомогою проби Боні з наповненим сечовим міхуром у положенні лежачи. При вираженому цистоцеле наявність клапанного механізму утримання сечі визначали після репозиції пролапсу тампоном-аплікатором.

Вивчення стану сечовидільної системи при наявності пролапсу тазових органів проводилося з використанням ультразвукової та рентгенодіагностики. Рентгенологичне дослідження включало проведення екскреторної урографії та двохпозиційної ретроградної цистографії. При ультразвуковому дослідженні визначалися об'єм залишкової сечі і функціональний стан верхніх відділів сечовидільної системи методом фармакоехографії нирок і чашково-миськової системи в умовах медикаментозної поліурії.

З метою оцінки імунного статусу проводився загальний аналіз крові з підрахунком кількості лейкоцитів, показників лейкоцитарної формули і розрахунком лейкоцитарного індексу інтоксикації. Також визначалася активність комплементу, вміст IgG, А, M в сироватках крові, кількість і активність імунокомпетентних лімфоцитів.

З метою вивчення балансу гормонів, що беруть участь в регуляції репродуктивної функції, на 7 і 21 день менструального циклу проводилося визначення концентрацій у сироватці крові пролактину, фолікулостимулюючого і лютеінизуючого гормонів, тестостерону, кортизолу, естрадіолу, прогестерону за допомогою відповідних імуноферментних тест-систем.

На основі результатів проведеного клініко-лабораторного обстеження була розроблена та випробувана комплексна програма хірургічної реабілітації, спрямована на ліквідацію дефектів вагінальної анатомії, усунення функціональних порушень суміжних тазових органів, попередження порушень, зумовлених самим хірургічним лікуванням, та зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Відповідно до запропонованої програми хірургічної реабілітації було проліковано 136 хворих (основна група). Оцінка результатів її застосування проведена в порівнянні з результатами хірургічного лікування 117 жінок з використанням традиційної методики (група порівняння).

На четвертому етапі дослідження були визначені критерії прогнозування і формування груп ризику розвитку післяпологової недостатності тазового дна, як однієї з основних причин виникнення захворювання у жінок репродуктивного віку, та рецидивів після хірургічного лікування.

На п'ятому етапі були розроблені профілактичні заходи, спрямовані на зниження захворюваності на генітальний пролапс і оцінена їх ефективність.

Профілактичні заходи, спрямовані на попередження післяпологової тазової недостатності включали виконання в родах епізіотомії у 42 і проведення післяпологової реабілітації функції тазового дна у 56 породіль групи ризику. Ефективність даних заходів вивчалася на основі оцінки функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна. Отримані результати порівнювалися з аналогічними показниками у 68 породіль групи ризику, яким епізіотомія не проводилася і 63 породіль, яким не проводилася післяпологова реабілітація.

З метою профілактики виникнення рецидивів генітального пролапсу після його хірургічного лікування у 59 хворих, що складають групу ризику розвитку рецидивів, були використані хірургічні технології, засновані на фіксації внутрішніх статевих органів до жорстких утворювань і застосуванні синтетичних ендопротезів з метою фасціальної реконструкції. Оцінка віддалених результатів застосування вказаних хірургічних процедур в основній групі хворих проводилася в порівнянні з аналогічною групою ризику з 85 пацієнток, у яких застосовувалися рутинні оперативні втручання з використанням для реконструкції нормальних взаємовідносин тазових органів природних анатомічних структур.

Статистична обробка результатів досліджень була проведена з використанням персонального комп'ютера Pentium-II і ліцензованого пакету прикладної статистики StatSoft Inc. (1999) "Statistica for Windows", №31415926535897. Для обробки статистичних даних використовували класичні методи варіаційної статистики і набір критеріїв, що застосовується у науково-доказовій медицині та призначений для оцінки якості дослідження.

**Результати досліджень та їх обговорення.** При проведенні ретроспективного аналізу причин виникнення генітального пролапсу було встановлено, що частота вказівок на важкі умови праці та побуту в групі хворих опущенням і випадінням внутрішніх статевих органів, що знаходилися в репродуктивному віці (1 група порівняння), не відрізнялася від контрольної групи. Середні значення антропометричних показників, що вивчалися, і їх структура між групами також істотно не розрізнялися.

При вивченні акушерського анамнезу були отримані дані, дещо відмінні від існуючих уявлень про акушерські причини, що впливають на розвиток пролапсу тазових органів.

За середньою кількістю вагітностей, кількістю медичних і мимовільних абортів істотних відмінностей між групами не було.

Середня кількість пологів в першій групі становила 1,71+0,08, в контрольній - 1,65+0,07. При цьому жінок, що мали більш ніж двоє пологів, в першій групі було 9,88+3,31%, в контрольній - 7,5+2,94%. Патологічні пологи відмічені у 30,86+5,13% і 26,25+4,92% пацієнток відповідно. Епізіотомії в родах були зроблені у 16,05+4,08% жінок першої групи і у 21,25+4,57% - контрольної (за всіма показниками Р>0,05).

Середня маса новонароджених у жінок першої групи становила 3383,75+41,36 г., другий - 3370,89+44,32 г. Масу новонароджених, що перевищує 3800 р., відмічено у 12,35+3,66% жінок першої групи і у 13,75+3,85% - контрольної (Р>0,05).

Статистично значущі відмінності між групами з'явилися при вивченні наступних факторів, що впливають на наслідки пологів. Вік при перших пологах у жінок першої групи становив 24,16+0,39 років, в контрольній групі - 23,03+0,37 років. При цьому перші пологи у віці старше за 27 років були відмічені у 24,69+4,79% жінок першої групи та у 12,5+3,7% - контрольної (Р<0,05).

Середній вік останніх пологів у жінок першої групи становив 28,58+0,42 років, контрольної - 26,03+0,39 років. Серед жінок першої групи останні пологи у віці старше за 30 років мали місце у 40,24+5,46%, в контрольній - у 12,5+3,7% (Р<0,05).

Інтервал між першими та подальшими пологами більше за 8 років був відмічений у 23,46+4,71% і 10,0+3,35% жінок відповідно (Р<0,05).

Статистично значущими також були відмінності в частоті травм пологових шляхів, яка становила 23,46+4,71% у жінок першої групи та 6,25+2.71% - контрольної (Р<0,05).

Таким чином, серед акушерських факторів, відомих за даними літератури, як ті що впливають на розвиток пролапсу тазових органів, лише тільки частота травм пологових шляхів була відмічена в більшій мірі у жінок репродуктивного віку, які страждають на дане захворювання, в порівнянні з контрольною групою. При цьому, на відміну від даних Е.І. Баїсової (1999), О.О. Процепко (2004) та інш., у вказаних жінок в проведеному нами дослідженні не було встановлено збільшення кількості пологів і маси плодів, а також більш високої частоти патологічних пологів і виконання епізіотомії. Разом з тим, відомості про вплив таких чинників, як вік перших, останніх пологів і інтервал між ними, в доступній нам літературі не зустрічалися.

При вивченні проявів сполучнотканинної недостатності було встановлено, що зовнішні та вісцеральні маркери дисплазії сполучної тканини зустрічалися практично у всіх жінок обох груп. При цьому в першій групі більшість маркерів ДСТ, з тих що вивчалися, визначалися достовірно частіше, ніж в контрольній.

Прояви сполучнотканинної дисплазії на рівні декількох органів і систем мали місце в усіх жінок обох груп. Разом з тим відмінності між групами були встановлені в кількості органів і систем, що мають вказані зміни.Так, у жінок першої групи середня кількість органів і систем, що мають характерні зміни, які свідчать про недостатність сполучної тканини, становила 5,85+0,07, у той час як у жінок контрольної групи - 3,24+0,04 (Р<0,05).

Висока частота поширеності сполучнотканинної недостатності в популяції, а також наявність маркерів дисплазії сполучної тканини у жінок контрольної групи спонукали нас розглядати даний процес, як системний тільки лише при наявності його проявів більш ніж в чотирьох органах або системах. При цьому системна дисплазія сполучної тканини була визначена у 71,60+5,0% жінок першої групи та у 27,50+5,0% - контрольної (Р<0,05).

При вивченні сімейного анамнезу хворих першої групи встановлено, що у більшості з них (62,96+5,4%) прояви дисплазії сполучної тканини носять спадковий характер. Дані прояви у родичів першої лінії в контрольній групі зустрічалися значно рідше, а саме у 16,25+4,1% випадків (Р<0,05). На наявність пролапсу тазових органів у близьких родичів вказувало 16,05+4,1% хворих першої групи і тільки лише 1,25+1,2% - контрольної (Р<0,05).

Таким чином, проведений клініко-статистичний аналіз причин, що впливають на розвиток пролапсу тазових органів, показав, що системна дисплазія сполучної тканини є одним з провідних факторів ризику виникнення даного захворювання у жінок репродуктивного віку.

Отримані результати узгоджуються з думкою Т.Ю.Смольнової (2001), згідно з якою пологи є лише пусковим механізмом реалізації проявів сполучнотканинної недостатності на рівні репродуктивної системи. Про роль пологів, як пускового механізму розвитку генітального пролапсу, свідчить також те, що середня тривалість захворювання в групі жінок репродуктивного віку становила 8,10+0,46 років, а середній вік появи перших ознак захворювання - 31,90+0,37 років. Отже, захворювання виникло незабаром після останніх пологів, на що вказувало більшість жінок. Провідна роль системної дисплазії сполучної тканини в розвитку пролапсу тазових органів у жінок репродуктивного віку, мабуть, пов'язана зі зниженням її опорно-механічної функції. У зв'язку з цим в пологах зростає імовірність підвищеної травматизації нервово-м’язевого апарату опорних структур тазового дна і, внаслідок цього, розвитку трофічних порушень. Такі акушерські причини, як більш пізній вік перших, останніх пологів і подовження інтервалу між пологами, також, напевне, сприяє підвищенню травматизації в зв'язку зі зниженням еластичності м'яких тканин пологових шляхів.

При проведенні клініко-статистичного аналізу причин, які сприяють розвитку пролапсу тазових органів в групах жінок перименопаузального, постменопаузального та старечого віку встановлені істотні відмінності з групою хворих репродуктивного віку, що стосуються акушерського анамнезу, часу появи захворювання, антропометричних даних, даних, що свідчать про наявність метаболічних порушень, та частоти проявів системної дисплазії сполучної тканини.

Відмінності в акушерському анамнезі торкалися середньої кількості пологів і відсотку жінок, що багато народжували, які прогресивно зростали відповідно до збільшення середнього віку груп хворих. Так, у хворих репродуктивного віку середня кількість пологів становила 1,71+0,08, а відсоток жінок, що багато народжували - 9,88+3,31%, в той час, як в старечому віці - 2,16+0,09 і 33,33+6,95% відповідно (Р<0,05).

Середня тривалість захворювання у хворих перименопаузального періоду становила 9,63+0,81 років. При цьому 25+7,7% з них появу перших ознак захворювання відмічала менш ніж за 5 років до звернення, тобто не зв'язувало з попередніми пологами. Середня тривалість захворювання у жінок в постменопаузі становила 9,70±0,90 років. При цьому тільки у 15,38+3,8% пацієнток тривалість захворювання перевищувала 20 років, тобто поява перших ознак захворювання була відмічена в репродуктивному віці і зв'язувалася з акушерськими причинами. Більшість хворих цієї групи вказувала на появу симптомів захворювання після настання менопаузи. Середня тривалість захворювання у жінок старечого віку становила 9,50±1,57 років. Тільки 7,14+4,0% хворих цієї групи, з тривалістю захворювання понад 30 років, зв'язувало його з акушерськими причинами, 52,38+7,7% - з настанням менопаузи, а 40,48+7,6% відмічало появу перших ознак генітального пролапсу протягом останніх 1-3 років і зв'язувало їх із загальним ослабленням організму.

Отже, згідно зі зростанням середнього віку хворих на генітальний пролапс відзначається зростання середнього віку появи захворювання і зниження числа жінок, які зв'язують його появу з попередніми пологами, незважаючи на збільшення їх середньої кількості, і відсотку жінок, що народжували багато разів. Отримані дані свідчать про зниження значення попередніх пологів, як причини виникнення захворювання у літніх і старих жінок.

При вивченні антропометричних показників встановлене наступне. У другій і третій групах кількість жінок, що мали надмірну масу тіла і ознаки абдомінального ожиріння прогресивно зростало, по відношенню до групи репродуктивного віку, що було розцінено нами, як прояви менопаузального метаболічного синдрому. Процент жінок з ІМТ>26 в 1 групі становив 41,98+5,5%, у другій - 71,9+7,9%, в третій - 85,71+3,7%; з показником ОТ/ОС>0,85 - 16,05+4,1%, 34,4+8,4% і 80,2+4,2% відповідно (Р<0,05).

У групі хворих старіше за 70 років кількість жінок з надмірною масою тіла становила 40,48+7,6%, разом з тим, 35,71+7,4% пацієнток відрізнялися низькими зрісто-ваговими показниками.

При вивченні частоти захворювань, пов'язаних з метаболічними порушеннями, а саме інсулін незалежної форми цукрового діабету та гіпертонічної хвороби, встановлені наступні тенденції. Захворюваність цукровим діабетом різко зростала в групі жінок, що знаходились в постменопаузі, та що мали виражені зовнішні прояви метаболічних порушень. Статистично значуще зростання захворюваності гіпертонічною хворобою також відмічене в даній групі, а також в групі жінок старечого віку.

При вивченні проявів сполучнотканинної недостатності у жінок другої, третьої і четвертої груп було встановлено прогресуюче зниження їх частоти. Так, у жінок другої групи середня кількість органів і систем, що мають характерні зміни, які свідчать про недостатність сполучної тканини, становило 5,31+0,1, в той час як у жінок першої групи - 5,85+0,07. Незважаючи на різке зростання в третій і, особливо, четвертій групі частоти таких проявів сполучнотканинної недостатності, як варикозна хвороба, в'ялість шкіри, грижі, зниження тонусу м’язів, цей показник склав відповідно 3,89+0,04 і 3,24+0,05 (Р<0,05) та за своїм значенням наблизився до контрольної групи. При цьому системна дисплазія сполучної тканини була визначена в другій групі у 62,5+8,6% жінок, в третій групі - у 35,16+5,0% і в четвертій - у 35,71+7,4% (в першій групі - у 71,60+5,0) (Р<0,05).

Таким чином, проведений клініко-статистичний аналіз значущості факторів, які сприяють розвитку пролапсу тазових органів, показав, що в різні періоди життя жінок, які страждають на дане захворювання, виникнення дистрофічних процесів опорних структур малого таза пов'язане з різними причинами. У репродуктивному віці провідну роль грають травматичні пошкодження в пологах, фактором ризику яких є зниження еластичності м'яких тканин у вікових породіль, або при тривалому інтервалі між пологами, а також зниження опорно-механічної функції сполучної тканини в зв'язку з її системною дисплазією. У більш старіших вікових категоріях жінок значення акушерських причин виникнення генітального пролапсу знижується. У постменопаузальному періоді дистрофічні процеси в основному зумовлені метаболічними порушеннями, пов'язаними з дефіцитом естрогенів. У віковій групі жінок старіше за 70 років, поряд з метаболічними порушеннями, мають місце прояви системної старечої атрофії.

Ретроспективний аналіз причин виникнення рецидивів генітального пролапсу показав наступне. Усього рецидиви пролапсу геніталій були відмічені у 48 хворих (26,52%). При аналізі їх перебігу було встановлено, що у чотирьох пацієнток (2,21%) рецидиви мали виражені клінічні прояви (III-IV ступень) і розвинулися протягом перших 6 місяців після оперативного лікування. У 44 пацієнток (24,31%) клінічних проявів рецидивів генітального пролапсу не було, а наявність їх була встановлена при вивченні вагінального профілю через 18 місяців після операції. У зв'язку з цим, виходячи з клінічного перебігу, рецидиви генітального пролапсу ми умовно розділили на дві групи - ранні та пізні.

При аналізі причин виникнення ранніх рецидивів встановлено, що розвиток їх був пов'язаний з недоліками, що сталися на різних етапах хірургічного лікування, а саме з наявністю гнійно-запальних ускладнень з боку рани або неадекватним вибором методу хірургічного лікування.

При аналізі історій хвороби пацієнток з наявністю пізніх рецидивів генітального пролапсу явні причини їх виникнення не були встановлені. У зв'язку з цим нами були зроблені визначення частоти і розрахунок відносного ризику виникнення рецидивів при наявності різних чинників, які могли сприяти їх розвитку. При цьому була відзначена відсутність залежності в частоті виникнення пізніх рецидивів від наявності передопераційної підготовки і особливостей ведення післяопераційного періоду. Також не було визначено відмінностей частоти пізніх рецидивів при виконанні оперативного лікування різними хірургами. Разом з тим, було встановлено збільшення абсолютного ризику розвитку пізніх рецидивів в 1,5 рази у хворих репродуктивного віку і в періоді перименопаузи після застосування радикальних оперативних втручань, у порівнянні з органозберігаючими. Зростання ризику розвитку рецидивів у даних пацієнток після виконання екстирпації матки, певно, зумовлене посиленням дистрофічних процесів опорних тазових структур у зв'язку з дефіцитом естрогенів, що викликається внаслідок порушення кровообігу в збережених яєчниках, і підтверджує результати досліджень Ю.Е. Доброхотової (1999).

При аналізі частоти пізніх рецидивів генітального пролапсу в залежності від чинників, що не пов'язані з якістю надання хірургічної допомоги, встановлено достовірне зростання абсолютного ризику їх розвитку у пацієнток старіше за 55 років в 2,43 рази, тривалості захворювання понад 10 років в 2,47 рази, при наявності пролапсу III і IY ступеня в 4 рази, постгістеректомічного пролапсу - в 2,79 рази, генітального пролапсу у родичів першої лінії - в 2,05 рази, надмірної маси тіла й абдомінального ожиріння - в 3 рази, виражених проявів системної дисплазії сполучної тканини - в 2,28 рази, діабету - в 1,88 рази.

Таким чином, проведений аналіз показав, що більшість встановлених факторів ризику розвитку пізніх рецидивів є або причинами, або маркерами морфофункціональної недостатності сполучнотканинних структур, що несуть відповідальність за континенцію тазових органів. Виходячи з цього, шляхами зниження їх кількості є застосування хірургічних технологій заснованих на фіксації тазових органів до жорстких анатомічних утворень (крижово-остиста зв'язка, крижовий мис) і використанні синтетичних матеріалів.

На наступному етапі нашого дослідження, з метою підтвердження ролі виділених факторів ризику виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці на ступень травматизації тазового дна в пологах, було проведене вивчення післяпологових змін функціонального стану його нервово-м’язевого апарату.

Внаслідок проведеного дослідження встановлено, що у породіль, які не мають факторів ризику виникнення генітального пролапсу, в післяпологовому періоді має місце достовірне підвищення порогу чутливості рецепторів піхви до електричного струму в порівнянні з жінками, що не народжували. У той же час сила скорочення м'язів промежини під впливом електричного струму та сила довільного скорочення м'язів є істотно зниженими. Відновлення функції тазового дна у більшості з цих жінок відбувається через 2 місяці після пологів. Разом з тим, у частини жінок, які не мають чинників ризику, що враховуються нами, зберігаються післяпологові функціональні порушення, абсолютний ризик розвитку яких до кінця періоду спостереження становить 0,08.

У породілля з наявністю виділених чинників ризику виникнення пролапсу геніталій зміни в післяпологовому періоді показників, що вивчаються, більш виражені. Відновлення функції тазового дна відбувається через 2 місяці тільки у 30% цих жінок, а абсолютний ризик розвитку тазової дисфункції становить 0,70. При цьому у породіль, що мають функціональні порушення тазового дна, відновлення нормальних значень показників, що вивчаються, не відбувається і через 6 місяців після пологів.

Необхідно зазначити, що коли в групі породіль, які не мають чинників ризику, сила скорочення м'язів промежини під впливом струму була нижчою за силу довільного скорочення м'язів, що відповідало відношенню цих показників у жінок, які не народжували, то в групі з наявністю чинників ризику спостерігалася зворотна картина, що свідчить про переважні порушення інервації тазового дна.

Таким чином, результати проведених досліджень підтвердили припущення про те, що встановлені чинники ризику виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці сприяють зростанню імовірності травматизації тазового дна в пологах, з переважними порушеннями інервації, і, внаслідок цього, розвитку трофічних порушень, що призводять до його неспроможності. Дане положення також знаходить підтвердження в патоморфологічному дослідженні біоптатів сполучнотканинних і м’язових компонентів промежини у породіль з наявністю системної дисплазії сполучної тканини, яке було проведено В.І.Кулаковим із співавт. (2004).

Анатомо-функціональний стан репродуктивної і сечовидільної системи був вивчений у 253 пацієнток, які страждали на генітальний пролапс, віком від 24 до 86 років (середній вік 54,68+0,34 років). Проведене клініко-лабораторне дослідження показало, що нарівні з симптомами, зумовленими порушенням положення внутрішніх статевих органів, у більшості хворих мали місце скарги, викликані функціональними порушеннями репродуктивної системи і сусідніх органів.

При зовнішньому огляді статевих органів або огляді в дзеркалах у 122 (48,2%) жінок відмічені набряклість і ціаноз піхви та шийки матки. При цьому у 64 (25,3%) визначався гиперкератоз слизових, а у 49 (19,4%) - трофічні виразки. Необхідно зазначити, що застійні і трофічні зміни, переважно, мали місце у хворих, що знаходяться в постменопаузі і з пролапсом тазових органів III та IY ступеня.

З порушень функції сусідніх органів найчастіше зустрічалися урологічні розлади (83,8% випадків). Більш ніж у половини хворих, переважно з вираженими ступенями пролапсу тазових органів, мало місце утруднене сечовипускання, викликане перетином уретри внаслідок опущення сечового міхура. Функціональні порушення сечовидільної системи у цих пацієнток також виявлялися наявністю великої кількості залишкової сечі, що, як правило, перевищувала, місткість цистоцеле. Дане явище, певно, було зумовлено порушенням функції детрузора в зв'язку з ускладненнями сечовипускання. Крім цього, більш ніж у двох третин таких хворих визначалися порушення уродинаміки верхніх відділів сечовидільної системи. Вказані порушення уродинаміки верхніх і нижніх відділів системи сечовиведення сприяли розвитку висхідної інфекції, що було підтверджено наявністю піурії у 75% обстежених жінок.

На наявність стресового нетримання сечі вказувало 23 (9,1%) пацієнтки. Разом з тим, при проведенні проби Боні після репозиції пролапсу за допомогою тампону-аплікатору нетримання сечі при напруженні було виявлено ще у 59 жінок (23,3%). Таким чином, стресове нетримання сечі всього було відмічено у 32,4% хворих на пролапс тазових органів. При цьому клапанний механізм утримання сечі, зумовлений перетином уретри внаслідок опущення сечового міхура, зустрічався майже в кожному третьому випадку її стресового нетримання. Це пояснює дані, отримані А.А. Процепко (2007) про зростання кількості випадків стресової інконтиненції після хірургічного лікування пролапсу тазових органів і відновлення нормальної анатомії піхви, та свідчить про необхідність доопераційного активного виявлення клапанного механізму утримання сечі з метою визначення оптимальної комбінації методів хірургічної корекції анатомо-функціональних порушень.

При вивченні вагінального профілю жінок, які страждають на пролапс тазових органів, встановлено наступне. Повне випадання матки і стінок піхви мало місце у 71 (28,1%) хворих. Неповне випадання або опущення геніталій було відмічено у 182 (71,9%) жінок. При цьому загальна кількість жінок з пролапсом III-IY ст. становила 70,8%. Також була відмічена велика кількість ускладнених форм, із залученням до процесу сусідніх органів: цистоцеле - 64,4% випадків, ректоцеле - 30,8%, ентероцеле - 3,6%. У ряду хворих (36,8%) мало місце одночасне випадання сечового міхура, прямої кишки або тонкого кишечнику.

Таким чином, вивчення стану сечостатевої системи у хворих на пролапс тазових органів показало наявність її виражених анатомічних і функціональних порушень. При цьому необхідно зазначити, що частота важких форм пролапсу і функціональних порушень тазових органів прогресивно зростала від групи жінок репродуктивного до групи старечого віку.

Найбільш простим поясненням даного явища є імовірність більшої тривалості захворювання у жінок старіших вікових груп. Разом з тим, при аналізі взаємозв'язку частоти важких форм пролапсу і тривалості часу від моменту зазначення появи його перших проявів, така залежність встановлена не була. Найвірогідніше зростання швидкості прогресування захворювання в постменопаузі була зумовлена розвитком дистрофічних процесів у зв'язку з дефіцитом естрогенів. Разом з тим в доступній літературі ми не зустріли робіт, що стосуються стану ендокриного гомеостазу у хворих на пролапс геніталій зі збереженою менструальною функцією. Це визначило задачу нашого подальшого дослідження, а саме вивчення особливостей менструальної функції і стану балансу статевих гормонів у даного контингенту хворих.

Із загальної кількості хворих 117 (46,2%) були зі збереженою менструальною функцією. Результати проведеного дослідження показали наявність певних особливостей гормонального статусу у даних пацієнток. Це виявлялося в більш пізньому становленні і більш ранньому згасанні менструальної функції. У 62,2% хворих репродуктивного віку в крові був визначений підвищений вміст тестостерону, у 59,8% - кортизолу, у 56,1% жінок мав місце однофазний менструальний цикл на тлі гіпер-або гіпоестрогенії. Отримані дані, водночас з фактом більш швидкого прогресування пролапсу тазових органів в постменопаузі, підтверджують значення гормонального чиннику в патогенезі розвитку захворювання. Крім того, наявність порушень балансу гормонів, що беруть участь в регуляції менструальної функції у жінок фертильного віку, певно, може сприяти більш вираженій дезадаптації репродуктивної системи після видалення матки зі збереженням яєчників, що є насьогодні основним базовим хірургічним методом лікування генітального пролапсу. У свою чергу, дезадаптація регуляції менструальної функції сприяє розвитку синдрому постгістеректомії і більш швидкому прогресуванню дистрофічних процесів опорних структур тазових органів, що підтверджується зростанням ризику розвитку пізніх рецидивів генітального пролапсу у даного контингенту хворих у 1,5 рази. В зв'язку з вищевикладеним, у хірургічному лікуванні генітального пролапсу у хворих репродуктивного віку і в періоді періменопаузи доцільно прагнути до використання органозберігаючих методів корекції захворювання.

Враховуючи важливу роль стану імунітету у визначенні характеру і швидкості перебігу раньового процесу, а також дані літератури (Л.Ф. Богмат із співавт., 2000) про значний вплив розладів функції сполучної тканини при її системної дисплазії на імунну систему, ми провели вивчення імунного статусу у хворих на генітальний пролапс. Для виключення впливу віку й ендокринного статусу на стан імунологічної реактивності, дослідження було проведено у 83 хворих репродуктивного віку і 29 здорових жінок.

При цьому було встановлено, що кількість лейкоцитів крові та показники лейкоцитарної формули в обох групах відповідали нормальним значенням. У той же час, у хворих на пролапс гениталій кількість лейкоцитів крові була достовірно нижче, ніж у здорових жінок. Також зниженими були відсоток і абсолютна кількість паличкоядерних нейтрофілів, еозинофілів і лімфоцитів. При цьому відмічалося підвищення відсотку й абсолютної кількості моноцитів і відсотку сегментоядерних нейтрофилів.

За такими показниками, як зміст комплементу, імуноглобулінів класів А і M, а також відсоток і абсолютна кількість В-лімфоцитів, істотні відмінності між основною і контрольною групами були відсутні. Разом з тим, у хворих на пролапс геніталій мало місце достовірне підвищення вмісту імуноглобулінів G (14,41±0,67 в основній групі та 11,41±0,56 - в контрольній) і зниження відсотку Т-лімфоцитів (63,99±2,05 і 71,97±1,16 відповідно). При вивченні імунорегуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів було також встановлене достовірне зниження відсоткового співвідношення вмісту Т-супресорів (19,37±1,23 і 23,69±1,14 відповідно), і, особливо, Т-хелперів (24,77±1,48 і 33,10±1,54), що обумовило зменшення імунорегуляторного індексу до 1,278±0,087, проти 1,397+0,103 у.о. в контролі. Ще в більшій мірі зниження було виражене відносно абсолютної кількості Т-лімфоцитів і їх субпопуляцій у зв'язку з меншим числом лейкоцитів крові, а також лімфоцитів у жінок з пролапсом геніталій.

Таким чином, при вивченні деяких показників імунологічної реактивності у хворих на генітальний пролапс встановлені певні порушення імунного статусу, в порівнянні зі здоровими жінками, що співпадає з даними А.П.Грігоренко (2004).

На основі результатів клініко-лабораторного обстеження хворих на пролапс геніталій нами була розроблена комплексна програма хірургічної реабілітації, що включає передопераційну підготовку, вибір комбінації хірургічних процедур, адекватних порушенням анатомії і функції тазових органів, ведення післяопераційного періоду.

При підготовці хворих до хірургічного лікування заходи здійснювалися у наступних основних напрямах: санація сечостатевої системи, зменшення венозного застою і трофічних порушень в органах, що випадають, відновлення тонусу м'язів промежини і сечового міхура, стабілізація імунних реакцій.

Проведення передопераційної підготовки призводило до швидкого загоєння трофічних виразок, зменшення венозного застою і, за рахунок цього, розмірів комплексу органів, що випадає. Зменшення розмірів цистоцеле, в порівнянні з вихідним, було підтверджено рентгенологічно шляхом застосування ретроградної цистографії в положенні стоячи у 29 жінок, з числа хворих з III і IY ступеню генітального пролапсу. Крім того, при ультразвуковому дослідженні сечового міхура після його випорожнення у даних хворих визначено зниження середньої кількості залишкової сечі, в порівнянні з вихідним, з 347+37 до 124+15 мл (Р<0,05), що відповідало місткості цистоцеле і свідчило про відновлення тонусу детрузора сечового міхура.

Вибір базової і допоміжних операцій, крім необхідності корекції дефектів опорного та підвішуючого апарату геніталій і пов'язаних з ними порушень функції сусідніх органів, визначався в залежності від міри опущення внутрішніх статевих органів, наявності супутньої гінекологічної і екстрагенітальної патології, міри ризику хірургічного втручання й анестезіологічної допомоги. У пацієнток в репродуктивному періоді життя і в перименопаузі використовувалися органозберігаючі хірургічні процедури. Крім загальновідомих методів, у ряді хворих застосовувалися розроблені нами органозберігаючі способи корекції гістероцеле та переднього відділу піхви (Спосіб хірургічного лікування випадіння внутрішніх статевих органів // Деклараційний патент на винахід №38729 А. - 15.05.2001 і Спосіб хірургічного лікування цистоцеле // Деклараційний патент на винахід № 45940А. 2002.).

У післяопераційному періоді проводилася рання активізація хворих і профілактика тромбозу глибоких вен і тромбоемболічних ускладнень.

Відповідно до запропонованої програми хірургічної реабілітації було проліковано 136 хворих на генітальний пролапс (основна група). Оцінка результатів застосування програми проведена в порівнянні з результатами традиційного хірургічного лікування 117 жінок (група порівняння).

Ефективність застосування комплексної програми хірургічної реабілітації хворих на генітальний пролапс оцінювалася на основі вивчення перебігу післяопераційного періоду та результатів хірургічного лікування, що був досліджений протягом 18 місяців після операції.

У післяопераційному періоді у ряді хворих обох груп була відмічена відсутність самостійного сечовипускання протягом 3 - 11 діб після видалення сечового катетера. Виникнення даного ускладнення, певно, було зумовлено порушеннями функції детрузора сечового міхура, встановленими нами в попередніх дослідженнях. Вказане ускладнення мало місце у 6 (4,41+1,76%) жінок основної групи й у 27 (23,08+3,9%) жінок групи порівняння (Р<0,05). Отже, абсолютний ризик розвитку післяопераційної затримки самостійного сечовипускання в основній групі був нижче в 5,75 рази, ніж у групі порівняння, що свідчило про ефективність проведеної передопераційної підготовки відносно відновлення м’язевого тонусу сечового міхура.

Післяопераційні ускладнення гнійно-запального характеру також мали місце у хворих обох груп. Усього подібні ускладнення були відмічені у 25 хворих (9,88%). При цьому в основній групі жінок - у 6 пацієнток (4,41+1,76%), в групі порівняння - у 19 (16,24+3,41%) (Р<0,05). Отже, абсолютний ризик розвитку післяопераційних ускладнень гнійно-запального характеру в основній групі був у 4 рази нижче, ніж у групі порівняння.

Істотне зниження кількості післяопераційних ускладнень гнійно-запального характеру у хворих основної групи, певно, зумовлено проведеною передопераційною підготовкою, спрямованою на санацію піхви та сечовидільної системи і стимуляцію імунологічної реактивності.

З метою вивчення змін стану імунологічної реактивності в післяопераційному періоді та підтвердження доцільності передопераційної корекції імунного статусу було проведено дослідження його показників через 4-5 діб після операції у 44 жінок основної групи та у 39 - групи порівняння, з числа хворих, у яких дані показники були вивчені до оперативного лікування.

Результати вивчення показників імунного статусу в післяопераційному періоді показали, що у хворих основної групи мало місце достовірне зниження комплементу (з 52,77±1,17 до 47,02±0,81), імуноглобулінів класу G (з 14,57±0,29 до 12,44±0,27) і кількості В-лімфоцитів (з 13,07±0,22 до 11,98±0,29). Разом з тим, було відмічено зростання вмісту IgM (з 1,12±0,02 до 1,65±0,04), що є прогностичною ознакою сприятливого перебігу раньового процесу (І.Г. Чеснокова, 2000). Кількість Т- клітин, їх субпопуляцій і функціональна активність клітинної ланки імунітету в післяопераційному періоді істотно не змінилися.

У групі порівняння в післяопераційному періоді зниження комплементу, імуноглобулінів класу G і кількості В-лімфоцитів було більш істотним, ніж в основній групі (з 51,13±1,35 до 39,72±1,19, з 14,20±0,41 до 9,79±0,31, з 13,39±0,27 до 9,64±0,39, відповідно). Крім цього, у даних хворих мало місце достовірне зниження імуноглобулінів класу А (з 2,01±0,07 до 1,24±0,05), кількості Т-клітин (з 64,33±1,17 до 47,77±1,54), Т-хелперів (з 25,57±0,58 до 18,87±0,58), Т-супресорів (з 19,95±0,56 до 12,95±0,73) і функціональної активності Т-лімфоцитів (DR+ - з 13,49±0,34 до 9,36±0,38, CD 25 - з 15,33±0,95 до 12,46±0,49).

Отримані результати підтвердили доцільність включення в комплекс передопераційної підготовки хворих на пролапс тазових органів препаратів, що стимулюють імунну відповідь.

Таким чином, загальна кількість післяопераційних ускладнень в основній групі хворих становила 12 (8,82+3,56%), а абсолютний ризик їх розвитку - 0,09. У групі порівняння загальна кількість післяопераційних ускладнень становила 46 (39,32+4,52%) (Р<0,05), а абсолютний ризик їх розвитку - 0,39. Отже, в основній групі хворих, на відміну від групи порівняння, мало місце зниження абсолютного ризику розвитку післяопераційних ускладнень в 4,3 рази.

Зниження кількості післяопераційних ускладнень в основній групі хворих обумовило скорочення післяопераційного перебування хворих в стаціонарі, яке становило 7,13+0,37 днів, у той час, як в групі порівняння - 10,79+1,03.

Віддалені результати хірургічного лікування у хворих груп, що досліджуються, вивчалися протягом півтори років. Більшість пацієнток результат хірургічного лікування оцінювали позитивно. Разом з тим, у ряді хворих відмічалися різні порушення самопочуття і загального стану. При цьому серед чинників, що впливають на післяопераційну якість життя, необхідно відмітити перевищення відносного ризику розвитку синдрому постгістеректомії в 2,75 рази та сексуальних дисфункцій в 2,03 рази у хворих репродуктивного віку і в періоді перименопаузи з групи порівняння, де як базовий хірургічний метод лікування застосовувалася вагінальна екстирпація матки без придатків.

Рецидиви генітального пролапсу, що вимагають хірургічної корекції, були відмічені у чотирьох жінок, в одному випадку у пацієнтки основної групи (1,04+1,04%), і в трьох - в групі порівняння (3,53+2,0%). При аналізі причин їх виникнення було встановлено, що у хворої основної групи мала місце неадекватна діагностика локалізації і міри важкості дефекту вагінальної анатомії, що спричинило помилку при виборі методу хірургічної корекції. Всі випадки рецидивів генітального пролапсу у хворих групи порівняння наступили після виникнення гнійно-запальних ускладнень з боку рани, що, найвірогідніше, було зумовлено відсутністю передопераційної підготовки, спрямованої на санацію піхви і зниження трофічних порушень в органах, що випадають.

Розробка і застосування профілактичних заходів щодо зниження захворюваності генітальним пролапсом вимагають необхідності прогнозування виникнення захворювання та розвитку рецидивів після його хірургічного лікування. У зв'язку з цим, задачею наступного етапу нашого дослідження стало визначення критеріїв формування групи ризику виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці та групи ризику розвитку рецидивів захворювання після його хірургічного лікування.

Для рішення задачі визначення критеріїв формування групи ризику виникнення захворювання була розроблена шкала бальної оцінки чинників ризику, встановлених внаслідок проведеного клініко-статистичного аналізу даних обстеження жінок репродуктивного віку, які страждають на пролапс тазових органів, в порівнянні з аналогічною групою жінок, що не мають даної патології. Значущість чинників у балах була оцінена на основі відмінності значень між відношенням правдоподібності наявності та відношенням правдоподібності відсутності ознаки й округлення отриманих значень до цілих чисел.

Для підтвердження об'єктивності розробленого методу бальної оцінки чинників ризику виникнення захворювання було проведене вивчення взаємозв'язку між сумою балів чинників ризику і показниками функціонального стану тазового дна, отриманою в попередньому дослідженні. При цьому була встановлена висока міра кореляційної залежності, а саме: пряма - з порогом чутливості рецепторів піхви до електричного струму (+0,844), і зворотна - з силою скорочення м'язів промежини під впливом електричного струму (-0,829) і силою довільного скорочення м'язів (-0,824).

Для проведення аналізу прогностичної значущості запропонованої системи бальної оцінки чинників ризику була визначена верхня межа норми суми балів. Значення норми були розраховані на основі середнього значення суми балів у породіллль групи порівняння +3 значення середньоквадратичного відхилення для даної вибірки.

З метою визначення прогностичної значущості запропонованого методу формування групи ризику розвитку післяпологової тазової дисфункції був проведений аналіз відповідності індивідуальних значень показників функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна та суми балів чинників ризику у породіль основної групи і групи порівняння. При цьому було встановлено, що прогностична цінність негативного результату тесту становила 96,1%, прогностична цінність позитивного результату тесту - 60,2%,. специфічність методу - 50,0%,, чутливість - 97,6%.

Проведені дослідження показали, що запропонований метод формування груп ризику, заснований на бальній оцінці чинників ризику розвитку післяпологової тазової недостатності, є високочутливим і досить специфічним. При нормальних значеннях суми балів чинників ризику можна з великою часткою впевненості затверджувати про відсутність імовірності виникнення функціональних порушень тазового дна. Наявність патологічних значень суми балів чинників ризику свідчить про те, що більш ніж у 60% породіль групи ризику наступить післяпологова тазова недостатність.

З метою підвищення прогностичної цінності позитивного результату тесту і специфічності методу бальної оцінки чинників ризику було вирішено ввести поняття **«високий ризик»** розвитку післяпологової тазової недостатності. Для цього було визначено верхнє порогове значення суми балів чинників ризику у породіль, що мали післяпологову тазову дисфункцію, і сформована група породіль високого ризику розвитку післяпологової тазової недостатності.

При аналізі індивідуальних значень показників функціонального стану тазового дна у породіль групи високого ризику було встановлено зростання прогностичної цінності позитивного результату тесту до 98,5%, а специфічністі - до 99,0%.

Для рішення задачі визначення критеріїв формування групи ризику виникнення рецидивів захворювання після його хірургічного лікування також була розроблена шкала бальної оцінки чинників ризику їх розвитку і розраховано порогове значення суми балів, що дозволяє відносити пацієнток до групи ризику. При цьому кожному з певних чинників ризику була привласнена кількість балів, відповідна округленій до 5/10 величині відносного ризику розвитку рецидивів.

Після заміни відомих чинників ризику у тих жінок, що знаходилися під спостереженням протягом 18 місяців після оперативного лікування, на бали був зроблений підрахунок їх кількості у пацієнток з наявністю пізніх рецидивів і без таких. Як нижня порогова величина суми балів чинників ризику, що дозволяє відносити пацієнток до групи ризику виникнення рецидивів, нами було прийняте середнє значення суми балів у хворих з рецидивом генітального пролапсу мінус середньоквадратичне відхилення для даної вибірки.

При проведенні оцінки методичної якості дослідження встановлено, що специфічність запропонованого методу формування групи ризику розвитку рецидивів генітального пролапсу становить 66,9%, чутливість - 93,2%, прогностична цінність негативного результату методу - 96,7%, прогностична цінність позитивного результату - 48,2%.

Таким чином, запропонована бальна оцінка чинників ризику виникнення пізніх рецидивів генітального пролапсу після його хірургічного лікування і визначення порогового значення суми балів, що дозволяє відносити пацієнток до групи ризику, є досить інформативним прогностичним методом, якій має високу специфічність, чутливість і прогностичну цінність негативного результату тесту. Недостатньо висока прогностична цінність позитивного результату тесту, певно, зумовлена відносно короткими термінами спостереження хворих після оперативного лікування. Проте, даний метод прогнозування пізніх рецидивів доцільно використовувати при виборі способів хірургічної корекції захворювання.

З метою зниження захворюваності опущенням і випадінням внутрішніх статевих органів у жінок в групах ризику, були розроблені і впроваджені профілактичні заходи, спрямовані на попередження розвитку післяпологової тазової недостатності та рецидивів після хірургічного лікування генітального пролапсу.

Профілактичні заходи, спрямовані на попередження післяпологової тазової недостатності, засновувалися на нашому розумінні патогенезу виникнення захворювання в репродуктивному віці і включали виконання в пологах епізіотомії та проведення післяпологової реабілітації нервово-м’язевого апарату тазового дна у породіль групи ризику.

Ефективність виконання епізіотомії, як методу, що сприяє скороченню тривалості стискуючого впливу на м'язи тазового дна передлежачої частини плоду і, тим самим, зниженню ризика травматичного пошкодження нервово-м’язевого апарату, була визначена у 42 породіль групи високого ризику розвитку післяпологової тазової недостатності (основна група) в порівнянні з аналогічною групою з 68 породіль, яким епізіотомія не проводилася (група порівняння).

При стандартизації за віком, гінекологічним, акушерським, сімейним анамнезом і наявності проявів дисплазії сполучної тканини групи, що порівнюються, були репрезентативні. При цьому середнє значення суми балів чинників ризику підвищеної травматизації тазового дна в основній групі становило 22,67+1,02, в групі порівняння - 24,21+0,86 (Р>0,05).

Результати дослідження функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна на 5-ту добу післяпологового періоду показали, що в основній групі породіль показники, що вивчаються, укладалися в межах встановлених нами норм, в групі порівняння середні значення порога чутливості до електричного струму і сили довільного скорочення м'язів промежини знаходилися нижче за нормальні значення. Відношення показників сили скорочення м'язів промежини під впливом електричного струму і сили довільного скорочення м'язів в основній групі становило 0,92, в той час як в групі порівняння - 1,07, що є свідченням більш істотних порушень інервації у породіль групи порівняння.

При вивченні індивідуальних значень показників функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна встановлено їх зниження нижче за нормальні значення у 29 породіль основної групи (69,05±7,13%) та у 67 (98,53±1,46%) - групи порівняння. Абсолютний ризик розвитку тазової дисфункції в основній групі породіль на 5-у добу післяпологового періоду становив 0,69, в групі порівняння - 0,99 (Р<0,05), відносний ризик - 0,7, а його зниження між групами - 0,30 або 30%.

Через 2 місяці після пологів у частини породіль в обох групах сталося відновлення функції тазового дна. Зниження абсолютного ризику в основній групі становило 0,17, в групі порівняння - 0,23. Разом з тим, тенденції у відмінностях між групами збереглися протягом всього періоду спостереження. При цьому зниження ризику порушень функції тазового дна у жінок основної групи, відносно групи порівняння, через 6 місяців після пологів становило 0,26 або 26%, і достовірно не відрізнялося від такого в попередніх дослідженнях.

Таким чином, на основі проведених досліджень встановлено, що застосування епізіотомії, як методу профілактики післяпологової тазової дисфункції у жінок групи високого ризику травматизації тазового дна в пологах, призводить до зниження відносного ризику розвитку функціональних порушень на 26%. При цьому в меншій мірі відмічаються порушення інервації. У той же час, в зв'язку з тим, що у значної частини даного контингенту жінок, незважаючи на зроблену епізіотомію, розвиваються порушення функції тазового дна, таким породіллям показано проведення післяпологових реабілітаційних заходів.

Враховуючи отримані дані про переважні порушення інервації тазового дна в пологах у жінок групи ризику підвищеної його травматизації, нами була розроблена спеціальна програма, заснована на загальних задачах медичної реабілітації і даних літератури про методи відновного лікування при травматичних невритах периферичних нервів. Розроблені заходи були спрямовані на зниження проявів запальної інфільтрації та компресії судин і нервових стовбурів, стимуляцію розсмоктування гематом, поліпшення мікроциркуляції та процесів тканинного обміну, зменшення рубцевих змін. Кінцевою метою післяпологової реабілітації є профілактика дистрофічних процесів нервово-м’язевого комплексу і усунення функціональних порушень тазового дна.

Дана програма включає проведення щоденних індивідуальних або групових занять ЛФК, тривалістю 30-45 хвилин, із застосуванням спеціального комплексу вправ, спрямованого на зміцнення м'язів черевного пресу і тазового дна за методом Д.Н.Атабекова. Крім цього, в комплекс були включені фізичні методи лікування - фототерапія за допомогою фотонного зонду Коробова «Барва-ГПУ» за внутрішньопорожнинною методикою в пряму кишку і магнітотерапія контактним методом з компресією тканин в області проекції виходу соромного нерву.

Реабілітація проводилася двома курсами тривалістю 14-15 днів кожний. Перший курс починався протягом першого тижня після виписки з акушерського стаціонару, другий курс - через два місяці після пологів.

Для визначення міри ефективності запропонованої програми післяпологової реабілітації було проведено рандомізоване вивчення функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна в терміни аналогічні попереднім дослідженням у 119 жінок групи ризику підвищеної його травматизації. Методом випадкового відбору породілля були розділені на дві групи. Основну групу становили 56 жінок, що пройшли повну програму післяпологової реабілітації, групу порівняння - 63 породіллі, що не отримали лікування.

При стандартизації за віком, гінекологічним, акушерським, сімейним анамнезом і наявності проявів дисплазії сполучної тканини групи, що порівнюються, були репрезентативні. При цьому середнє значення суми балів чинників ризику підвищеної травматизації тазового дна в основній групі становило 18,95+1,17, в групі порівняння - 17,92+1,22 (Р>0,05).

Результати досліджень функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна на 5-ту добу післяпологового періоду (до початку лікування) показали відсутність відмінностей між групами за середніми значеннями показників.

При вивченні індивідуальних значень показників функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна встановлено їх зниження нижче за нормальні значення у 36 породіль основної групи (64,3±6,4%) і у 43 (68,3±5,9%) - групи порівняння (Р>0,05).

Після проведеного першого курсу реабілітації в основній групі породіль абсолютний ризик розвитку тазової дисфункції знизився з 0,64 до 0,32. У частини жінок групи порівняння протягом часу також сталося відновлення функції нервово-м’язевого апарату тазового дна, але зниження абсолютного ризику розвитку тазової дисфункції було значно менш вираженим, а саме, з 0,68 до 0,59 (Р<0,05).

Через 6 місяців після пологів при аналізі індивідуальних показників функціонального стану нервово-м’язевого апарату тазового дна зниження їх нижче за нормальні значення встановлено у 13 жінок основної групи (23,2±5,7%) й у 36 (57,1±6,2%) - групи порівняння (Р<0,05). Отже, в групі породіль після проведеного другого курсу реабілітації абсолютний ризик розвитку тазової дисфункції продовжував знижуватися (з 0,32 до 0,23), в той час як у групі порівняння практично не змінився (0,59 і 0,57). Разом з тим, динаміка зниження абсолютного ризику розвитку тазової дисфункції в основній групі породіль була більш виражена після першого курсу реабілітаційних заходів в періоді спостереження до 2 місяців після пологів. Це співпадає з даними, отриманими Ю.П. Серняком із співавт. (2001), про більш високу ефективність раннього початку відновного лікування недостатності тазового дна.

Відносний ризик розвитку післяпологових порушень функції тазового дна у жінок групи ризику підвищеної його травматизації, що не отримали реабілітацію, в порівнянні з аналогічною групою, що пройшла відновне лікування, до кінця періоду спостереження становив 2,48.

Таким чином, отримані дані свідчать про те, що проведення післяпологової реабілітації функції тазового дна у породіль групи ризику підвищеної його травматизації сприяє зниженню імовірності розвитку тазових порушень у 2,5 рази. При цьому ефективність відновного лікування функціональних порушень тазового дна зростає у разі його раннього початку.

Профілактика рецидивів генітального пролапсу після його хірургічного лікування у пацієнток групи ризику неспроможності власних сполучнотканинних структур, що використовуються для відновлення нормального взаєморозташування тазових органів, полягала в застосуванні хірургічних методів жорсткої фіксації статевих органів до стінок таза і фаціальної реконструкції з використанням синтетичних матеріалів.

Вказані методи були використані в оперативному лікуванні генітального пролапсу у 59 хворих (основна група), що складають групу ризику виникнення пізніх рецидивів відповідно до розроблених нами критеріїв. У даних хворих, крім рутинних базових хірургічних процедур, додатково застосовувалися такі: при дефектах апікального відділу піхви та проксимальному ректоцеле - крижово-остиста фіксація вагінального склепіння або шийки матки; при дефектах переднього вагінального сегмента з наявністю цистоцеле – MESH-пластика дна сечового міхура за розробленою нами методикою (Деклараційній патент на корисну модель №6922 від 16.05.2005).

Оцінка віддалених результатів застосування вказаних хірургічних процедур в основній групі хворих проводилася в порівнянні з аналогічною групою ризику з 85 пацієнток (група порівняння), у яких виконувалися рутинні оперативні втручання з використанням для реконструкції нормальних взаємовідносин тазових органів природних опорних і підвішуючих анатомічних структур

При проведенні стандартизації за чинниками, що впливають на перебіг післяопераційного періоду, структурою виконаних базових оперативних втручань і методів корекції порушень функції тазових органів, чинниками ризику розвитку рецидивів групи, що порівнюються, були репрезентативні. При цьому середнє значення суми балів чинників ризику в основній групі становило 12,22+0,3, в групі порівняння - 12,66+0,29 (Р>0,05).

Порівняльна оцінка віддалених результатів хірургічного лікування груп хворих, що досліджуються, була проведена через 18 місяців після операції на основі обліку кількості клінічно виражених рецидивів захворювання і випадків з наявністю часткових рецидивів дефектів вагінальної анатомії.

Протягом 18 місяців спостереження після оперативного лікування рецидив генітального пролапсу з вираженими клінічними проявами був відмічений в одному випадку у хворої з основної групи жінок.

Клінічний перебіг даного випадку та зв'язок його з порушенням режиму фізичних навантажень у післяопераційному періоді дозволили віднести його до ранніх рецидивів генітального пролапсу. У групі порівняння випадків ранніх рецидивів захворювання відмічено не було.

Результати вимірювання вагінального профілю через 18 місяців після хірургічного лікування генітального пролапсу у пацієнток в групах, що порівнюються, показали наявність часткових рецидивів дефектів вагінальної анатомії в основній групі у 8 випадках (13,56+4,46%), в групі порівняння - в 41 (48,24+5,42%) (Р<0,05), відносний ризик їх розвитку становив 0,14 і 0,48, відповідно.

Таким чином, результати проведених досліджень дозволяють зробити висновок про те, що хірургічні методи корекції генітального пролапсу, засновані на жорсткій фіксації статевих органів до стінок малого таза і застосування синтетичних матеріалів з метою фасціальної реконструкції у хворих групи ризику розвитку рецидивів, сприяють зниженню імовірності їх виникнення в 3,4 рази. Крім цього, дане дослідження підтверджує провідне значення неспроможності власних сполучнотканинних структур, що використовуються для реконструкції нормального взаєморозташування тазових органів, у розвитку рецидивів захворювання і перспективність застосування даних хірургічних технологій у хворих групи ризику.

**ВИСНОВКИ**

Дисертація присвячена новому розв'язанню наукової проблеми - зниженню захворюваності опущенням і випаданням внутрішніх статевих органів у жінок. Воно полягає у визначенні прогностичних критеріїв розвитку післяпологової недостатності тазового дна, як однієї з провідних причин виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці, і рецидивів захворювання після його хірургічного лікування, обгрунтуванні необхідності та розробки профілактичних і реабілітаційних заходів.

1. Ретроспективний клініко-статистичний аналіз значущості чинників, які сприяють розвитку пролапсу тазових органів, показав, що в репродуктивному віці виникнення захворювання зумовлено травматичними пошкодженнями тазового дна в пологах, чинником ризику яких є зменшення еластичності м'яких тканин у вікових породіль (ВР=2,5), або при тривалому інтервалі між пологами (ВР=2,3), а також зниження опорно-механічної функції сполучної тканини в зв'язку з її системною дисплазією (ВР=2,57). У постменопаузальному періоді дистрофічні процеси опорних структур малого таза в основному зумовлені метаболічними порушеннями, пов'язаними з дефіцитом естрогенів, у віковій групі жінок старіше за 70 років - системною старечою атрофією.
2. Ретроспективний аналіз причин виникнення рецидивів генітального пролапсу дозволяє виділити дві групи рецидивів, що розрізнюються за клінічним перебігом і причинам виникнення - ранні і пізні. Ранні характеризуються розвитком протягом перших місяців після операції і вираженими клінічними проявами. Виникнення їх зумовлено недоліками, що допущені на різних етапах хірургічного лікування. Пізні рецидиви характеризуються повільно прогресуючим перебігом і виявляються у віддаленому періоді після хірургічного лікування. Виникнення пізніх рецидивів від якості хірургічного лікування не залежить. Відносний ризик їх розвитку складає: у віці старіше за 55 років - 2,42; при наявності важких ступенів генітального пролапсу - 4,0; тривалості захворювання понад 10 років - 2,46; постгістеректомічного пролапсу - 2,79; спадкової схильності - 2,05; надмірної маси тіла - 2,83; абдомінального ожиріння - 3,23; виражених проявів дисплазії сполучної тканини - 2,27; цукрового діабету - 1,85. Дані чинники є або причинами виникнення, або маркерами морфофункціональної недостатності сполучнотканинних структур, що використовуються для реконструкції нормального взаєморозташування тазових органів.
3. У жінок, що не мають чинників ризику виникнення генітального пролапсу, в післяпологовому періоді відмічається зниження показників функціонального стану тазового дна, відновлення яких у 92% з них відбувається через 2 місяці після пологів. У породіль з наявністю чинників ризику відновлення функції тазового дна має місце у 30% випадків, а відносний ризик розвитку тазової дисфункції становить 8,75. При цьому співвідношення показників сили скорочення м'язів промежини під впливом електричного струму й сили довільного скорочення м'язів свідчить про переважні порушення інервації і підтверджує значення виділених чинників ризику в зростанні імовірності травматизації нервово-м’язевого комплексу тазового дна.
4. 70 % хворих на пролапс геніталій прямують для хірургічного лікування з III і IY ст. захворювання. Застійні та трофічні зміни шийки матки і піхви відмічаються у 50% пацієнток з утворенням трофічних виразок у 40% з них. Порушення підтримки переднього сегменту піхви із залученням сечового міхура є найбільш частим проявом захворювання і визначається більш ніж у 80% хворих. При цьому функціональні порушення сечовидільної системи характеризуються наявністю великої кількості залишкової сечі, що перевищує місткість цистоцеле, більш ніж у двох третин пацієнток визначаються порушення уродинаміки верхніх відділів сечовидільної системи. Вказані порушення уродинаміки верхніх і нижніх відділів системи сечовиведення сприяють розвитку висхідної інфекції, що підтверджується наявністю піурії у 75% обстежених жінок. Стресове нетримання сечі діагностоване більш ніж у третини жінок з пролапсом геніталій, при цьому у 30% випадків явище стресової інконтиненції носить прихований характер, зумовлений клапанним механізмом у зв'язку з опущенням сечового міхура.
5. Частота і важкість симптомів і анатомо-функціональних порушень прогресивно зростає відповідно до віку хворих, що, мабуть, пов'язано зі зростанням дефіциту естрогенів. У репродуктивному віці значення гормонального чинника в патогенезі розвитку захворювання підтверджується наявністю підвищеного вмісту в крові тестостерону у 62,2% хворих, кортизолу - у 59,8%, однофазного менструального циклу на фоні гіпер-або гіпоестрогенії - у 56,1%. Дані порушення підвищують ризик розвитку дезадаптації репродуктивної системи після застосування радикальних методів хірургічного лікування генітального пролапсу і сприяють подальшому прогресуванню дистрофічних процесів опорних структур тазових органів.
6. У хворих на генітальний пролапс, у порівнянні зі здоровими жінками, встановлені порушення стану імунної системи, які виявляються в достовірному підвищенні вмісту імуноглобулинів G, зниженні відсотку й абсолютної кількості Т-лімфоцитів і їх імунорегуляторних субпопуляцій. Дані порушення служать обгрунтуванням для включення імунотерапії до передопераційної підготовки хворих.
7. Передопераційна підготовка, спрямована на санацію сечостатевої системи, зменшення венозного застою і трофічних порушень у органах, що випадають, відновлення тонусу м'язів промежини і сечового міхура, стабілізацію імунних реакцій, сприяє зниженню абсолютного ризику розвитку післяопераційних ускладнень гнійно-запального характеру в 4 рази, післяопераційної затримки самостійного сечовипускання - в 5,75 разів, тривалості післяопераційного перебування - в 1,5 рази.
8. Використання органозберігаючих технологій в хірургічному лікуванні генітального пролапсу у жінок репродуктивного і перименопаузального періодів життя сприяє зниженню абсолютного ризику розвитку пізніх рецидивів в 1,5 рази за рахунок попередження дистрофічних процесів опорних тазових структур у зв'язку з дефіцитом естрогенів, що викликається внаслідок порушення кровообігу в збережених яєчниках після застосування радикальних хірургічних втручань. При цьому відносний ризик розвитку синдрому постгістеректомії знижується в 2,75 рази, а ризик виникнення сексуальних дисфункцій - в 2,03 рази.
9. Запропонований метод прогнозування розвитку післяпологової тазової недостатності, заснований на бальній оцінці чинників ризику, має прогностичну цінність негативного результату - 96,1%, прогностичну цінність позитивного результату - 60,2%, специфічність - 50,0%, чутливість - 97,6%. Визначення критеріїв поняття «високий ризик» дозволяє підвищити прогностичну цінність позитивного результату методу до 98,5%, а специфічність - до 99,0%. Запропонований метод прогнозування виникнення пізніх рецидивів генітального пролапсу є досить інформативним і має специфічність 66,9%, чутливість - 93,2%, прогностичну цінність негативного результату - 96,7%.
10. У профілактиці акушерського травматизму і післяпологовій реабілітації функції тазового дна має потребу 62% жінок, віднесених до групи ризику, і 95% - до групи високого ризику. Застосування епізіотомії дозволяє знизити ризик розвитку тазової дисфункції в 1,3 рази, а проведення розробленої програми післяпологового відновного лікування - в 2,5 рази.
11. Застосування методів хірургічної корекції захворювання, заснованих на жорсткій фіксації внутрішніх статевих органів (крижово-остиста зв'язка, крижовий мис) і фасціальній реконструкції з використанням синтетичних матеріалів, у жінок з високим ризиком виникнення пізніх рецидивів дозволяє знизити відносний ризик їх розвитку в 3,4 рази.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. На етапі спостереження вагітної в жіночій консультації, з метою профілактики розвитку післяпологової недостатності тазового дна, що є провідною причиною виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці, необхідно виявлення чинників ризику пологового травматизму з визначенням ступеню ризику. Чинниками ризику є: вік жінки, що народжує вперше, старіше за 27 років, вік жінки, що народжує вдруге, старіше за 30 років, інтервал між пологами більше за 8 років, наявність зовнішніх або вісцеральних проявів дисплазії сполучної тканини на рівні чотирьох чи більше органів або систем. При наявності поєднання будь-яких з вказаних чинників вагітну потрібно відносити до групи високого ризику травматизації тазового дна. При плануванні тактики розродження таких жінок необхідно передбачати використання в пологах епізіотомії, а в післяпологовому періоді - заходів, спрямованих на реабілітацію функціонального стану тазового дна. Дані заходи повинні бути спрямовані на зниження проявів запальної інфільтрації і компресії судин і нервових стовбурів, стимуляцію розсмоктування гематом, поліпшення мікроциркуляції і процесів тканинного обміну, зменшення рубцевих змін. Кінцевою метою післяпологової реабілітації є профілактика дистрофічних процесів нервово-м’язевого комплексу і усунення функціональних порушень тазового дна.
2. Хірургічне лікування генітального пролапсу вимагає комплексного підходу, що включає передопераційне обстеження, передопераційну підготовку, вибір методів хірургічної корекції захворювання і ведення післяопераційного періоду.

На етапі передопераційного обстеження необхідно визначення наявності застійних і трофічних змін піхви та шийки матки, діагностика видів і міри вираженості різних дефектів вагінальної анатомії і порушень функції сусідніх органів. При дослідженні стану сечовидільної системи доцільно активне виявлення стресового нетримання сечі з діагностикою клапанного механізму її утримання і наявності залишкової сечі, що свідчить про зниження тонусу сечового міхура.

Проведення передопераційної підготовки необхідно здійснювати у наступних основних напрямах: санація сечостатевої системи, зменшення венозного застою і трофічних порушень у випадаючих органах, відновлення тонусу м'язів промежини і сечового міхура, стабілізація імунних реакцій.

Визначаючи тактику хірургічного лікування, необхідно використати принцип індивідуального вибору комбінації різних способів корекції захворювання, адекватної видам та ступеням вираженості дефектів вагінальної анатомії і порушенням функції тазових органів, з урахуванням віку пацієнтки, наявності гінекологічної і екстрагенітальної патології. У репродуктивному віці та в періоді перименопаузи доцільно застосування органозберігаючих методів лікування. При цьому з метою адекватної реконструкції порушень апікального сегменту піхви і гістероцеле необхідно використати додаткові методи зміцнення підвішуючого зв’язкового апарату: високу фіксацію шийки матки до крижово-маткових зв'язок за Мак-Колом або транспозицію підвішуючих матку зв'язок.

При виборі методів хірургічного лікування також необхідно прогнозування ступеню ризику виникнення рецидивів захворювання, зумовлених неспроможністю власних сполучнотканинних структур, що використовуються для фіксації внутрішніх статевих органів. Чинниками ризику виникнення рецидивів є: вік хворих старіше за 55 років, генітальний пролапс III-IY ст., тривалість захворювання понад 10 років, постгістеректомічний пролапс, спадкова схильність, надлишок маси тіла, абдомінальне ожиріння, виражені прояви дисплазії сполучної тканини, цукровий діабет. Пацієнток, що мають три та більше з даних чинників, потрібно відносити до групи підвищеного ризику розвитку рецидиву. У таких хворих при наявності дефектів апікального сегменту необхідна жорстка фіксація матки або вагінального склепіння до стінок таза (крижово-остиста фіксація, сакропексія), при наявності дефектів переднього або заднього сегментів - фасціальна реконструкція з використанням синтетичних ендопротезів.

**СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Мирович Е.Д. Опыт хирургического лечения пролапса гениталий с сохранением репродуктивной функции // Медико-соціальні проблеми сім’ї. – 2001. - Том 6. - № 2. – С. 143.
2. Хирургическое лечение больных с выпадением матки и влагалища / А.В.Чурилов, Е.Д.Мирович, С.В.Кушнир и др. - Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2001. - Том 2. – № 1. – С.67-69.
3. Мірович Є.Д. Порушення балансу статевих гормонів у жінок фертильного віку з генітальним пролапсом // Вісник наукових досліджень. – 2002. - № 2. – С. 218-219.
4. Мірович Є.Д. Корекція урогенітальних порушень в постменопаузі у жінок, що страждають на пролапс геніталій // Вісник наукових досліджень. – 2002. - № 3. – С. 20-21.
5. Мирович Е.Д. Опущения и выпадения внутренних половых органов и соединительнотканная недостаточность // Вісник проблем біології і медицини. – 2002. - № 7-8. – С. 16-21.
6. Мирович Е.Д. Течение беременности и родов у женщин с проявлениями системной недостаточности соединительной ткани // Медико-соціальні проблеми сім’ї. – 2002. - Том 7. - № 1. – С. 106-111.
7. Мирович Е.Д. Особенности иммунного статуса женщин, страдающих пролапсом гениталий // INTERNATIONAL JOURNAL ON IMMUNOREHABILITATION. – 2002. - Vol. 4. – Nam.1. - p.158.
8. Мірович Є.Д. Функціональний стан нервово-м’язового апарата тазового дна після пологів у жінок з проявами системної дисплазії сполучної тканини // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. - № 4. – С. 82-84.
9. Функціональний стан нервово-м’язеого апарата тазового дна як критерій діагностики стресового нетримання сечі / Ю.П. Серняк, Є.Д.Мірович, О.А.Нікітина та інш. - Урологія. – 2002. - № 4. – С. 36-39.
10. Профілактика стресового нетримання сечі у жінок в пізньому післяпологовому періоді / Ю.П.Серняк, Є.Д.Мірович, О.А.Нікітіна та інш. - Медіко-соціальні проблеми сім’ї. – 2002. - Т. 7. - №3,4. – С. 48-51.
11. Мирович Е.Д. Современные подходы к профилактике тромбоэмболических осложнений в хирургическом лечении опущения и выпадения внутренних половых органов // Гематологія і переливання крові. – Київ-2002. – Випуск 31 (Матеріали міжнародного симпозіуму «Гемостаз – проблеми та перспективи»). – С.228-231.
12. Мірович Є.Д. Деякі аспекти патогенезу опущення і випадання внутрішніх статевих органів // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. - № 1. – С. 112-116.
13. Мірович Є.Д. Досвід хірургічного лікування опущення і випадання внутрішних статевих органів // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. - № 3. – С. 124-127.
14. Мирович Е.Д. Критерии контроля функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2003. - Том 12. - № 2. – С. 21.
15. Мірович Є.Д. Профілактика пошкоджень нервово-м’язового апарату тазового дна в пологах у жінок групи ризику розвитку тазової десценції // Вісник наукових досліджень. – 2004. - №2. – С.75-77.
16. Обоснование иммунотерапии в комплексе предоперационной подготовки больных с генитальным пролапсом / Е.Д.Мирович, А.С.Прилуцкий, В.П.Квашенко и др. - Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. - №4. – С.103-107.
17. Мирович Е.Д., Процепко А.А. Коррекция дефектов переднего сегмента влагалища с использованием проленовой сетки при пролапсе тазовых органов у женщин // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - №1. – С.259-261.
18. Мирович Е.Д., Петренко С.А. Хирургическая коррекция постгистерэктомического пролапса тазовых органов // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2005. - Том 6. - № 3. – С.451-455.
19. Запорожан В.Н., Мирович Е.Д. Факторы риска развития пролапса тазовых органов у женщин в различные периоды жизни // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. - №4. – С.139-133.
20. Мирович Е.Д. Послеродовая реабилитация женщин группы риска развития тазовой десценции // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. - №2. – С.54-58.
21. Мирович Е.Д., Коктышев И.В., Петренко С.А. Критерии формирования групп риска развития послеродовой недостаточности тазового дна // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. - №1. – С.102-106.
22. Мирович Е.Д. Результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – 2007, Том 143, часть III. – С. 174-176.
23. Мирович Е.Д. Применение органосохраняющих технологий коррекции апикального отдела влагалища при генитальном пролапсе // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. - №3 (32). – С.156-159.
24. Мирович Е.Д. Анатомо-функциональное состояние мочевыделительной системы женщин с выпадениями внутренних половых органов // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: “Фенікс”, 2001. – С.438-440.
25. Мирович Е.Д., Серняк Ю.П. Профилактика послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений со стороны мочевыделительной системы у женщин с пролапсом гениталий // Актуальные проблемы урогинекологии (Материалы трудов 1Х Областной конференции урологов и гинекологов с международным участием). – Харьков. – 2001. – С. 50-51.
26. Мірович Є.Д. Особливості гормонального статусу жінок фертильного віку з опущенням або випадінням внутрішних статевих органів // Актуальні проблеми акушерства і гінекологіі, клінічної імунології та медичної генетики (Збірник наукових праць). – 2002. – Випуск 7. - Киів-Луганск. – С. 257-260.
27. Мирович Е.Д. К вопросу о хирургическом лечении генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Інтермед», 2004. – С.251-255.
28. Мирович Е.Д., Ничке С.Г. Фототерапия в комплексе реабилитационных мероприятий у родильниц группы риска развития тазовой десценции // Применение лазеров в медицине и биологии (Материалы ХХII Международной научно-практической конференции). – г. Ялта, 12-16 октября 2004 года. – С. 47-48.
29. Мирович Е.Д. Сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов различных методов хирургического лечения генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста // Book of Abstracts «The Events Of The Year in Gynecology and Obstetrics». – 1-st Euro-Asian Congress (Russia, Saint Petersburg). – 20-22 May 2004. – Vol.2. – P. 66.
30. Мирович Е.Д., Коктышев И.В. Обоснование необходимости реабилитации родильниц группы риска послеродовых нарушений функции тазового дна // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Інтермед», 2005. – С.295-297.
31. Мирович Е.Д. Прогностические критерии риска развития рецидивов после хирургического лечения генитального пролапса // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Інтермед», 2007. – С.453-456.
32. Деклараційний патент на винахід №38729А України, МПК7: А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування випадання внутрішніх статевих органів / Мірович Є.Д. Заявка № 2000095226 від 11.09.2000. Опубл.: Промислова власність. – 15.05.2001. - №4. – 3 с.
33. Деклараційний патент на винахід №45940А України, МПК7: А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування цистоцеле / Мірович Є.Д. Заявка № 2002010563 від 22.01.2002. Опубл.: Промислова власність. – 15.04.2002. - №4. – 2 с.
34. Деклараційний патент на корисну модель №6922 України, МПК7: А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування цистоцеле / Мірович Є.Д. Заявка № 200500859 від 31.01.2005. Опубл.: Промислова власність. – 16.05.2005. - №5. – 3 с.

**АНОТАЦІЯ**

**Мірович Є.Д. Патогенетична профілактика та реабілітація при опущеннях і випадіннях внутрішніх статевих органів у жінок групи ризику. –** Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Одеський державний медичний університет МОЗ України, Одеса, 2008.

Дисертацію присвячено питанням розробки профілактичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на зниження захворюваності пролапсом геніталій, у тому числі й зменшення кількості рецидивів після його хірургічного лікування.

В роботі на основі багатофакторних ретроспективних аналізів встановлені чинники ризику виникнення генітального пролапсу, що є приоритетними в різні фізіологічні періоди життя жінки, та чинники ризику розвитку рецидивів захворювання. Запропонована їх бальна оцінка та розроблені критерії формування груп ризику розвитку післяпологової недостатності тазового дна, як однієї з провідних причин виникнення генітального пролапсу в репродуктивному віці, та рецидивів після хірургічного лікування з застосуванням методів корекції, в яких використовуються власні сполучнотканинні структури.

Запропоновано та впроваджено програму комплексної хірургічної реабілітації, яка спрямована на ліквідацію дефектів піхвової анатомії, усунення функціональних порушень суміжних тазових органів і запобігання порушень, які є обумовленими самім хірургічним лікуванням, профілактику післяопераційних ускладнень та ранніх рецидивів.

Розроблені заходи профілактики післяпологової недостатності тазового дна у породіль, що знаходяться в групі ризику її підвищеної травматизації, та проведена оцінка ефективності їх використання.

У жінок, які складають групу ризику розвитку рецидивів генітального пролапсу, запропоновано і впроваджено застосування методів жорсткої фіксації органів, що випадають, до стінок таза та фасціальної реконструкції з використанням синтетичних матеріалів.

**Ключові слова:** генітальний пролапс, фактори ризику, післяпологова недостатність тазового дна, рецидиви, профілактика, реабілітація.

**АННОТАЦИЯ**

**Мирович Е.Д. Патогенетическая профилактика и реабилитация при опущениях и выпадениях внутренних половых органов у женщин группы риска. –** Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. Одесский государственный медицинский университет МЗ Украины, Одесса, 2008.

Диссертация посвящена вопросам разработки профилактических и реабилитационых мероприятий, направленных на снижение заболеваемости генитальным пролапсом, в том числе и уменьшение количества рецидивов после его хирургического лечения.

В работе на основании ретроспективного многофакторного анализа причин, способствующих возникновению генитального пролапса, установлено, что в репродуктивном возрасте ведущую роль в патогенезе заболевания играют травматические повреждения в родах, факторами риска которых являются снижение эластичности мягких тканей родовых путей у возрастных рожениц, либо при длительном интервале между родами, а также ухудшение опорно-механических свойств соединительной ткани при ее системной дисплазии. Значение установленных факторов в возрастании риска травматизации тазового дна подтверждено исследованием функционального состояния его нервно-мышечного комплекса в динамике послеродового периода. В постменопаузальном периоде дистрофические процессы опорных и подвешивающих структур тазовых органов преимущественно обусловлены метаболическими нарушениями, связанными с дефицитом эстрогенов.

При изучении отдаленных результатов хирургического лечения генитального пролапса с применением методов, основанных на использовании для реконструкции нормальных взаимоотношений тазовых органов собственных опорных и подвешивающих структурных образований, и анализе причин возникновения рецидивов введено их условное разделение на два вида, различающиеся по клиническому течению и причинам возникновения – ранние и поздние. Установлено, что причинами ранних рецидивов являются погрешности, допущенные на различных этапах хирургического лечения. Развитие поздних рецидивов обусловлено морфо-функциональной несостоятельностью собственных соединительнотканных структур, используемых для фиксации половых органов. Факторами риска их возникновения являются возраст старше 55 лет, продолжительность заболевания свыше 10 лет, наличие тяжелых степеней генитального пролапса, постгистерэктомический пролапс, наследственная предрасположенность, избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, проявления системной дисплазии соединительной ткани, сахарный диабет.

На основании результатов проспективного клинико-лабораторного обследования разработана и внедрена программа комплексной хирургической реабилитации при пролапсе тазовых органов, целью которой является ликвидация дефектов влагалищной анатомии, устранение функциональных нарушений смежных тазовых органов и предупреждение нарушений, обусловленных самим хирургическим лечением, профилактика послеоперационных осложнений и ранних рецидивов заболевания. Данная программа включает все этапы хирургического лечения: предоперационную подготовку, выбор комбинации хирургических процедур, адекватной имеющимся нарушениям анатомии и функции тазовых органов, стремление к использованию органосохраняющих технологий у пациенток репродуктивного и перименопаузального периодов жизни, ведение послеоперационного периода. Предоперационная подготовка, направленная на санацию мочеполовой системы, уменьшение венозного застоя и трофических нарушений в выпадающих органах, восстановление тонуса мышц промежности и мочевого пузыря, стабилизацию иммунных реакций, способствует снижению абсолютного риска развития послеоперационных осложнений гнойно-воспалительного характера в 4 раза, задержки мочеиспускания – в 5,75 раза, длительности послеоперационного пребывания в 1,5 раза. Использование органосохраняющих технологий в хирургическом лечении генитального пролапса у женщин репродуктивного и перименопаузального периодов жизни способствует снижению абсолютного риска развития поздних рецидивов в 1,5 раза, синдрома постгистерэктомии - в 2,75 раза, сексуальных дисфункций – более чем в 2 раза.

Разработана шкала бальной оценки установленных факторов риска, определены критерии формирования группы риска развития послеродовой недостаточности тазового дна и группы риска развития поздних рецидивов заболевания после хирургического лечения.

Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение послеродовой тазовой недостаточности у родильниц группы риска, включают производство в родах эпизиотомии и применение разработанной программы послеродовой реабилитации нервно-мышечного аппарата тазового дна. Изучение эффективности данных мероприятий показало, что использование эпизиотомии способствует снижению абсолютного риска нарушений функции тазового дна в 1,4 раза, а применение программы восстановительного лечения – в 2,5 раза.

У пациенток, составляющих группу риска развития поздних рецидивов генитального пролапса, предложено применение хирургических методов жесткой фиксации половых органов к стенкам таза и фасциальной реконструкции с использованием синтетических материалов. Оценка отдаленных результатов применения указанных методов показала снижение количества частично рецидивировавших дефектов влагалищной анатомии в 3,4 раза.

**Ключевые слова**: генитальный пролапс, факторы риска, послеродовая недостаточность тазового дна, хирургическое лечение, рецидивы, профилактика, реабилитация.

**SUMMARY**

**Mirovych Ye.D. Pathogenetic preventive measures and rehabilitation in cases of prolapses and descending of genitals of women of the risk group. –** Manuscript.

Thesis for a doctor’s degree by specialty 14.01.01 – obstetrics and gynecology. - Odessa State Medical University, Health Ministry of Ukraine, Odesa, 2008.

The dissertation is devoted to the problem of the working out of the preventive and rehabilitation measures directed to the decrease of genitals prolapse frequency, including the decrease of the number of relapses after its surgical treatment.

In the work on the basis of the multi-factor retrospective analysis the risk factors of the genital prolapse in different physiological periods of a woman’s life and risk factors of its relapses have been established. The numerical score for them has been proposed and the criteria of compiling of the risk groups of the pelvic bottom’s postpartum insufficiency as one of the leading causes of the genital prolapse in the reproductive age and relapses after the surgical treatment have been worked out.

The program of the complex surgical rehabilitation has been proposed and applied that directed to the liquidation of vaginal anatomy defects, elimination of functional abnormalities of adjacent pelvic organs and avoidance of abnormalities that are conditioned by the surgical treatment itself, preventive measures for postoperative complications and early relapses.

The measures for the prophylaxis of the postpartum insufficiency of pelvic bottom of the parturient women of risk group of its increased trauma risk and the estimation of their efficiency have been performed.

The methods of the rigid fixation of the prolapsed organs to the pelvic walls and fascial reconstruction using the synthetic materials have been worked out and applied for women of the risk group of the genital prolapse.

**Key words:** genital prolapse, risk factors, postpartum insufficiency of pelvic floor, relapses, preventive measures, rehabilitation.

Підписано до друку 08.05.2008. Формат 60х90/16.

Папір офсетний. Обсяг 1,9 ум.друк.арк.

Тираж 100 примірників. Зам.№47.

Надруковано «Документ Центр». м. Донецьк, вул. Університетська, 34.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>