

25. Knutson D., Braun C. Diagnosis and management of acute bronchitis // Am. Fam. Physician. — 2002. — Vol. 65, N 10. — P. 273-276.

26. Шамсияров Н. Н. Респираторная заболеваемость детского населения крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2004. — 19 с.

27. *Этиология рецидивирующего обструктивного бронхита при бронхолегочной дисплазии у детей* / Т. И. Назарова, Д. Ю. Овсянников, Л. Г. Кузьменко и др. // Пульмонология. — 2002. — Приложение. Сб. резюме 12-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. — С. 79.

28. Мозалевський А. Ф., Ковальчук О. Л. Характер реагування системи інтерферону у дітей в гострій фазі бронхолегеневого процесу // Педіатр., акуш. та гінекологія. — 2000. — № 6. — С. 24-26.

29. Гавалов С. М. Гиперреактивность бронхов как один из ведущих патофизиологических механизмов возникновения «рецидивов» бронхолегочных заболеваний у детей, перенесших пневмонию или ОРВИ // Дет. доктор. — 1999. — № 4. — С. 19-23.

30. Acute respiratory insufficiency after inhaling concrete dust — a case

report / A. M. Morin, J. Zahringer, M. Kasper et al. // Anesthesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther. — 1997. — Bd. 32, N 1. — S. 56-60.

31. Охотникова Е. Н., Ласица О. И. Этиопатогенетические механизмы современного обструктивного бронхита у детей // Мед. новости (Беларусь, Минск). — 1996. — № 6. — С. 47-48.

32. Зайцева О. В. Бронхообструктивный синдром у детей с острыми респираторными заболеваниями: современные аспекты терапии // Consilium medicum. — 2003. — Т. 5, № 9. — С. 173-177.

33. *Современные принципы лечения бронхообструктивного синдрома при хронических заболеваниях легких у детей* / И. К. Волков, О. Ф. Лукина, И. Д. Фесенко, А. Н. Чахоян // Леч. врач. — 2003. — № 8. — С. 40-44.

34. Нестеренко З. В. Різні варіанти клінічного перебігу пневмоній у дітей // Педіатр., акуш. та гінекологія. — 2004. — № 6. — С. 5-10.

35. Волосовець О. П., Прохорова М. П., Бичкова Н. Г. Імунний статус у дітей з бронхообструктивним синдромом і його корекція // Матер. наук. праць І з'їзду алерголог. України. — К., 2002. — С. 32.

36. *Функциональная характеристика клеточных мембран при бронхообструктивном синдроме у детей* / О. И. Пикуза, А. А. Кораблева, В. Н. Осипов, Х. М. Вахитов // Рос. педиатр. журнал. — 2004. — № 6. — С. 10-13.

37. *Состояние оксидантной и антиоксидантной систем и лазеротерапевтическая коррекция его сдвигов при рецидивирующем обструктивном бронхите у детей* / К. А. Барабадзе, Т. А. Чурадзе, М. Б. Цулукидзе, М. А. Папава // Педиатрия. — 2001. — № 5. — С. 15-19.

38. Емельянова С. Н., Заячникова Т. Е., Шефотова Е. И. Клинико-анатомический анализ острых пневмоний раннего возраста // Вест. Волгоград. мед. академии. — Волгоград, 2000. — № 6. — С. 92-93.

39. *Етіологія гострих пневмоній у дітей в сучасних умовах* / Н. М. Пахнюща, І. В. Сторожук, О. А. Моравська та ін. // Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі: Матер. 11-го з'їзду педіатрів України. — К., 2004. — С. 117-118.

40. *Майданник В. Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острой пневмонии у детей.* — К.: Знання України, 2002. — 104 с.

УДК 618.1-007.1-89.18

О. О. Процепко

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

Вінницький національний медичний університет,
Військово-медичний центр ПС ЗС України, Вінниця

Вибір методу оперативного лікування генітального пролапсу — найбільш спірне питання вагінальної хірургії. На думку В. L. Shull (2000), сьогодні не існує єдиних поглядів щодо вибору специфічної хірургічної процедури для лікування генітального пролапсу, але можлива і потрібна згода стосовно філософії та цілей хірургічного лікування [30]. Ав-

тор стверджує, що у сучасних умовах до оперативного лікування утєровагінального пролапсу висуваються такі основні вимоги:

— ліквідація симптомів, пов'язаних з опущенням чи випадінням статевих і прилеглих органів;

— корекція дефектів опорних структур органів малого таза;

— збереження або навіть поліпшення функції прилеглих органів і сексуальної функції;

— профілактика виникнення в подальшому нових дефектів опорного апарату або функціональних порушень прилеглих органів і сексуальної функції.

Вирішення цих завдань полягає в коректному виборі з багатьох оперативних методик саме тієї, що здатна задо-



вольнити ці вимоги. Сьогодні запропоновано більше 200 методів оперативного лікування пролапсу вагінальним і трансабдомінальним доступом [7; 9; 24; 33]. Весь спектр запропонованих операцій можна розділити на три основних типи:

1. Оклюзійні операції — повна або часткова облітерація вагінального каналу шляхом видалення слизової стінки піхви.

2. Слінгові операції — білатеральна фіксація внутрішніх геніталій на зразок «гамака».

3. Сегментарні реконструкції — відновлення інтегральності кожного сегмента піхви.

Оклюзійні операції (кольпоклеїзис, вагінектомія) залишаються єдиними способами лікування жінок із тяжкою соматичною патологією. Подібні процедури непридатні для пацієнок, які бажають збереження коїтальної функції піхви.

Аналіз літератури доводить, що коли для реконструкції дефектів м'язово-сполучнотканинного комплексу використовуються ті ж структури, то можливість рецидиву прямо залежатиме від їх функціональної й анатомічної цілісності [1; 8; 18]. Виражена недостатність власних тканин найчастіше прирікає подібні процедури на невдачу. Таким чином, у жінок із рецидивним пролапсом, з активним стилем життя, з тривалим впливом етіологічних факторів ризику розвитку пролапсу найчастіше реконструкція власного м'язово-зв'язкового апарату не буде ефективною без його додаткового зміцнення. Іншими словами, компенсація дефектів можлива тільки за допомогою додаткових, найчастіше не анатомічних, механізмів фіксації геніталій за допомогою синтетичних сіток чи алотрансплантатів [15; 30].

Характерною рисою сьогоденного стану оперативної допомоги жінкам із пролапсом

є використання комбінації оперативних процедур в обсязі однієї операції [27; 30]. Залежно від наявності дефектів переднього, заднього й апікального сегментів піхви комбінація процедур для кожного сегмента й визначить обсяг реконструктивної операції.

Реконструкція апікального сегмента піхви. Основним елементом фіксації матки і збереження її нормального положення в тазу є кардинальний крижово-матковий комплекс. Саме видалення матки не відновить топографо-анатомічні взаємовідношення органів малого таза. Тому головним моментом є фіксація кукси піхви після гістеректомії чи відновлення фіксації апікальної частини піхви в разі збереження матки [17].

Відновлення стабільності цього відділу піхвової трубки можливе лише за певних умов. Облітерація дугласового простору і відновлення інтегральності *f. endopelvetica* (у її відділах передньої і задньої стінки піхви) є основними [28].

Запропоновано багато принципів різних способів фіксації апікального відділу піхви. Якщо незначно порушена структура і функція тазового дна і *f. endopelvetica*, то в більшості випадків достатньою буває фіксація кукси піхви (після гістеректомії) трансвагінальним доступом до власних сполучнотканинних структур. Анатомічним способом суспензії апікального відділу є фіксація до крижово-маткових зв'язок. У випадку перерозтягнення і подовження цих зв'язок необхідна фіксація до більш проксимальних відділів. Ця процедура була вперше запропонована в 1957 р. і дістала назву від імені автора — «кульдопластика за Мак-Коллом (McCall)» [21]. Ефективність її залежить від виразності крижово-маткових зв'язок [19]. У разі їхньої дегенерації та не-

спроможності запропоновано «неанатомічні» способи фіксації апікального відділу піхви до прилеглих більш міцних структур. Одним із таких методів є білатеральна фіксація купола до фасції *m. iliocostus* (ілеококцигеальна кольпосуспензія). Крім міцності цього фасціального елемента бокової стінки малого таза, білатеральний доступ до цієї зони не має ризику кровотечі або поранення прилеглих органів (сечоводів, судин, нервів, кишечника) [32].

В 1997 р. провідний австралійський хірург Р. Р. Petros запропонував малоінвазивний спосіб реконструкції заднього сегмента піхви за допомогою Т-подібного шматка проленової сітки [26]. Новим елементом подібної процедури став спосіб розміщення горизонтальної частини сітки таким чином, що за допомогою спеціального провідника дистальні кінці в поперечному напрямку розміщувалися подібно до петлі через товщу *m. levator ani* на зовнішній площині цього парного м'яза. Подальше спостереження за цими хворими привело до використання лише горизонтальної частини проленового ендопротезу для відновлення лише апікальної фіксації. Ця операція дістала офіційну назву — «інфракокцигеальна кольпосуспензія», або «задній слінг» [25].

На думку деяких авторів, перевагами цього методу, в першу чергу, є малоінвазивність процедури, що дозволяє вважати її «амбулаторною» операцією. Цей тип фіксації апікальної частини піхви відновлює анатомію у випадках навіть максимального ступеня випадіння як матки, так і кукси піхви після гістеректомії [25]. Однак у сучасній літературі немає рандомізованих досліджень ефективності цієї процедури або порівняння цього способу фіксації з іншими.



Наступним із трансвагінальних способів фіксації до стінок таза є сакроспінальна кольпосуспензія. Для одностороннього чи двобічного підшивання купола піхви використовується *lig. sacrospinale*, що з'єднує крижі та сідничну кістку [31].

До недоліків цієї операції, незважаючи на її широку популярність на Заході, належать деяка технічна складність і ризик розвитку цистоцеле. При виконанні цієї операції можлива фіксація купола піхви і без видалення матки. Таким чином, сакроспінальна кольпосуспензія створює можливість виконання реконструкції зі збереженням репродуктивної функції [24]. Із трансабдомінальних методів фіксації купола піхви донедавна широко застосовувалися методи вентральної кольпосуспензії-кольпофіксації [2; 6]. Однак нефізіологічне відхилення вперед осі піхви, стискання сечового міхура і висока частота розвитку ентероцеле після подібних фіксацій до передньої черевної стінки показали невисоку ефективність подібних процедур [10].

Цих недоліків значною мірою позбавлена трансабдомінальна кольпосакропексія — операція, що відновлює нормальну вісь піхви фіксацією купола піхви за допомогою ало- (проленава сітка) чи гетеротрансплантата до крижів (на рівні верхньої третини) [3; 4]. Основні недоліки цієї операції — це стандартні недоліки лапаротомії (порівняно з піхвовим доступом) і ризик авульсії та ерозії сітки в її піхвовій частині [13].

Отже, фіксація апікальної частини вимагає високого рівня операційної майстерності. У випадку утеровагінального пролапсу ці процедури, виконані коректно, дозволяють уникнути постгістеректомічного пролапсу. Водночас, саме ці процедури використовують для

лікування рецидивного пролапсу апікального відділу і постгістеректомічного пролапсу.

Реконструкція переднього сегмента піхви. Найчастіше в практиці гінеколога зустрічаються дефекти переднього сегмента піхви [5; 11]. Як зазначено вище, вони майже завжди супроводжують випадіння матки, однак можуть зустрічатися і при її фізіологічному положенні. Для окремих дефектів переднього відділу *f. endopelvis* існують різні реконструктивні процедури.

Існує два варіанти реконструкції латеральних дефектів міхурово-піхвового сегмента *f. endopelvis* (паравагінальні дефекти) — трансвагінальний і залобковий доступ [35]. Перший варіант виконується в обсязі передньої кольпорафії, коли після латерального відсепарування слизової оболонки піхви і мобілізації залобкового простору відновлюється інтегральність *f. endopelvis* вузлуватими швами. При залобковому доступі після виділення *arcus tendineus m. levator ani* по обидва боки до неї вузлуватими швами підшиваються бокові стінки піхви (залобкова кольпопексія) [34]. В обсязі цієї операції найчастіше необхідні слінгові процедури, спрямовані на ліквідацію стресового нетримання сечі, що є основним симптомом цистоцеле і пролапсу передньої стінки, — залобкова уретропексія. З цією метою використовують ало- чи гетеротрансплантати у вигляді стрічкової петлі, що перешкоджає опущенню уретро-везикального кута при підвищенні внутрішньочеревного тиску — кашлі, напруженні черевного преса.

Для реконструкції центрального дефекту *f. endopelvis* найчастіше виконується передня кольпорафія трансвагінальним доступом, хоча пропонують і трансабдомінальний доступ із дисекцією

міхурово-піхвового простору до виділення місця дефекту [29; 33]. При кольпорафії для відновлення цілісності міхурово-піхвової частини *f. endopelvis* іноді досить вузлуватих поперечних швів у межах збережених частин фасції чи парауретральних тканин обох сторін (шви за Келлі). Для міцнішої опори дна сечового міхура й уретри іноді застосовують плікації виділених по обидва боки шматків фасції, а у разі її значних змін — ало- чи гетеротрансплантати [20; 34]. Найчастіше супровідне цистоцеле стресове нетримання сечі без додаткової слінгової процедури може бути й не ліквідоване [20; 22].

Реконструкція заднього сегмента піхви. Способи реконструкції пролапсу заднього сегмента піхви (ректоцеле, ентероцеле) аналогічні техніці, викладеній для терапії переднього сегмента. Метою відсепарування слизової задньої стінки піхви латерально до фасції *m. levator ani* є виділення прямокишково-піхвової частини *f. endopelvis* — фасції Денонвіллє. Відновлення її інтегральності (задня кольпорафія) досягається ушиванням ідентифікованих серединних або латеральних дефектів [30]. Особлива увага має приділятися відновленню цілісності переходу фасції Денонвіллє в сухожильний центр промежини (кольпоперинеорафія). У разі значно зміненої та неідентифікованої фасції найчастіше рекомендоване зміцнення цього сегмента ало- чи гетеротрансплантатами [14; 30].

Взагалі реконструкція тіла промежини — важливий профілактичний захід рецидиву пролапсу. Медіальна плікація частин *m. puborectalis* (леваторопластика) зменшує передньо-задній розмір вульварного кільця, подовжуючи пластинку леваторів, і у вертикаль-



ному положенні вектор внутрішньочеревного тиску і сили ваги припадає саме на цей м'язовий шар [16].

Негативні моменти леваторопластики — штучне звуження дистального калібру піхви і, як наслідок, диспареунія — біль при статевому акті, хоча саме «високу леваторопластику» використовують досить широко в обсязі кількох процедур для компенсації недостатньо укріпленого апікального відділу піхви. У цьому плані вона більше нагадує оклюзивну процедуру.

Альтернативою трансвагінальних реконструкцій заднього сегмента піхви є абдомінальна (лапаротомна чи лапароскопічна) сакрокольпо-перинеопексія [17; 32]. Ця процедура, запропонована для терапії постгістеректомічного пролапсу зі значним опущенням промежини, дозволяє відновити інтегральність фасції Денонвілляє і сухожильного центру промежини за допомогою штучного «моста» — ало- чи гетеротрансплантата, проведеного по всій довжині прямокишково-піхвового простору і заочно від промежини до крижів.

Вибір методу оперативного лікування пролапсу. Аналіз даних літератури показав, що вибір методу оперативного лікування генітального пролапсу залежить від ретельного вивчення хірургом кількох факторів. Головним, на думку J. D. Thompson (1997), є загальний стан здоров'я жінки. Ретельне вивчення супровідної соматичної патології може підтвердити надзвичайно високий ризик оперативного втручання [33].

У деяких пацієнток обмежена можливість ендотрахеальної анестезії, тому методом вибору знеболювання може бути лише локальна чи пероральна анестезія. В цих випадках оператор стає перед

вибором між потребою вирішення загальних завдань хірургічного лікування пролапсу і можливостями нерадикальних методик. Лише в небагатьох жінок у цьому разі можливе застосування кольпоклеїзису за Ле-Фором або лише кольпорафії з місцевою інфільтраційною чи перидуральною анестезією. Саме ці методи дозволяють використовувати методики знеболювання, які не супроводжуються масивною хірургічною травмою і виконуються у відносно короткий проміжок часу [12].

На думку більшості авторів, кольпоклеїзис за Ле-Фором слід виконувати лише в разі неможливості застосування однієї зі «звичайних» (за висловом J. D. Thompson) операцій, що збережуть коїтальну функцію піхви. Перевагою цього методу є те, що процедура виконується найшвидше і належить до нескладних і безпечних операцій. Хоча саме кольпоклеїзис за Ле-Фором дуже часто виконують для лікування повного випадіння матки у самотніх жінок у постменопаузі, його недоліком є розвиток нетримання сечі [14].

За даними M. Ahranjani (1992), із 38 випадків застосування кольпоклеїзису за Ле-Фором лише у 8 жінок виник рецидив пролапсу, але у 30 % траплялися незначні післяопераційні ускладнення [12]. Автор пояснює такі результати тим, що цей тип операції обирався саме в разі тяжкого соматичного стану жінок. Недоліком роботи M. Ahranjani є відсутність даних щодо розвитку нетримання сечі у жінок після кольпоклеїзису.

Таким чином, у разі наявності супровідної екстрагенітальної патології хірург-гінеколог має дуже обмежений вибір оперативних втручань з приводу генітального пролапсу.

Аналізуючи дані літератури, можна визначити фактор, що

впливає на вибір типу операції для лікування урогенітального пролапсу. Саме ступінь і тип опущення та випадіння матки чи піхви викликають палкі дискусії щодо типу перманентного лікування. Можна визначити 2 основних погляди на вибір оптимальної процедури залежно від різного ступеня генітального пролапсу: по-перше, необхідність видалення матки для адекватної реконструкції опорних структур геніталій; по-друге, спроба розподілу ступеня пролапсу лише на повний та неповний [3; 7; 9; 14]. Філософія використання екстирпації матки (трансвагінальної) полягає в спробі виділення зв'язкового апарату параметрія та паракольпіуму для більш проксимальної фіксації кукси піхви з метою відновлення анатомічних співвідношень піхви та прилеглих органів. Деякі автори вважають за доцільне виконувати трансвагінальну гістеректомію із задньою кульдопластикою та кольпорафією у разі легкого та середнього ступеня опущення матки (неповний пролапс) [14; 24]. Інші дослідники вважають за відсутності повного випадіння адекватною «Манчестерську» операцію [9; 10]. Цей тип операції вважається технічно простішим та менш тяжким для хворої типом оперативного втручання порівняно з гістеректомією. На думку J. D. Thompson (1997), «Манчестерська» операція з ампутацією шийки матки, передньою плікацією кардинальних зв'язок та кольпорафією є доцільною лише при елонгації шийки, що маскує опущення матки [17].

За наявності повного випадіння більшість авторів згодні з необхідністю видалення матки для реконструкції опорних структур, однак щодо подальшого обсягу оперативного втручання погляди різко розрізняються. Триває дискусія з



приводу необхідності фіксації кулки піхви після гістеректомії. В арсеналі оператора широкий вибір додаткових процедур кольпосуспензії — сакроспінальна фіксація, сакральна кольпопексія, кульдопластика за Мак-Колом, кольпектомія з кольпоклеїзисом [19; 21; 23]. Дані щодо результатів кольпосуспензії досить суперечливі. Останнім часом все частіше застосовують сакроспінальну кольпосуспензію [23].

Проблема вибору оптимального типу оперативного лікування генітального пролапсу в науковій літературі тісно пов'язана з визначенням не тільки ступеня, а й типу пролапсу. Кожна жінка з ознаками порушення опорних структур апікального відділу піхви має більше однієї зони порушення [20; 24]. В цьому аспекті необхідно визначити таке положення: повний пролапс означає одночасне порушення підтримки матки і стінок піхви. Тому дані про оптимальний тип операції не дуже суперечливі. Вважається, що саме трансвагінальна екстирпація з кольпорафією є тим «золотим стандартом» оперативного лікування повного випадіння в умовах здатності хворої перенести цю відносно тяжку операцію. При перешкодах з боку соматичного здоров'я хірург постає перед вибором між оклюзійними операціями або «Манчестерською» операцією, як зазначено вище.

Торкаючись проблеми неповного випадіння, слід відмітити, що саме за наявності окремих дефектів опорного апарату геніталій зустрічаються різні погляди на вибір типу оперативного лікування. Вважається, що неможливо виконати перманентну реконструкцію ентероцеле без видалення матки. У разі наявності цистоцеле вибір операції залежить від типу порушення зв'язкового апарату передньої стін-

ки піхви. Якщо прийняти теорію «гамака» (J. O. L. DeLancey, 2002), то необхідна залобкова реконструкція паравагінальних дефектів, однак наявні дані про адекватність стандартної передньої кольпорафії для лікування цистоцеле навіть великих розмірів [17].

Цікавим підходом останнім часом, за даними західної літератури, є впровадження «дефектоспецифічної» реконструкції ректоцеле [28]. Хоча застосовується «рутинна» задня кольпорафія, однак метою операції є відновлення цілісності ректовагінальної перегородки. На думку авторів, необхідно визначити саме окремі дефекти у площині фасції Денонвілле і відновити їх простим зшиванням. У цьому разі можна уникнути зайвого висічення тканин, що має на меті зниження відсотка післяопераційних ускладнень, у першу чергу — диспареунії. На думку B. L. Shull (2000), оперативна реконструкція дефектів опорних структур повинна включати кожний індивідуальний дефект, що впливає на вибір методу лікування кожної жінки з генітальним пролапсом [30]. Останнім часом підвищилися вимоги до післяопераційної якості життя жінок. З цих позицій важливим фактором вибору методу оперативного лікування є потреба збереження чи відновлення коїтальної функції піхви. Статева дисфункція у вигляді диспареунії, зниження чутливості та лібідо, нетримання сечі часто супроводжують генітальний пролапс різного типу та ступеня. За дослідженнями деяких авторів, вікові зміни та конфлікти взаємовідносин є важливішими факторами у розвитку статевих проблем, ніж гінекологічні симптоми, пов'язані з урогенітальним пролапсом [29].

Визначення перспектив статевих стосунків жінки необхід-

не у всякому випадку генітального пролапсу, тому що зміна вагінального калібру та напрямку — наслідок майже всіх оперативних втручань з приводу цієї патології. Таким чином, у разі бажання збереження коїтальної функції піхви слід уникати її зайвої констрикції та укорочення. Однак для запобігання рецидиву пролапсу деякі автори пропонують саме максимальне зменшення калібру піхви при виконанні кольпорафії та леваторопластики [2; 3; 6; 32].

Ще одним суттєвим фактором, що обмежує вибір методу оперативного лікування урогенітального пролапсу, є наявність супровідної патології внутрішніх статевих органів. Потреба у видаленні збільшеної матки чи додатків потребує зміни трансвагінального шляху виконання операції на трансабдомінальний. Вважається, що саме перший тип операцій — найадекватніший для лікування генітального пролапсу тому, що можливий доступ до всіх елементів опорних структур, знижена післяопераційна захворюваність і летальність, скоріше відбувається відновлення функції кишечника тощо [4; 13; 17]. Другий тип є методом вибору. Триває дискусія відносно можливостей трансабдомінальної реконструкції опорних структур. До таких операцій належать сакральна кольпопексія, залобкова ретрокольпопексія, кульдопластика, вентросуспензія та вентрофіксація.

Існує думка, що більш ніж у 95 % жінок з урогенітальним пролапсом однакові можливості трансвагінальної та трансабдомінальної реконструкції [25]. B. L. Shull (1992) наводить такі фактори, що спричинюють необхідність виконання операцій останнім шляхом: ортопедичні деформації малого таза, що обмежують трансвагінальний доступ; супровідні



інтраабдомінальні захворювання, що потребують хірургічного лікування; екстрофія сечового міхура внаслідок патології кісток таза; опущення матки у жінок, які бажають народжувати; первинно коротка піхва, довжина якої після трансвагінальної реконструкції може виключити або значно обмежити вагінальний коїтус [32].

Між різними авторами існує згода, що трансабдомінальні операції майже адекватні для фіксації апікального відділу піхви, однак не коригують порушення опорних структур середнього та дистальних її відділів. Тому часто зустрічаються рекомендації додатково виконувати трансвагінальну кольпоперинеорафію, причому початковим є трансвагінальний етап.

Останнім з основних факторів, що впливає на вибір методу оперативного лікування генітального пролапсу, є бажання жінки зберегти дітородну чи менструальну функцію. В цьому разі деякі автори як тимчасовий захід пропонують застосування песаріїв, однак у більшості випадків радикальним вважається хірургічне лікування. Це може бути вентросуспензія за Gilliam з плікацією крижово-маткових зв'язок та кульдопластиком; можлива комбінація із залобковою кольпоретропексією чи кольпорафією, а також застосування фасціального шматка для підвішування шийки матки до крижів. Але перманентність цих операцій викликає сумніви, в подальшому доводиться виконувати більш радикальні операції після дітонародження.

Вважається, що у жінок, які потребують операції з приводу утеровагінального пролапсу, але бажають збереження менструальної функції, методом вибору є «Манчестерська» операція, проте існують різні погляди на перспективи діто-

народження після неї. На думку деяких авторів, при виконанні «Манчестерської» операції потрібне лігування маткових труб у жінок дітородного віку [14; 19; 27]. Альтернативним методом вибору для оперативного лікування генітального пролапсу зі збереженням матки та репродуктивної функції є трансвагінальна сакроспінальна фіксація матки, запропонована D. A. Richardson та співавторами (1989), чи інфракюкцигеальна кольпосуспензія (P. P. Petros, 1998) [25].

Отже, фактори, які впливають на вибір оперативного лікування жінок з опущенням матки та піхви, обмежують можливості перманентної реконструкції дефектів опорного апарату, особливо за наявності комбінації кількох факторів, як зазначено вище.

Також слід відмітити й деякі інші аспекти вибору оперативного лікування пролапсу. Операціям, в результаті яких відбувається більш надійна та міцна фіксація опорних структур, слід надавати перевагу в разі існування у жінки факторів ризику рецидиву пролапсу (ожиріння, обструктивні процеси у легенях, хронічні запори). Існує можливість зниження впливу факторів, пов'язаних із соматичним станом, у виборі методу оперативного лікування. Операції з приводу генітального пролапсу здебільшого не є ургентними, тому існує можливість обрати час операції після лікування соматичної патології, замісної гормональної терапії у жінок в менопаузі тощо.

Таким чином, вибір методу оперативного лікування генітального пролапсу залишається найскладнішим аспектом цієї патології, незважаючи на велику кількість запропонованих методик. Велике значення має кваліфікація хірурга та наявність специфічних комбінацій дефектів опорного апа-

рату кожної жінки. Однак можливість оптимізації вибору методу оперативного лікування полягає в чіткому визначенні механізму розвитку цієї патології, анатомії пролапсу, вивченні переваг і встановленні недоліків основних оперативних стратегій.

Висновки

Аналіз даних літератури доводить, що реконструктивна гінекологія поступово проходить еволюцію від мистецтва до науки, виходячи з нових досліджень анатомії органів і м'язово-фасціального апарату малого таза, останніх технологічних досягнень у хірургічних матеріалах, обладнанні та оперативній техніці. Поштовхом до еволюції є збільшення кількості жінок із генітальним пролапсом внаслідок старіння загальної популяції жінок. Особливістю звернення жінок по допомогу з приводу генітального пролапсу став феномен відношення симптомів і анатомічних змін піхви. Виходячи з цього, основними типами пролапсу, що потребують оперативного лікування, є порушення апікального та переднього сегментів піхви. Хірургічна корекція саме цих зон піхви найбільше зазнала еволюції та впровадження нових методик. Ресурсом пошуку та реалізації нових методів лікування, що спричинило трансформацію органозберігаючих та мініінвазивних принципів оперативного лікування, стала розробка синтетичних ендопротезів та інструментів для матеріалів, які компенсують втрачені можливості зв'язкового чи фасціального апарату органів малого таза та спрощують оперативну техніку без втрати якості лікування. Загальним і основним критерієм вибору методу оперативного лікування генітального про-



лапсу є діагностика дефектів опорного та фіксуючого апарату геніталій, що потребують корекції. Також при плануванні оперативного втручання необхідно враховувати соматичну патологію, вік, необхідність збереження дітородної чи коїтальної функції тощо.

Сучасною рисою надання оперативної допомоги жінкам із генітальним пролапсом є комбінація окремих оперативних процедур в обсязі однієї операції. В кожному окремому випадку залежно від діагностованих дефектів анатомії та причин, що призвели до цих порушень, обирається той набір процедур, який максимально відновить анатомію та функцію органів малого таза.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Операции TVT в гинекологической практике* / С. Н. Буянова, А. А. Попов, В. Д. Петрова, М. А. Чечнева // *Акушерство и гинекология*. — 2004. — № 1. — С. 36-39.
2. *Давыдов С. Н., Хромов Б. М., Шейко В. З.* Атлас гинекологических операций. — М.: Знание, 1998. — 296 с.
3. *Запорожан В. М., Цегельський М. Р.* Акушерство та гинекологія. — К.: Здоров'я, 1996. — 240 с.
4. *Запорожан В. М., Стежковий В. В., Гладчук І. З.* Комбінована з лапароскопічним етапом гістеректомія у лікуванні жінок з опущенням і випадінням внутрішніх статевих органів // *Педіатрія, акушерство та гинекологія*. — 1995. — № 1. — С. 61-62.
5. *Кан Д. В.* Руководство по акушерской и гинекологической урологии. — М.: Медицина, 1986. — 488 с.
6. *Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Краснополяский В. И.* Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1990. — С. 285.
7. *Краснополяский В. И., Радзинский В. Е., Иоселиани М. Н.* Реконструктивные пластические операции при опущениях и выпадениях половых органов. Выбор техники и профилактика осложнений // *Акушерство и гинекология*. — 1993. — № 5. — С. 46-48.
8. *Краснополяский В. И., Попов А. А., Буянова С. Н.* Синтетические материалы в хирургии тазового дна // Там же. — 2003. — № 6. — С. 36-38.
9. *Рембез И. Н.* Оперативная гинекология. — К.: Здоров'я, 1985. — С. 172-176.
10. *Стежковой В. В., Сапелкина И. М., Гусев С. А.* Морфологическое обоснование выбора метода оперативного лечения больных с опущением и выпадением внутренних половых органов // *Акушерство и гинекология*. — 1990. — № 8. — С. 55-57.
11. *Чухриенко Д. П., Люлько А. В., Романенко Н. Т.* Атлас урологических операций. — К.: Вища шк., 1981. — 344 с.
12. *Nugebauer-LeFort operations for vaginal prolapse* / M. Ahranjani, E. Nora, P. Rezai et al. // *J. Reprod. Med.* — 1992. — Vol. 37. — P. 959.
13. *Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for treatment of pelvic support defects: A prospective randomized study with long-term outcome evaluation* / J. Benson, V. Lucente, E. McClellan // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1996. — Vol. 175. — P. 1418-1422.
14. *Bilateral uterosacral ligament vaginal vault suspension with site-specific endopelvic fascia defect repair for treatment of pelvic organ prolapse* / M. D. Barber, A. G. Visco, A. C. Weidner et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2000. — Vol. 183. — P. 1402-1410.
15. *Tension-free transobturator approach for female stress urinary incontinence* / L. Cindolo, L. Salzano, G. Rota et al. // *Minerva Urol. Nefrol.* — 2004. — Vol. 56 (1). — P. 89-98.
16. *Cruikshank S. H., Kovac S. R.* Randomized comparison of three surgical methods used at the time of vaginal hysterectomy to prevent posterior enterocele // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 180. — P. 859-865.
17. *DeLancey J. O.* Anatomy and biomechanics of genital prolapse // *Clin. Obstet. Gynecol.* — 1993. — Vol. 36. — P. 897-909.
18. *De Taytac R., Gervaise A., Fernandez H.* Cystocele repair by the vaginal route with tension-free polypropylene mesh // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. — 2002. — Vol. 31. — P. 597-599.
19. *High uterosacral vaginal vault suspension with fascial reconstruction for vaginal repair of enterocele and vaginal vault prolapse* / M. Karram, S. Goldwasser, S. Kleeman et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2001. — Vol. 185. — P. 1339-1342.
20. *Incidence of recurrent cystocele after anterior colporrhaphy with or without concomitant needle suspension* / N. Kohli, E. H. M. Sze, T. W. Roat et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1996. — Vol. 175. — P. 1476-1482.
21. *McCall M. L.* Posterior culdeplasty: Surgical correction of enterocele during vaginal hysterectomy; a preliminary report // *Obstet. Gynecol.* — 1957. — Vol. 10. — P. 595-602.
22. *Miyazaki F. S., Miyazaki D. W.* Raz four-corner suspension for severe cystocele: poor results // *Int. Urogynecol. J.* — 1994. — Vol. 5. — P. 94-97.
23. *Morley G. W., de Lancey J. O. L.* Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1988. — Vol. 158. — P. 871-884.
24. *Nichols D. H., Randall C. L.* Vaginal surgery. — Ed. 4. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. — 117 p.
25. *Petros P. E., Richardson P. A.* Tissue Fixation System posterior sling for repair of uterine/vault prolapse — A preliminary report // *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. — 2005. — Vol. 45. — P. 376-379.
26. *Petros P. E.* New ambulatory surgical methods using an anatomical classification of urinary dysfunction improve stress, urge and abnormal emptying // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor. Dysfunct.* — 1997. — Vol. 8 (5). — P. 270-277.
27. *Porges R. F., Smilen S. W.* Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1994. — Vol. 171. — P. 1518-1528.
28. *Richardson A. C.* The anatomic defects in rectocele and enterocele // *J. Pelvic. Surg.* — 1995. — Vol. 1. — P. 214-221.
29. *Richardson D. A., Scotti R. J., Ostergard D. R.* Surgical management of uterine prolapse in young women // *J. Reprod. Med.* — 1989. — Vol. 34. — P. 388.
30. *A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments* / B. L. Shull, C. Bachofen, K. W. Coates, T. J. Kuehl // *Am.*



J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 183. — P. 1365-1373.

31. *Preoperative and postoperative analysis of site-specific pelvic support defects in 81 women treated with sacrospinous ligament suspension and pelvic reconstruction* / B. L. Shull, C. V. Capen, M. W. Riggs et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1992. — Vol. 166. — P. 1764-1771.

32. *Stanton S. L. Vaginal prolapse* // Gynaecology / R. Shaw, P. Soutter, S. Stanton (eds.). — Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992. — P. 437-447.

33. *TeLinde's operative gynecology*. — 8-th ed. / Eds. J. A. Rock, J. D. Thompson: with 74 contributors. — Lippincott-Raven, 1997. — 1111 p.

34. *Anterior colporrhaphy: A randomized trial of three surgical techniques* / A. M. Weber, M. D. Walters, M. R. Piedmonte et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 185. — P. 1299-1306.

35. *Young S. B., Daman J. J., Bony L. G. Vaginal paravaginal repair: One year outcomes* // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 185. — P. 1360-1367.

*Передплачуйте
і читайте*

ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Нові технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії



Ціна передплати на півріччя (три номери):

- для підприємств та організацій — 60 грн;
- для індивідуальних передплатників — 30 грн.

Передплатні індекси:

- для підприємств та організацій — 48717;
- для індивідуальних передплатників — 48405.

