

**Р.М. Банахевич,  
К.Б. Акімова,  
К.О. Парієнко**

## **ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЦИСТОЦЕЛЕ**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра акушерства та гінекології  
(зав. – д. мед. н., проф. В.О. Потапов)  
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of obstetrics and gynecology  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: banahevich1970@gmail.com

**Ключові слова:** цистоцеле, операція, ускладнення, профілактика, реабілітація

**Ключевые слова:** цистоцеле, операция, осложнения, профилактика, реабилитация

**Key words:** cystocele, surgery, complications, prophylaxis, rehabilitation

**Реферат.** Профілактика ускладнень після хірургічного лікування цистоцеле. Банахевич Р.М., Акімова К.Б., Парієнко Е.А. Проведено дослідження 78 жінок з діагнозом цистоцеле. Середній вік досліджуваних жінок 61,5±9,3 роки, вік жінок групи контролю 56,7±1,8 роки ( $p>0,05$ ). Оцінені результати післяопераційного лікування у жінок в період постменопаузи. Після проведеного лікування на 33 дні після операції цитологічний аспірат із порожнини влагалища свідчував про завершення процесу заживлення поверхні стінки влагалища в фізіологічному режимі у 93,8% жінок основної групи і у 63,3% жінок групи порівняння. Воспалительний тип мазка встановлено у 5,8% жінок основної групи і у 32,0% жінок групи порівняння ( $p<0,05$ ). Розвиток гнійного процесу в зоні оперативного втручання спостерігалося у 1 (2,1%) пацієнтки основної групи і у 3 (10,0%) жінок групи порівняння ( $p<0,05$ ). Активізація репаративних процесів спостерігалася на фоні лікування препаратами, що містять промєстрієн.

**Abstract.** Prevention of complications after surgical treatment of colpocystocele. Banakhevych R.M., Akimova K.B., Parienko K.O. 78 women with the diagnosis of cystocele were examined. The average age of the examined women was 61.5±9.3 years, the age of women in the control group was 56.7±1.8 years ( $p>0.05$ ). The results of postoperative treatment in postmenopausal women are evaluated. After the treatment on the day 33 after the operation, the cytological aspirate from the vaginal cavity testified to the completion of the healing process of the vaginal wall surface in the physiological regime in 93.8% of the women in the main group and in 63.3% of the women in the comparison group. Inflammatory type of smear is established in 5.8% of women in the main group and in 32.0% of women in the comparison group ( $p<0.05$ ). Development of purulent process in the surgical intervention zone was observed in 1 (2.1%) patients of the main group and in 3 (10.0%) patients in the comparison group ( $p<0.05$ ). The activation of reparative processes was observed against the background of treatment with preparations containing promestriene.

Цистоцеле – захворювання, яке розвивається в результаті механічного пошкодження уrogenітальної фасції або дезінтеграції її опорних структур і характеризується утворенням грижового утворення, в який входить стінка сечового міхура. Захворювання може перебігати як ізольовано, так і в поєднанні з неповним випаданням матки. За даними В.Ф. Беженаря, М. Halina, Vlandon R.E. та ін. [5, 9, 12], цистоцеле спостерігається в 15-30% жінок репродуктивного віку, у постменопаузі цей показник зростає до 40% і не залежить від виду пологів в анамнезі [5, 9, 12]. Приблизно одну з 9 жінок оперують з приводу цієї патології, причому в 30% випадків потрібні повторні втручання [4, 6, 10, 11]. За статистикою, після передньої кольпорафії число випадків рецидивів досягає 24-31% [7]. Таким чином, на цей час одним з основних напрямків наукових

пошуків щодо зниження кількості рецидивів є профілактика ускладнень після хірургічного лікування цистоцеле. Разом з тим, ряд аспектів цієї проблеми залишається невирішеним.

На сьогодні не існує єдиної думки щодо ефективних методів підготовки таких хворих до оперативного втручання та особливостей післяопераційного ведення, термінів проведення реабілітаційних заходів та оцінки їх ефективності. Пропонуються різноманітні підходи до ведення післяопераційного періоду, які призначаються емпірично або мають рекомендаційний характер [8, 13].

З огляду на світову тенденцію до збільшення тривалості життя число опущень тазових органів у жінок відповідно зростатиме [7]. Аналіз літературних публікацій вказує на тенденцію до збільшення кількості ускладнених і тяжких

рецидивних форм генітального пролапсу [2, 13], відповідно проблема як хірургічного лікування, так і профілактики ускладнень післяопераційного періоду та скорочення термінів реабілітації продовжує залишатися в центрі уваги гінекологів та урологів, оскільки характер загоєння післяопераційних швів у постменопаузальному періоді багато в чому залежить від особливостей васкуляризації, які визначають трофіку тканин, та від рівня естріолу та порушень у мікробіоценозі піхви.

Невивченою проблемою є також роль інфікування нижнього відділу статевого тракту в післяопераційному періоді. Потребує уточнення склад мікрофлори післяопераційної рани, співвідношення мікробних асоціацій умовно і факультативно-патогенних мікроорганізмів після оперативного втручання. На сьогодні запропоновано безліч способів локальної медикаментозної терапії в галузі післяопераційних швів на піхві, які, на жаль, не забезпечують швидкого і повного загоєння. У свою чергу, дефекти загоєння в післяопераційному періоді в 10-45% випадків вимагають повторного оперативного втручання. Вирішення цих питань допоможе правильно підібрати і своєчасно проводити раціональну профілактику післяопераційних гнійно-септичних ускладнень.

Викладені вище факти підтверджують актуальність проведення досліджень, спрямованих на визначення найбільш оптимальних заходів з профілактики ускладнень цистоцеле після його хірургічного лікування, наукового обґрунтування таких заходів та розробку критеріїв формування груп ризику.

Мета роботи – оцінити результати профілактики інфекційних ускладнень у постопераційному періоді в жінок у період постменопаузи після хірургічного лікування цистоцеле.

#### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Робота виконувалася з 2017 по 2018 р. на клінічній базі кафедри акушерства та гінекології ДЗ «ДМА» (зав. – д. мед. н., проф. В.О. Потапов) комунального закладу «ДМКЛ № 9 ДОР».

Проведено обстеження 78 пацієток з цистоцеле, які протягом 2,5-5 років знаходяться в постменопаузі. Всі пацієнтки знаходилися на стаціонарному лікуванні з приводу оперативного лікування цистоцеле. У дослідження не включалися жінки зі встановленим діагнозом цукровий діабет, а також пацієнтки з індивідуальною непереносимістю компонентів препаратів або відсутністю інформованої згоди на участь у дослідженні.

Методом сліпого вибору пацієнти були розподілені на дві групи. З них 48 пацієток (група

1, основна) з ознаками цистоцеле після проведеного хірургічного втручання, які отримували запропонований курс лікування. На першому етапі застосовувалися вагінальні супозиторії з хлоргексидином диглюконатом і на другому етапі – вагінальні супозиторії з проместрином, та 30 пацієток (група 2, група порівняння) після хірургічного лікування, які отримували санацію розчином, який містить гексамідину діізетіонату 0,1 г, хлоргексидину диглюконату 0,1 г, хлоркрезолу 0,3 г у 100 мл розчину. Забір біологічного матеріалу – виділень з піхви проводився в межах зони втручання в гінекологічному відділенні через 3 та 17 днів після оперативного втручання та відразу після закінчення післяопераційного лікування. Місцеву терапію призначали з 3-ї доби після операції.

До контрольної групи увійшли 20 практично здорових жінок у віці 53-65 років (середній вік  $56,7 \pm 1,8$  року), яким з метою профілактики запальних процесів піхви в постменопаузальному періоді призначено гігієнічні заходи з використанням розчину препарату, який наведено вище. Переносимість препарату оцінювали на підставі клінічних даних, наявності або відсутності побічних ефектів, небажаних ефектів, а також динаміки цитологічних змін через 14 днів після початку терапії.

З урахуванням поставленої мети програма була доповнена такими дослідженнями:

- бактеріологічне дослідження і ДНК-діагностика мікробного спектра вагінального вмісту до і після проведеної місцевої терапії (тест-системою «Фемофлор-16») за класифікацією Болдиревої М.Н. (2010 р.) [2];

- цитологічне дослідження аспірату виділень з піхви на 3 та 33 добу післяопераційного періоду після проведеного лікування з оцінкою результатів за класифікацією Куперт М.А. [3].

Пацієнти основної групи отримували вагінальні супозиторії, що містять хлоргексидину диглюконат 0,016 г щоденно один раз на добу, і тривалість лікування становила – 10 днів. У подальшому застосовували вагінальні супозиторії, що містять 10 мг проместрину один раз на добу N 20.

У пацієток групи порівняння післяопераційне ведення включало санацію піхви розчином антисептика, який містить комбінацію з препаратів хлоргексидин, гексамідин та хлоркрезол щоденно два рази на добу до 30 днів. У 100 мл розчину міститься гексамідину діізетіонату 0,1 г, хлоргексидину диглюконату 0,1 г, хлоркрезолу 0,3 г.

У віддаленому післяопераційному періоді спостереження та забір матеріалу для

дослідження проводилися безпосередньо після закінчення курсу терапії.

Отримані результати піддавали статистичній обробці з використанням пакета програм STATISTICA® for Windows, Release 8.0 компанії StatSoft® Inc., США (2010). Для математичної обробки отриманих даних використовували методи описової статистики, кореляційний аналіз. Достовірність відмінностей оцінювали за критерієм Стьюдента (достовірною вважали різницю середніх при  $p < 0,05$ ) [1].

**РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Пацієнтки досліджуваної групи були у віці від 53 до 72 років (середній вік  $61,5 \pm 9,3$  року). Вік пацієнток у підгрупах не відрізнявся і достовірної статистичної різниці не виявлено ( $p > 0,05$ ). Тривалість клінічних ознак цистоцеле в досліджуваній групі становила від 1 до 12 років (у середньому  $7,9 \pm 0,42$  року в основній групі і  $7,2 \pm 0,46$  – у групі порівняння).

Аналізуючи скарги пацієнток, ми звернули увагу на найбільш характерні з них. Практично кожна друга пацієнтка висловлювала скарги на відчуття стороннього тіла в піхві – 56,4%, часте сечовипускання – 48,7%, симптоми імперативного нетримання сечі – 62,8%, стресової інконтиненції різної тяжкості – 11,5%. Симптоми обструкції уретри (необхідність вправляти грижу для сечовипускання) спостерігалися в 23,1% пацієнток.

Скарги на біль при статевому житті та неможливість статевого життя висловлювали 12,8% пацієнток.

Серед основних скарг пацієнток досліджуваної групи необхідно відмітити часте сечовипускання (48,7%). Етіологічним фактором цього процесу може бути запальний процес стінки піхви, який спостерігався практично в кожній пацієнтки. Цей факт підтверджують і результати лабораторних досліджень. Скарги на сухість і свербіж піхви висловлювали 30,8% пацієнток.

Очевидно, наявність екстрагенітальної патології на тлі вікових змін з боку органів та систем сприяє розвитку хронічного запального процесу в статевих органах і підвищення частоти його рецидивів, що може бути зумовлено порушенням місцевих імунних механізмів захисту від інфекційних агентів, особливо при поєднанні декількох чинників.

Аналіз цитологічного дослідження епітелію шийки матки по Папаніколау до оперативного втручання відповідав запальному типу в 26,9% жінок без клінічних ознак запалення. У жінок групи контролю цей показник становив 22,9% ( $p < 0,05$ ).

Зміни стану виділень з піхви в процесі лікування представлені в таблиці. На 3 добу після операції нормоценоз визначався в 14,6%, помірний дисбіоз - у 36,8%, значний – у 48,6% пацієнток основної групи. На 14 добу після операції нормоценоз визначався у 20,8%, помірний дисбіоз – у 47,9%, значний – у 31,3% пацієнток. Після закінчення лікування на 33 добу нормоценоз визначався в 45,8%, помірний дисбіоз – у 37,5%, значний – у 16,7% пацієнток.

**Стан біоценозу піхви в пацієнток у постменопаузальному віці після хірургічного лікування цистоцеле**

Результат бактеріологічного дослідження виділень з піхви	Група							
	основна (n=48)			порівняння (n=30)			контролю (n=20)	
	доба після операції						доба	
	3	14	33	3	14	33	1	33
нормоценоз (%)	14,6	20,8	45,8* **	20,0	26,7	23,3	25,0	20,0
помірний дисбіоз (%)	36,8*	47,9	37,5* **	46,7*	50,0*	46,7*	65,0	70,0
Значний дисбіоз (%)	48,6*	31,3	16,7*	33,3	23,3	30,0*	10,0	10,0

Примітка: \* - визначено достовірну різницю між групою контролю ( $p < 0,05$ ); \*\* - визначено достовірну різницю між групою порівняння ( $p < 0,05$ ).

У динаміці лікування спостерігалася статистично достовірне збільшення кількості пацієнток з нормоценозом після застосування промєструну на момент закінчення курсу лікування. У свою чергу, призначений хлоргексидину диглюконат,

за результатами дослідження, не дозволив статистично достовірно покращити біоценоз піхви на проміжному етапі дослідження: збільшилася лише кількість пацієнток з помірним дисбіозом піхви – з 36,8% до 47,9%, за рахунок зменшення

кількості пацієнок зі значним дисбіозом. Причому кількість пацієнок з нормоценозом майже не змінилася на тлі проведеного лікування хлоргексидином. Кількість пацієнок з нормоценозом збільшилася з 20,8% до 45,8% ( $p < 0,05$ ).

У свою чергу, призначення комбінованого антисептика з хлоргексидином у групі порівняння сприяло незначному покращенню біоценозу піхви. Нормоценоз на 14 добу лікування визначено в 26,7% пацієнок, що лише на 6,7 відсотків краще, ніж до початку запропонованого лікування. Проте кількість пацієнок зі значним дисбіозом на проміжному етапі контролю результатів лікування зменшилася на 10% і до кінця лікування їх кількість практично не змінилася. Перш за все такий результат можливо пояснити тим, що за рахунок інвазивності лікувального процесу та постійного механічного видалення частини ранового детриту підтримувався дисбіоз. Утворення біологічної плівки на тлі застосування антисептичного засобу зумовлювало лише стабілізацію бактеріального вмісту. Проте значне покращення видового складу біотопа та відновлення нормоценозу виділень з піхви відбулося на тлі застосування естрогенвмісних препаратів.

Аналіз результатів запропонованої профілактичної терапії показав зниження рівня облигатно-анаеробної умовно-патогенної мікрофлори (*Eubacterium* spp., *Megasphaera* spp., *Atopobium vaginale*, *Ureaplasma* spp.), спостерігалася зміна процентного співвідношення типів біоценозів в основній групі: нормоценоз у 45,8% пацієнок, помірний вагінальний дисбаланс - у 37,5% і значний дисбаланс - у 16,7%, причому результат мікробного спектра вагінального вмісту був набагато кращий порівняно з групою контролю та групою порівняння.

Аналізуючи результати бактеріологічного дослідження піхвових виділень у досліджуваних і контрольній групі, не спостерігалася зростання патогенної мікрофлори. Відзначено зростання умовно-патогенної флори *E. Coli* до  $10^2$  КОЕ/мл та *Ps. Серасія* -  $10^2$  КОЕ/мл у 2 (4,2%) пацієнок групи порівняння і в 2 (6,7%) пацієнок основної групи (*K. pneumoniae* - одиничний ріст, *S. Haemolyticus*  $10^2$  КОЕ/мл, *Ps. Aeruginosa*  $< 10^2$  КОЕ/мл).

За результатами дослідження також з'ясовано, що гіпоестрогенний стан мав безпосередній негативний вплив на видовий склад мікрофлори і сприяв зростанню умовно-патогенної мікрофлори. При аналізі стану мікробіоценозу піхви жінок групи порівняння відзначена тенденція до збільшення питомої ваги умовно-патогенної

флори на тлі застосування лише антисептичних засобів.

Аналіз результатів також показав, що після операційне пошкодження стінки піхви супроводжувалися значними змінами в мікробіоценозі. Так, у 81,3% пацієнок основної групи питома вага умовно-патогенних мікроорганізмів залишалася незмінною, спостерігалася значне збільшення лактобактерій, невелика кількість поліморфної грампозитивної і грамнегативної паличкової і кокової флори.

Серед умовно-патогенної флори після проведеного лікування в основній групі переважали пептострептококи (39,6%), ентеробактер (56,3%), стафілокок епідермальний (68,8%), проте результати дослідження не виходили за межі результатів групи контролю і, в більшості випадків, були кращими. Такий результат зумовлений підвищеним рівнем контамінації статевих шляхів умовно-патогенною флорою в умовах порушень метаболізму і дефіциту секретії естрогенів у жінок у постменопаузі.

У жінок основної групи після лікування встановлена тенденція до нормалізації показників вагінального мікробіоценозу і відсутність значних відмінностей порівняно з контрольною групою. Виявлено достовірне поліпшення вагінального мікробного пейзажу: зміна спектра як аеробних, так і анаеробних мікроорганізмів, зниження їх титрів (до  $10^2$ - $10^3$  КУО/мл), а також підвищення концентрації лактобацил (до  $10^6$  КУО/мл). Показники рН піхви знизилися і становили  $4,8 \pm 0,3$ , що дійсно сприяло поліпшенню самопочуття пацієнок на тлі репаративних процесів стінки піхви ( $p < 0,05$ ). У групі порівняння в 76,7% жінок зберігався бактеріологічно підтверджений дисбіоз піхви із середньою концентрацією лактобацил  $10^3$ - $10^4$  КУО/мл.

Цитологічний аспірат на 33-у добу після операції характеризувався ознаками процесу загоєння поверхні стінки піхви у фізіологічному режимі в 93,8% жінок основної групи і в 63,3% жінок групи порівняння. Запальний тип мазка встановлений у 5,8% жінок основної групи і в 32,0% жінок групи порівняння ( $p < 0,05$ ). Розвиток гнійного процесу в зоні оперативного втручання спостерігався в 1 (2,1%) пацієнтки основної групи і в 3 (10,0%) жінок групи порівняння ( $p < 0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

1. Запропонована методика післяопераційного ведення жінок у період постменопаузи після хірургічної корекції цистоцеле дозволила в 5 разів знизити ризик розвитку гнійного процесу в зоні оперативного втручання та в 5,5 раза - частоту

ознак запального процесу на момент закінчення терапевтичного курсу.

2. У короткі терміни вдалося досягнути епітелізації дефекту без грубого рубцювання в силу репаративного впливу на тканини і тим самим поліпшити перебіг післяопераційного періоду.

3. Небажані явища і побічні ефекти при застосуванні запропонованого методу лікування з використанням вагінальних супозиторіїв, які містять хлоргексидину диглюконат, та супозиторіїв з проместрином, не спостерігалися.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М.Ю. Антомонов. – Киев: Изд-во „Малый друк”, 2006. – 558 с.

2. Болдырева М.Н. "Фемофлор" исследование биоценоза урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени: метод. пособие для врачей / М.Н. Болдырева. – Москва, 2010. – 12 с.

3. Куперт М.А. Эндометрит после родов (группы риска, особенности клиники и диагностики) / М.А. Куперт, П.В. Солодун, А.Ф. Куперт // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 4. – С. 42-46.

4. Нетримання сечі у жінок з рецидивом генітального пролапсу / Р.М. Банахевич, К.Б. Акімова, К.В. Воронін [та ін.] // Таврич. мед.-биол. вестник. – 2012. – Т. 15, № 2, ч. 1 (58). – С. 18-21.

5. Осложнения, возникающие при хирургическом лечении пролапса тазовых органов с использованием системы PROLIFT / В.Ф. Беженарь, Е.В. Богатырева, Л.К. Цуладзе, А.А. Цыпурдеева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. 58, № 5. – С. М25-М26.

6. Применение малоинвазивных технологий в лечении осложненных форм пролапса гениталий / А.А. Попов, Т.Н. Мананникова, Г.Г. Шагинян [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 3. – С. 32-34.

7. Современный подход к коррекции ректоцеле у гинекологических больных с пролапсом гениталий / А.А. Попов [и др.] // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2006. – Т. 6, № 2. – С. 38-40.

8. Функциональные нарушения при выраженных проявлениях пролапса гениталий / В.В. Бахаев, В.Э. Горин, В.Э. Гюнтер [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. 58, № 5. – С. М17-М18.

9. Incidence of pelvic floor repair after hysterectomy: A population-based cohort study / R.E. Blandon, A.E. Bharucha, L.J. Melton [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 197, N 6. – P. 664.

10. Jeon M.J. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse / M.J. Jeon, S.M. Chung, H.J. Jung // Gynecol. Obstet. Invest. – 2008. – Vol. 6, N 66 (4). – P. 268-273.

11. Medina C.A. Wide genital hiatus is a risk factor for recurrence following anterior vaginal repair / C.A. Medina, K. Candiotti, P. Takacs // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2008. – Vol. 101, N 2. – P. 184-187.

12. One-year clinical outcomes after prolapse surgery with nonanchored mesh and vaginal support device / M. Halina, M.D. Zyczynski, P. Marcus [et al.] Am. J. Obstet. Gynecol. 2010. – Vol. 43, N 3. – P. 101-108.

13. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life / G.A. Digesu [et al.] // BJOG. – 2005. – Vol. 112. – P. 971-976.

## REFERENCES

1. Antomonov MY. [Mathematical processing and analysis of biomedical data]. Kiyv. 2006;558. Ukrainian.

2. Boldyreva MN. [«Femoflor» research of bioecosis of the urogenital tract in women of reproductive age by PCR method with real-time results detection: methodical manual for physicians]. Moskva. 2010;12. Russian.

3. Kupert MA, Solodun PV, Kupert AF. [Endometritis after childbirth (at-risk groups, clinical features and diagnostics)]. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2003;4:42-46. Russian.

4. Banakhevych RM, Akimova KB, Voronin KV, et al. [Incontinence of urine in women with recurrence of genital prolapse] Tavricheskiy mediko-biologicheskiy vestnik. 2012;15(2)1(58):18-21. Ukrainian.

5. Bejenar VF, Bogatyryova EV, Culadze LK, Cypurdeeva AA. [Complications of surgical treatment of prolapse of pelvic organs using the system PROLIFT]. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2009;58(5):M25–M26. Russian.

6. Popov AA, Mananikova TN, Shaginyan GG, et al. [Application of minimally invasive technologies in the

treatment of the complicated forms of prolapse of genitalia]. Akusherstvo i ginekologiya. 2004;3:32-34. Russian.

7. Popov AA, et al. [The modern approach to the correction of rectocele in gynecological patients with genital prolapse]. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2006;6(2):38-40. Russian.

8. Bachaev VV, Gorin VE, Gunter VE, et al. [Functional violations in the expressed displays of prolapse of genitalia]. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2009;58(5):M17–M18. Russian.

9. Blandon RE, Bharucha AE, Melton LJ, et al. [Incidence of pelvic floor repair after hysterectomy: A population-based cohort study]. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(6):664.

10. Jeon MJ, Chung SM, Jung HJ. [Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse]. Gynecol Obstet Invest. 2008;6(4):268-73.

11. Medina CA, Candiotti K, Takacs P. [Wide genital hiatus is a risk factor for recurrence following anterior vaginal repair]. Int J Gynaecol Obstet. 2008;101(2):184-7.

12. Halina M, Zyczynski MD, Marcus P, et al. [One-year clinical outcomes after prolapse surgery with non-anchored mesh and vaginal support device]. Am J Obstet Gynecol. 2010;43(3):101-8.

13. Digesu GA, et al. [The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life]. BJOG. 2005;112:971-6.

Стаття надійшла до редакції  
10.04.2018



УДК 618.145-007-002.18:618.13-071.4-036.1-008.6-092

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.2.133945>

**Л.П. Грек**

## **ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ В ПАЦІЄНТОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ У ПОЄДНАННІ З «ПРОЛІФЕРАТИВНИМ СИНДРОМОМ» ГЕНІТАЛІЙ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра акушерства, гинекології та перинатології  
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.А. Дубоссарська)  
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of obstetrics, gynecology and perinatology  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: Mila\_Grek@3g.ua*

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, «проліферативний синдром», хронічний тазовий біль, ER, PGR, Ki-67, VEGF, COX-2, лікування

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, «пролиферативный синдром», хроническая тазовая боль, ER, PGR, Ki-67, VEGF, COX-2, лечение

**Key words:** genital endometriosis, "proliferative syndrome", CPP, ER, PGR, Ki-67, VEGF, COX, treatment

**Реферат.** Патогенетические аспекты терапии хронической тазовой боли у пациенток с генитальным эндометриозом в сочетании с «пролиферативным синдромом» гениталий. Грек Л.П. Целью работы явилось установление эффективности патогенетической тактики лечения синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) у пациенток с генитальным эндометриозом и сочетанными доброкачественными заболеваниями гениталий. Дифференцированный подход к лечению и анализ его эффективности проводился среди пациенток 1-й и 2-й групп исследования (85 пациенток) с тяжелым и умеренным болевым синдромом по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). На основании анализа иммуногистохимических маркеров (ИГМ): рецепторов эстрогенов (ER), прогестерона (PGR), индекса пролиферации (Ki-67), васкулоэндотелиального фактора роста (VEGF), циклооксигеназы-2 (COX-2) в железах и строме эутопического эндометрия разработана патогенетическая лечебная тактика. Предложенный способ лечения способствовал устранению выраженного болевого синдрома у всех больных через 3 месяца. Умеренный уровень боли отмечен у 77,65%, через 12 месяцев наблюдения у 16,47% женщин, остальные 83,53% отмечали слабый уровень боли по ВАШ ( $p < 0,05$ ). Снижение уровня депрессии по шкале Гамильтона ( $11,22 \pm 0,5$  от исходного уровня до  $5,98 \pm 0,24$  через год;  $p < 0,001$ ) отмечено во всех группах, что свидетельствует об эффективности проведенного лечения.