

## ЛІКУВАННЯ ПРОЛАПСУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Харківський національний медичний університет (м. Харків, Україна)

safrom68@gmail.com

*Генітальний пролапс (ГП) або випадіння органів малого тазу відноситься до найбільш актуальних проблем у гінекологічній практиці. Також на виникнення ГП впливає як надмірна маса тіла, так і астеничний синдром, генетично обумовлена дисплазія сполучної тканини, недостатність естрогенів, наявність хронічних соматичних захворювань, зокрема органів дихальної системи через які виникає хронічний кашель, а саме – хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальна астма (БА), хронічний бронхіт (ХБ) та інші. На сьогодні відомо багато різних методів лікування ГП, зокрема хірургічних, що обумовлено покращенням технічного забезпечення операційних, більшою можливістю використання синтетичних матеріалів, імплантів, алотрансплантантів. Метою роботи стало підвищення ефективності лікування та попередження рецидивів генітального пролапса у жінок з хронічними захворюваннями дихальної системи. Для досягнення мети було обстежено 72 жінки, з яких 42 жінки з генітальним пролапсом та 30 жінок без ознак ГП (контрольна група). 20 хворих з ГП основної групи страждали на хронічні захворювання дихальної системи (ХОЗЛ, БА, ХБ) та 22 жінки з генітальним пролапсом без ознак дихальних захворювань, були залучені до групи порівняння. Необхідно відзначити переваги хірургічного лікування, особливо з використанням ендопротезу «Полімеш», який на 60% розсмоктується, в одночасній корекції ГП із усуненням дефектів тазового дна. Персоналізований підхід у лікуванні генітального пролапсу у жінок із хронічною патологією дихальної системи сприяє підвищенню ефективності хірургічних заходів та зменшенню кількості рецидивів захворювання. Використання сітчастого ендопротезу «Полімеш» сприяє запобіганню виникнення рецидивів, підвищує результативність і може бути рекомендовано до застосування у гінекологічній практиці.*

**Ключові слова:** генітальний пролапс у жінок, хірургічне лікування, хронічні захворювання дихальної системи.

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дана робота є частиною комплексної науково-дослідної роботи «Оптимізація діагностики та лікування при захворюваннях репродуктивної системи жінок» (номер державної реєстрації 0118U000931) кафедри акушерства та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету МОЗ України.

**Вступ.** Генітальний пролапс (ГП) або випадіння органів малого тазу відноситься до найбільш актуальних проблем у гінекологічній практиці [1]. Частота ГП сягає 50%, особливо в жінок, які мали в анамнезі патологічні пологи, акушерські травми, оперативні

втручання на органах малого тазу [2]. Також на виникнення ГП впливає як надмірна маса тіла, так і астеничний синдром, генетично обумовлена дисплазія сполучної тканини, недостатність естрогенів, наявність хронічних соматичних захворювань, зокрема органів дихальної системи через які виникає хронічний кашель, а саме – хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальна астма (БА), хронічний бронхіт (ХБ) та інші [3].

ХОЗЛ є глобальною медичною проблемою і третьою причиною смерті після онкологічної та серцево-судинної патології. Симптоматика ХОЗЛ представляє прогресуючу обструкцію дихання із неповною зворотністю, задишку та кашель. Однією з найбільш частих захворювань дихальної системи в популяції є бронхіальна астма. БА – це хронічне захворювання, яке характеризується гіперчутливістю дихальних шляхів і призводить до розвитку таких симптомів як хрипи, кашель та задишка. Частота БА становить 4-10%, серед яких більше 60% складають жінки. У них частіше виникають загострення та госпіталізації, спричинені тяжкістю стану [4].

За даними Довгалева Р.В. та Бенюка В.А. (2013) у хворих на ГП, порівняно із здоровими жінками, патологія органів дихання зустрічалася в 36,6% випадків. Серед захворювань дихальної системи переважали хронічні бронхіти та бронхіальна астма (68,3%), що вірогідно вище, ніж у здорових жінок (22%). Наявність у хворих хронічного кашля корелювало із терміном виникнення генітального пролапса та формуванням рецидивів. Хронічні захворювання, які супроводжуються довготривалим кашлем сприяють періодичному підвищенню внутрішньочеревного тиску, що може слугувати причиною розвитку та прогресуванню ГП не тільки у жінок, які мають неспроможність м'язів тазового дна та слабкість зв'язкового апарату, а й у жінок із нормальною функцією тазового дна [5].

На сьогодні відомо багато різних методів лікування ГП, зокрема хірургічних, що обумовлено покращенням технічного забезпечення операційних, більшою можливістю використання синтетичних матеріалів, імплантів, алотрансплантантів. До найбільш поширених хірургічних втручань відносяться передня кольпорафія, кольпоперінеорафія з леваторопластикою, піхвова гістеректомія, Манчестерська операція, сакроспінальна кольпопексія з використанням поліпропіленових сітчастих протезів. Існуючі консервативні методи лікування (гімнастика, вправи за Кегелем, лазер-терапія, плазмоліфтинг) не завжди ефективні й можливі на початкових стадіях захворювання. Ін'єкційна методика лікування для підвищення уретрального супротиву за наявності стресового нетримання сечі біологічними або неорганічними матеріалами, проведення ліпографтіну (ремоделювання м'яких тканин за допомогою жирової тка-

нини), PRP-метод (використання плазми, збагаченої тромбоцитами), на даний час не довели своєї високої ефективності у жінок з генітальним пролапсом та екстрагенітальною патологією [3].

Після хірургічного лікування ГП у хворих нерідко виникає рецидив пролапсу геніталій через неспроможність тканин зростатися та відновлюватися, особливо у жінок похилого віку, які мають хронічні захворювання дихальної системи [6, 7]

Таким чином, не зважаючи на значні досягнення в розробці високоєфективних методів хірургічного лікування, проблема оптимізації результатів лікування та профілактики рецидивів жінок з генітальним пролапсом на тлі хронічних захворювань дихальної системи залишається актуальною в сучасній гінекології.

**Мета дослідження** – підвищення ефективності лікування та попередження рецидивів генітального пролапсу у жінок із хронічними захворюваннями дихальної системи.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для досягнення мети було обстежено 72 жінки, з яких 42 жінки з генітальним пролапсом та 30 жінок без ознак ГП (контрольна група). Дослідження проводилося згідно з принципами Гельсінської декларації Світової медичної асоціації «Етичні засади медичних досліджень, що стосуються людських суб'єктів» (змінена в жовтні 2013 року). Письмова інформована згода була отримана від усіх хворих, які брали участь у дослідженні. 20 хворих з ГП основної групи страждали на хронічні захворювання дихальної системи (ХОЗЛ, БА, ХБ) та 22 жінки з генітальним пролапсом без ознак дихальних захворювань, були залучені до групи порівняння. Вік обстежених жінок коливався від 45 років до 82 років, середній вік жінок основної групи – 59,2±5,7 роки, порівняння – 66,9±3,8 роки, контрольної групи – 63,8±2,4 років. Звертає на себе увагу, більш молодший вік у жінок з ГП та захворюваннями дихальних шляхів. Скарги у хворих на ГП включали тягучий біль унизу живота, утруднене часте сечовипускання, дискомфорт у ділянці зовнішніх статевих органів, нетримання сечі під час фізичного навантаження, при кашлі, чханні. Давність захворювання коливалася від 2 до 10 років (у середньому 7,1±3,5 років).

Дослідження проведено у відділенні оперативної гінекології з малоінвазивною хірургією КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», яке є клінічною базою кафедри акушерства та гінекології №2 Харківського національного медичного університету.

Проведено вивчення анамнезу хвороби, характеру і вираженості хронічних захворювань дихальних шляхів, наявності іншої екстрагенітальної патології, визначали ступінь генітального пролапсу та методи його лікування. Діагноз ХОЗЛ, БА, ХБ та інших захворювань дихальної системи встановлювали відповідно Наказам МОЗ України та клінічним протоколам разом із терапевтом і пульмонологом. Для визначення ступеня генітального пролапсу використовували систему кількісної оцінки (POP-Q) (1996), виконували леваторний тест, Q-тіп тест, тест Vonney, урофлуометрію, ультразвукове дослідження органів малого тазу. Хірургічне втручання включало трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластикою, сакроспинальну кольпопексію з використанням сітчастого ендопротезу “Поліmesh”. Трансабдоминаль-

ну лапароскопічну кольпосакропексію не застосовували у жінок основної групи через негативний вплив пневмоперитонеуму на хворих з патологією дихальних шляхів (більша тривалість оперативного втручання і, відповідно, наркозу при абдоминальному доступі, вимушена позиція Тренделенбурга із виникненням застійних явищ у легенях, що може викликати ряд ускладнень у жінок похилого віку з вказаною екстрагенітальною патологією). Для обробки отриманих результатів були використані статистичні методи з використанням програми «Statistica 6» на персональному комп'ютері.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У результаті огляду та гінекологічного обстеження у жінок основної групи повне випадіння визначалося у 6 (30%) хворих, неповний пролапс – у 12 (60%), випадіння культі шийки матки – у 2 (10%). Також у жінок основної групи були визначені: цистоцеле – 10 (50%), ректоцеле – 6 (30%), уретроцеле – 1 (5%), стресове нетримання сечі – 8 (40%), гостра затримка сечі – 4 (20%), декубітальна виразка – 5 (25%) (таблиця 1).

**Таблиця 1 – Форми й ускладнення генітального пролапса в обстежених жінок**

Форми й ускладнення ГП	Основна група (n=20)	Група порівняння (n=22)
повне випадіння	6 (30%)*	12 (54,5%)
неповний пролапс	12 (60%)*	6 (27,3%)
випадіння культі шийки матки	2 (10%)	1 (4,5%)
цистоцеле	10 (50%)	10 (45,5%)
ректоцеле	6 (30%)*	3 (13,6%)
уретроцеле	1 (5%)	
стресове нетримання сечі	8 (40%)*	5 (22,7%)
гостра затримка сечі	4 (20%)	3 (13,6%)
декубітальна виразка	5 (25%)*	2 (9,1%)

**Примітка:** \* p<0,05 міжгрупова різниця.

У групі порівняння ці показники визначалися наступним чином: повне випадіння визначалося у 12 (54,5%) хворих, неповний пролапс – у 6 (27,3%), випадіння культі шийки матки – у 1 (4,5%). Також у жінок основної групи були визначені цистоцеле – 10 (45,5%), ректоцеле – 3 (13,6%), стресове нетримання сечі – 5 (22,7%), гостра затримка сечі – 3 (13,6%), декубітальна виразка – 2 (9,1%).

Порівняльна характеристика вказує на більш часте неповне випадіння у жінок з дихальними розладами, ректоцеле, стресове нетримання сечі, в той час як цистоцеле, гостра затримка сечі були майже однаковими за частотою.

Серед хворих основної групи патологія дихальних шляхів діагностована наступним чином: бронхіальна астма – у 5 (25%), яка варіювала від інтермітуючої, легкої форми (дихальна недостатність 1 ступеня) до БА 3 ступеня (персистуюча, середньої тяжкості, частково контрольована); ХОЗЛ зустрічалося у 3 (15%), ускладнений легеневою гіпертензією; хронічний бронхіт в стадії ремісії діагностували у 6 (30%); перенесена пневмонія двобічна інтерстиціальна з фіброзом – 4(20%), дифузний пневмосклероз – у 2 (10%)

Серед іншої екстрагенітальної патології у жінок основної групи також визначалися гіпертонічна хвороба – 10 (50%), варикозне захворювання вен – 12 (60%), ішемічна хвороба серця – 6 (30%), злукова хво-

Таблиця 2 – Екстрагенітальна патологія у жінок з ГП

	Основна група (n=20)	Група порівняння (n=22)
гіпертонічна хвороба	10 (50%)*	2 (9,1%)
варикозне захворювання вен	12 (60%)*	3 (13,7%)
ішемічна хвороба серця	6 (30%)*	1 (4,5%)
злукова хвороба	4 (20%)*	1 (4,5%)
артроз	2 (10%)	
захворювання шлунково-кишкового тракту	6 (30%)*	3 (13,7%)
мастопатія	5 (25%)	
ожиріння	2 (10%)	
патологія щитоподібної залози	2 (10%)	1 (4,5%)
енцефалопатія	3 (15%)	3(13,7%)

Примітка: \* p<0,05 міжгрупова різниця.

роба – 4 (20%), артроз – 2 (10%), захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – 6 (30%), мастопатія – 5 (25%), ожиріння – 2 (10%), патологія щитоподібної залози – 2 (10%), енцефалопатія – 3 (15%) та інші (таблиця 2). Таким чином, у жінок із патологією дихальних шляхів визначається низка супутньої екстрагенітальної патології, яка потребує диференційованого підходу до вибору методу лікування з урахуванням індивідуальних властивостей організму жінки.

У жінок групи порівняння діагностовано наступну екстрагенітальну патологію: гіпертонічна хвороба – 2 (9,1%), варикозне захворювання вен – 3 (13,7%), ішемічна хвороба серця – 1 (4,5%), енцефалопатія – 3(13,7%), злукова хвороба – 1 (4,5%), захворювання ШКТ – 3 (13,7%), патологія щитоподібної залози – 1 (4,5%) та інші. Також зустрічалася гінекологічна патологія: аномальні маткові кровотечі – 2 (9,1%) та лейоміома невеликих розмірів – 1 (4,5%)

Таким чином в жінок з БА відзначалася значно більша кількість супутньої екстрагенітальної патології, на відміну від групи порівняння, де зазвичай відмічалася гінекологічна патологія.

Всім жінкам проведена передопераційна підготовка з використанням антисептичних піхвових супозиторіїв, цитологічне дослідження для виключення онкопатології, УЗД органів малого таза для виключення наявності пухлин матки та яєчників, визначення кількості залишкової сечі.

Лікування жінок основної групи включало наступні види хірургічного лікування: 3 (15%) жінкам із хронічним бронхітом у стадії ремісії та неповним випадінням було виконано трансвагінальну екстирпацію без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію, односторонню сакроспінальну кольпопексію ліворуч. Якщо у жінок з повним або неповним ГП визначалися ХОЗЛ з легеневою гіпертензією та іншою супутньою патологією, бронхіальна астма 2-3 ст, пневмосклероз, хронічний бронхіт, перенесена двобічна пневмонія, які ускладнювалися цистоцеле, ректоцеле, елонгацією шийки матки, то виконувалася екстирпація матки без додатків через піхву, кольпопексія до правої сакроспінальної зв'язки за допомогою сітчастого протезу «Поліmesh», передня кольпорафія, що було виконано у 16 (80%) пацієнток основної групи.

Встановлення сітчастого ендопротезу «Поліmesh» виконувалося наступним чином: проводили позадвожній розріз на передній або задній стінці піхви

довжиною до 4 см (попередньо проводилася інфільтрація фізіологічним розчином з антибактеріальним препаратом), здійснювали паравагітальну диссекцію у напрямку сакроспінальної зв'язки. За допомогою голчастого інструменту серповидної форми виконували перфорацію сакроспінальних зв'язок, сідничного м'яза, шкіри. Після цього сітчастий протез виводили в рану піхви та фіксували до кукс крижово-маткових, власних зв'язок яєчників, куполу піхви за допомогою поліестерової нитки, що не розсмоктується.

Сітчасті протези «Поліmesh» отримані шляхом переплетіння синтетичних поліпропіленових ниток та синтетичних ниток, що розсмоктуються. Вони застосовуються для зміцнення тканин і довготривалої стабілізації фасціальних структур, тому характеризуються високою ефективністю, низькою кількістю рецидивів, тому їх використовують при повторних утручаннях для профілактики рецидивів захворювання, особливо при цистоцеле та ректоцеле. Поліглікапролактонові, або волокна полігліколівої кислоти використовуються для додавання імпланту жорсткості, що полегшує маніпуляції з ним під час операції. Після розсмоктування синтетичних ниток обсяг стороннього матеріалу, що зберігається в організмі, зменшується на 60%. Тому основні переваги сіток, що частково розсмоктуються, це зменшення маси сітки, великий розмір пор і більша відстань між волокнами, що сприяє утворенню гнучкої «рубцевої сітки», а не ригідної «рубцевої пластини», і в організмі жінки залишається менш ніж 40% первісного матеріалу сітки [8].

Одній хворій (5%) зі стресовим нетриманням сечі, злуковим процесом органів малого тазу, уретроцеле, яка мала БА легкої форми, в анамнезі – лапароскопія, надпихвова ампутація матки з матковими трубами через симптомну лейоміому матки, аденоміоз, АМК, була виконана уретропексія синтетичною петлею Duzey SVT після розрізу передньої стінки піхви на рівні середньої третини уретри довжиною 1 см за допомогою непрямих перфораторів, трансобтураторно проведена синтетична петля з розташуванням центральної частини петлі під середньою третиною уретри, слизова оболонка піхви ушита безперервним швом з використанням поліглікоїдної нити.

Лікування хворих з ГП (група порівняння) включало трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію ліворуч у 7 (31,8%) хворих, з них 3 (13,6%) мали неповний ГП, 4 (18,2%) – повний. Екстирпацію матки або шийки матки після попередніх операцій з сакроспінальною кольпопексією за допомогою сітчастого протезу «Поліmesh», передня кольпорафія кольпоперинеорафія з леваторопластиком виконано 12 (54,6%) жінкам, з них 5 (22,8%) – з неповним та 7 (31,8%) – з повним ГП. Петлю Duzey SVT використано в 3 (13,6%) випадках з неповним ГП, переважно з цистоцеле та стресовим нетриманням сечі.

Аналізуючи обсяг оперативного втручання по групам було визначено, що трансвагінальну екстирпацію матки без додатків, передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію виконано переважно при

неповному випадінні статевих органів. Петлю Duzey SVT частіше використовували при уретероцеле, цистоцеле та нестресовому нетриманні сечі. Передню кольпорафію, кольпоперинеорафію з леваторопластиком, сакроспінальну кольпопексію з сітчастим ендопротезом «Поліmesh» здійснювалося переважно при повному або неповному генітальному пролапсі з наявністю супутньої екстрагенітальної патології, зокрема дихальних органів.

Необхідно відзначити переваги хірургічного лікування, особливо з використанням ендопротезу «Поліmesh», який на 60% розсмоктується, в одночасній корекції ГП із усуненням дефектів тазового дна, що співпадає з думкою низки авторів [9, 10, 11]. Тому при обранні метода хірургічного лікування необхідно враховувати причину ГП і в кожному випадку персо-

налізовано обирати спосіб оперативного втручання, особливо у жінок із патологією дихальної системи.

**Висновки.** Персоналізований підхід у лікуванні генітального пролапсу у жінок із хронічною патологією дихальної системи сприяє підвищенню ефективності хірургічних заходів та зменшенню кількості рецидивів захворювання. Використання сітчастого ендопротезу «Поліmesh» сприяє запобіганню виникнення рецидивів, підвищує результативність і може бути рекомендовано до застосування у гінекологічній практиці.

**Перспективи подальших досліджень.** У подальшому планується порівняти результати застосування у жінок з генітальним пролапсом із та хронічною патологією дихальної системи сітчастого ендопротезу «Поліmesh» та алотрансплантату.

### Література

1. Horovyi VI, Mazorchuk BF, Shaprynskiy VO. Praktychna urohinekologhiia: kurs lektsii. Vinnytsia: Vinnyts'ka oblasna drukarnya. 2015. 728 s. [in Ukrainian].
2. Petros P. Zhenskoe tazovoe dno, funktsyy, dysfunktsyy y ykh lechenye v sootvetstviy s yntehralnoi teoryei. Moskva: MED-press-ynform; 2016. 396 s. [in Russian].
3. Fleischer K, Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. Post Reproductive Health. 2020;26(2):79-85. DOI: 10.1177/2053369120937594.
4. Zhong N, Lin J, Zheng J, Lai K, Xie C, Tang KJ. et al. Uncontrolled asthma and its risk factors in adult Chinese asthma patients. Ther Adv Respir Dis. 2016;10(6):507-17. DOI: 10.1177/1753465816663978.
5. Dovhalev RV, Beniuk VA, Nykoniuk TR. Zbirnyk naukovykh prats Asotsiatsii akusheriv-hinekologiv Ukrainy. Kyiv: Polihraf-plius; 2013. Chapter, Prolaps henytaly – prohnozyrovanye y dyahnostyka. s. 127-31. [in Ukrainian].
6. Cho MK, Moon JH, Kim CH. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women. International Journal of Surgery. 2017;44:274-77. DOI: 10.1016/j.ijso.2017.06.086.
7. Safonov RA, Lazurenko VV, Cherniak OL, Liashchenko OA, Ovcharenko OB. Profilaktyka retsydyvu henitalnoho prolapsu u zhinok pokhlyoho viku pislia khirurhichnoho vtruchannia. Reproduktyvna endokrynologhiia. 2020;4(54):95-8. DOI: 10.18370/2309-4117.2020.54.95-98. [in Ukrainian].
8. Barski D, Otto T, Herullis H. Systematic review and classification of complications after anterior, posterior, apical, and total vaginal mesh implantation. Surg Technol Int. 2014;24:217-24.
9. Shkarupa DD, Kubyn ND, Popov EN. Unilateralnyy apykalnyi slynh – novyi vzhlyad na sakrosypinalnuu fyksatsiyu. Zhurnal akusherstva y zhenskykh boleznei. 2019;68(1):37-46. DOI: 10.17816/JOWD68137-46. [in Russian].
10. Davidson ERW, Thomas TN, Lampert EL, Paraiso MFR, Ferrando CA. Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolpopexy does not affect postoperative outcomes. International Urogynecology Journal. 2019;30(4):649-55. DOI: 10.1007/s00192-018-3790-4.
11. Aleixo GF, Fonseca MCM, Bortolini MAT. Castro Pelvic floor symptoms 5 to 14 years after total versus subtotal hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. International Urogynecology Journal. 2019;30(2):181-91. DOI: 10.1007/s00192-018-3811-3.

### ЛІКУВАННЯ ПРОЛАПСУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Сафонов Р. А., Черепова В. І.

**Резюме.** Метою роботи було підвищення ефективності лікування та попередження рецидивів генітального пролапсу у жінок з хронічними захворюваннями дихальної системи.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для досягнення мети було обстежено 72 жінки, з яких 42 жінок з генітальним пролапсом та 30 жінок без ознак ГП (контрольна група). 20 хворих з ГП (основна група) страждали на хронічні захворювання дихальної системи (хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма, хронічний бронхіт) та 22 жінок з генітальним пролапсом без ознак дихальних захворювань, які склали групу порівняння. Вивчали анамнез хвороби, характер і вираженість хронічних захворювань дихальних шляхів, наявність іншої екстрагенітальної патології, ступінь генітального пролапсу та використані методи його лікування, а саме хірургічне втручання: трансвагінальна екстирпація матки без додатків, передня кольпорафія, кольпоперинеорафія з леваторопластиком, сакроспінальна кольпопексія з використанням сітчастого ендопротезу «Поліmesh».

**Результати дослідження.** У жінок з бронхіальною астмою відзначалася значно більша кількість супутньої екстрагенітальної патології, на відміну від групи порівняння, де нерідко відмічалася гінекологічна патологія. Переваги хірургічного лікування, особливо з використанням ендопротезу «Поліmesh», який на 60% розсмоктується, заключаються в одномоментній корекції ГП з усуненням дефектів тазового дна. Тому при виборі метода хірургічного лікування необхідно враховувати причину ГП і в кожному випадку персоналізовано вибирати спосіб оперативного втручання персоналізовано особливо в жінок з патологією дихальної системи.

**Висновки.** Персоналізований підхід у лікуванні генітального пролапсу у жінок з хронічною патологією дихальної системи сприяє підвищенню ефективності хірургічних заходів та зниженню рецидиву захворювання. Використання сітчастого ендопротезу «Поліmesh» для сакрокольпопексії надійно прешає рецидивам, підвищує результативність і може бути рекомендовано в широку гінекологічну практику.

**Ключові слова:** генітальний пролапс у жінок, хірургічне лікування, хронічні захворювання дихальної системи.

### TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE IN WOMEN WITH CHRONIC DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM

Safonov R. A., Cherepova V. I.

**Abstract.** The aim of the study is to increase the effectiveness of treatment and prevention of recurrence of genital prolapse in women with chronic respiratory diseases.

**Material and methods.** To achieve this goal we examined 72 women, including 42 women with genital prolapse and 30 women without signs of genital prolapse (control group). 20 patients with genital prolapse (main group) suffered from chronic diseases of the respiratory system (chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, chronic bronchitis); 22 women with genital prolapse without signs of respiratory diseases were included into the comparison group. We studied the anamnesis of the disease, the nature and severity of chronic respiratory diseases, the presence of other extragenital pathology, the degree of genital prolapse and methods of its treatment, namely surgery: transvaginal extirpation of the uterus without appendages, anterior colporrhaphystosis, colpoperineorrhaphy with levatoroplasty, sacrospinal colpopexy with the use of the "Polimesh" endoprosthesis.

**Research results and discussion.** Women with asthma had a significantly higher number of concomitant extragenital pathology in contrast to the comparison group, where patients often had gynecological pathology.

The advantage of surgical treatment, especially with the use of Polymesh endoprosthesis, which is 60% resorbable, is one-step correction of genital prolapse with the elimination of pelvic floor defects. Therefore, when choosing a method of surgical treatment, it is necessary to take into account the cause of genital prolapse and to choose a personalized method of surgery for each case individually, especially in women with pathology of the respiratory system.

**Conclusion.** A personalized approach in the treatment of genital prolapse in women with chronic pathology of the respiratory system helps to increase the effectiveness of surgical procedures and reduce recurrence. The use of Polymesh endoprosthesis for sacrocolpopexy reliably prevents recurrence, increases efficiency and can be recommended in general gynecological practice.

**Key words:** genital prolapse in women, surgical treatment, chronic diseases of the respiratory system.

#### ORCID кожного автора та їх внесок до статті:

Safonov R. A.: 0000-0002-3876-4415 <sup>ABDEF</sup>

Cherepova V. I.: 0000-0001-6956-9324 <sup>ACDEF</sup>

#### Конфлікт інтересів:

Автори статті підтверджують відсутність конфлікту інтересів.

---

Адреса для кореспонденції

Сафонов Роман Анатолійович

Харківський національний медичний університет

Адреса: Україна, 61000, м. Харків, проспект Незалежності 13

Тел.: 0672532525

E-mail: safrom68@gmail.com

---

**A** – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті.

*Рецензент – проф. Тарасенко К. В.*

Стаття надійшла 17.08.2021 року

Стаття прийнята до друку 12.02.2022 року