

УДК 618.14-006.363.03-007.42-06:618.13-079.4-089

О.П. Баришнікова<sup>1</sup>, К.В. Чайка<sup>1</sup>, Н.В. Титаренко<sup>2</sup>,  
А.В. Вознюк<sup>2</sup>, Т.М. Сидорчук<sup>2</sup>

## Порівняльна ефективність методів хірургічного лікування генітальних пролапсів, поєднаних із лейоміомою матки

<sup>1</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2023. 2(165): 10-15; doi 10.15574/HW.2023.165.10

**For citation:** Baryshnikova OP, Chaika KV, Tytarenko NV, Vozniuk AV, Sydorчук TM. (2023). Comparative effectiveness of surgical treatment methods of genital prolapses combined with uterine leiomyoma. Ukrainian Journal Health of Woman. 2(165): 10-15; doi 10.15574/HW.2023.165.10.

Лейоміома матки поєднується з пролапсом геніталій у приблизно 20% випадків та, імовірно, виступає фактором ризику останнього. Дотепер не розроблено диференційованого підходу до вибору методу хірургічного втручання за генітальних пролапсів, поєднаних із лейоміомою матки, залежно від виду опущення та випадання внутрішніх статевих органів.

**Мета** — оцінити ефективність двох методів хірургічного лікування генітальних пролапсів, поєднаних із лейоміомою матки, залежно від виду опущення та випадання внутрішніх статевих органів.

**Матеріали та методи.** Обстежено 80 пацієнок із генітальним пролапсом, поєднаним із лейоміомою матки, віком від 34 до 67 років (у середньому — 50,34±9,46 року). З урахуванням варіанта проведеного оперативного втручання, жінок поділено на дві групи, у кожній з яких виділено дві підгрупи залежно від виду пролапса геніталій. I групу становили 40 жінок, яким виконано ампутацію або екстирпацію матки та корекцію генітального пролапса з використанням сітчастого імплантата методом пектопексії, II групу — 40 жінок, яким проведено аналогічні операції з корекцією пролапса методом латеральної фіксації. До Ia (n=19) та IIa (n=20) підгрупи увійшли пацієнтки з цистоцелею, до Ib (n=21) та IIb (n=20) — з цистоцелею і/або апікальним пролапсом. Для оцінювання якості результатів лікування використано бімануальний огляд із проведенням кашльової проби і проби Вальсальви, 2-годинний прокладковий тест, а також анкетування за допомогою опитувальників «PFDI-20» і «PISQ». Аналіз даних виконано за допомогою статистичних пакетів для медичних і біологічних досліджень («SPSS», версія 20).

**Результати.** За даними опитувальника «PEDI-20», частота поліпшення тазових функцій (збільшення в середньому на ≥60 балів) через 6 місяців після операції була достовірно більшою серед жінок Ib, ніж Ia підгрупи (СШ=4,4; 95% ДІ: 1,13–17,07), та в жінок IIa, ніж IIb підгрупи (СШ=10,52; 95% ДІ: 2,27–48,75). Поліпшення стану сексуальної функції (оцінка за «PISQ» — від 21 до 30 балів) та добрий/відмінний результат (оцінка за «PISQ» — понад 30 балів) через 6 місяців після операції мала достовірно більша кількість пацієнок у Ib, ніж у Ia підгрупі (СШ=7,5; 95% ДІ: 1,28–44,08) та у IIa, ніж у IIb підгрупі (СШ=31,2; 95% ДІ: 3,29–295,3).

**Висновки.** Найбільший відсоток позитивних результатів корекції генітального пролапса методом пектопексії був у пацієнок із цистоцелею і/або апікальним пролапсом, а в групі корекції пролапса методом латеральної фіксації — у хворих із цистоцелею.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** лейоміома матки, генітальний пролапс, тазова хірургія, сітчастий імплант.

### Comparative effectiveness of surgical treatment methods of genital prolapses combined with uterine leiomyoma

O.P. Baryshnikova<sup>1</sup>, K.V. Chaika<sup>1</sup>, N.V. Tytarenko<sup>2</sup>, A.V. Vozniuk<sup>2</sup>, T.M. Sydorчук<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

<sup>2</sup>Vinnitsia National Pirogov Medical University, Ukraine

Uterine leiomyoma is combined with genital prolapse in approximately 20% of cases and is probably a risk factor for the latter. Until now, no differentiated approach to the choice of the surgical intervention method of genital prolapses combined with uterine leiomyoma has been developed, depending on the type of prolapse and prolapse of the internal genital organs.

**Purpose** — to evaluate the effectiveness of different operative treatment complex uterine leiomyoma with genital prolapse depending on the type of pelvic organ prolapse.

**Materials and methods.** 80 patients with genital prolapse combined with uterine leiomyoma aged from 34 to 67 years (on average — 50.34±9.46 years) were examined. Depending on the type of the surgical intervention performed, the women were divided into two groups, in each group two subgroups were distinguished regarding the type of genital prolapse. The Group I consisted of 40 women who underwent amputation or extirpation of the uterus and correction of genital prolapse using a mesh implant by the pectopexy method, in the Group II (n=40) — similar operations with prolapse correction were performed by using method of lateral fixation. Ia (n=18) and IIa (n=20) subgroups included patients with cystocele, and Ib (n=22) and IIb (n=20) subgroups comprised of patients with cystocele and/or apical prolapse. To assess the quality of the treatment results, a bimanual examination with a cough test and a Valsalva maneuver, a 2-hour pad test, as well as surveys using the PFDI-20 and PISQ questionnaires were used. Data analysis was carried out using The Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0.

**Results.** According to the PEDI-20 questionnaire, the frequency of pelvic function improvement (an increase of ≥60 points) 6 months after surgery was significantly higher among women of the Ib than Ia subgroup (OR=4.4; 95% CI: 1.13–17.07) and in IIa comparing to IIb subgroup (OR=10.52; 95% CI: 2.27–48.75). Improvement of sexual function (PISQ score from 21 to 30 points) and good/excellent result (PISQ score —

>30 points) 6 months after surgery had significantly more patients in the Ib than in the Ia subgroup (OR=7.5; 95% CI: 1.28–44.08) and in IIa comparing to the IIb subgroup (OR=31.2; 95% CI: 3.29–295.3).

**Conclusions.** The highest percentage of positive results of genital prolapse correction by pectopexy was in patients with cystocele and/or apical prolapse, and in the group of prolapse correction by lateral fixation — in patients with cystocele.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

**Keywords:** uterine leiomyoma, genital prolapse, pelvic surgery, reticular implant.

Поширеність генітального пролапса серед жінок із лейоміомою матки становить близько 20% [12].

У понад 60% випадків лейоміому матки діагностують у перименопаузальному або постменопаузальному віці [10], тобто у віковій категорії з високою частотою генітального пролапса, який, своєю чергою, також може потребувати оперативного лікування. Так, за даними дослідження Women's Health Initiative Study, серед 16616 жінок перименопаузального віку частота виявлення маткового пролапса становить 14,2%, цистоцеле — 34,3%, ректоцеле — 18,6% [5]. Існують дані, що за наявності симптомів генітального пролапса кожна 5-та жінка має ризик бути прооперованою до 80 років із приводу пролапса тазових органів або нетримання сечі [11]. Досвід сучасної хірургії свідчить на користь мінінвазивних способів лікування таких пацієнтів, серед яких одну з провідних позицій займають спеціальні сітчасті імпланти [3]. У зв'язку з цим виникає закономірне питання щодо доцільного обсягу оперативного втручання в жінок із діагностованою поєднаною лейоміомою матки з генітальним пролапсом. Для таких пацієток залишаються досі не вивченими критерії відбору та обсяг оперативного втручання, а також можливі очікувані ускладнення та віддалені результати.

**Мета** дослідження — оцінити ефективність двох методів хірургічного лікування генітальних пролапсів, поєднаних із лейоміомою матки, залежно від виду опущення та випадання внутрішніх статевих органів.

### Матеріали та методи дослідження

Наведені в цій роботі матеріали отримано в результаті проведення проспективного контрольованого клінічного дослідження за участю 80 жінок із генітальним пролапсом, поєднаним із лейоміомою матки, які звернулися по медичну допомогу до Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини.

**Критерії залучення** до дослідження: вік до 75 років, показання до хірургічного лікування лейоміоми матки, наявність апікальної фор-

ми пролапса і/або цистоцеле II стадії згідно з Міжнародною класифікацією кількісної оцінки пролапса тазових органів — Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q) [4], згода пацієтки на участь у дослідженні та згода пацієтки на хірургічне втручання в обсязі надпідвздошної ампутації або екстирпації матки, згода на встановлення сітчастого імпланту.

**Критерії незалучення:** вік від 75 років, стресове нетримання сечі, ректоцеле, апікальний пролапс і/або цистоцеле III–IV стадії згідно з POP-Q, відсутність пролапса тазових органів, наявність соматичної патології в стадії декомпенсації, яка є протипоказанням до хірургічного лікування лейоміоми матки, онкопатологія, психічні захворювання та когнітивні порушення, які виключають можливість заповнення опитувальників, жінки, які не виключають у перспективі вагітність, відсутність згоди пацієтки на участь у дослідженні та/або згоди на хірургічне втручання в обсязі надпідвздошної ампутації або екстирпації матки та встановлення сітчастого імпланту.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження погоджено Локальним етичним комітетом Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика для всіх, хто брав участь. Від усіх пацієток отримано інформовану згоду на оперативне лікування та участь у дослідженні.

Середній вік пацієток становив  $50,34 \pm 9,46$  року (від 34 до 67 років; медіана — 51 рік, міжквартильний інтервал — 41–58 років). У репродуктивному періоді (до 45 років включно) була 31 (38,8%) пацієтка, у періоді перименопаузи — 11 (13,8%), у постменопаузі — 38 (47,5%).

Усі жінки мали симптомну лейоміому матки та пролапс тазових органів II стадії згідно з POP-Q. У 38 (47,5%) жінок діагностовано цистоцеле, у 21 (26,3%) — апікальний пролапс, ще у 21 (26,3%) — апікальний пролапс і цистоцеле.

Для виявлення наявності нетримання сечі використано бімануальний огляд із проведенням кашльової проби і проби Вальсальви при

Таблиця 1

## Деякі характеристики досліджуваних підгруп пацієнок

Показник	Ia група (n=19)	Ib група (n=21)	IIa група (n=20)	IIb група (n=20)
Вік, роки	50,21±8,36	51,62±9,3	48,45±10,57	50,6±9,9
Вага, кг	74,58±6,94	73,57±6,38	74,45±9,8	74,7±7,96
Індекс маси тіла (ІМТ)	27,23±3,28	27,05±3,1	27,97±4,99	28,84±5,06
Ожиріння (ІМТ≥30), абс. (%)	7 (36,8)	6 (28,6)	9 (45)	9 (45)
Паритет ≥2, абс. (%)	8 (42,1)	11 (52,4)	4 (20,0)	11 (55)
Вагінальні пологи	1,53±0,51	1,95±1,161	1,73±0,57	1,72±0,59
Постменопауза, абс. (%)	5 (26,3)	11 (52,4)	11 (55)	11 (55)
Вік появи пролапса, роки	44,74±7,44	44,48±6,62	43,95±9,03	44,5±8,17
Позитивна кашльова проба до лікування, абс. (%)	14 (73,7)	16 (76,2)	15 (75,0)	17 (85,0)
Позитивна проба Вальсальви до лікування, абс. (%)	11 (57,9)	13 (61,9)	16 (80)	12 (60)
Позитивний прокладковий тест до лікування, абс. (%)	8 (42,1)	5 (23,8)	7 (35)	8 (40)
PFDI-20, до лікування, бали	83,3±38,6	86,6±46,09	90,36±22,59	94,5±44,18
PISQ, до лікування, бали	20,37±15,31	17,62±14,2	16,95±10,3	18,15±11,19

наповненому сечовому міхурі. У разі отримання негативного результату (відсутність втрати сечі) виконано 2-годинний прокладковий тест із застосуванням стандартних прокладок, які зважували до і після періоду спостереження.

Оцінку результатів лікування пацієнок виконано до та через 6 місяців після оперативного втручання з використанням спеціалізованих опитувальників «PFDI-20» (Pelvic Floor Distress Inventory – Реєстр розладів із боку тазового дна) [2] та «PISQ» (Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire – Опитувальник з оцінки сексуальної функції в жінок з пролапсом тазових органів і нетриманням сечі) [8].

Показання до оперативного лікування з приводу лейоміоми матки: тяжкі та пролонговані менструальні кровотечі, виражений больовий синдром і/або порушення функції суміжних органів.

Залежно від варіанта проведеного оперативного втручання учасниці дослідження поділені на дві групи. До I групи залучено 40 пацієнок, яким одночасно з ампутацією або екстирпацією матки проведено корекцію генітального пролапса методом пектопексії, а до II групи – 40 жінок, яким виконано аналогічні операції з корекцією пролапса методом латеральної фіксації. Для хірургічної корекції генітального пролапса використано сітчастий імплант. Залежно від виду генітального пролапса зазначені групи поділено на такі підгрупи: Ia (n=19) та IIa (n=20) – пацієнтки з цистоцеле, Ib (n=21) та IIb (n=20) – з цистоцеле і/або апікальним пролапсом (табл. 1).

За даними таблиці 1, жінки всіх чотирьох підгруп були порівнянними за віком, антропометричними даними, віком появи генітального пролапса, оцінками якості життя до лікування (опитувальники «PFDI-20» та «PISQ»), а також частотою виявлення клінічних проявів нетримання сечі, як однієї з найголовніших скарг, що порушують якість життя цієї категорії пацієнок на момент рандомізації ( $p > 0,05$ ; критерій Краскела–Уолліса).

Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою статистичних пакетів для медичних і біологічних досліджень («SPSS», версія 20, «IBM»). Дані наведено у вигляді  $M \pm \sigma$  (середнє значення  $\pm$  середнє квадратичне відхилення). Для порівняння параметричних даних (після перевірки кількісних даних на нормальний розподіл) застосовано двобічний t-критерій Стьюдента, а для оцінки відмінностей середніх у декількох незв'язаних вибірках – критерій Краскела–Уолліса. Для знаходження відмінностей частот використано метод визначення  $\chi^2$  (Пірсона), визначено співвідношення шансів (СШ) та 95% довірчий інтервал (ДІ).

## Результати дослідження та їх обговорення

За отриманими даними, частота порушення сечовипускання через 6 місяців після операції була достовірно меншою серед жінок Ib, ніж Ia підгрупи – 3 (14,3%) проти 8 (42,1%), відповідно (СШ=0,23; 95% ДІ: 0,05–0,98;  $p=0,048$ ), та у жінок IIa, ніж IIb підгрупи – 2 (10%) проти 11 (55%), відповідно (СШ=0,09; 95% ДІ: 0,02–0,5;  $p=0,002$ ). Дані про клінічні прояви нетримання сечі наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

## Частота виявлення клінічних проявів нетримання сечі до та після хірургічного лікування

Показник		Ia група (n=19)	Ib група (n=21)	IIa група (n=20)	IIb група (n=20)
		абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
Позитивна кашльова проба	до лікування	14 (73,7)	16 (76,2)	15 (75,0)	17 (85,0)
	через 6 місяців	8 (42,1)	3 (14,3)*	2 (10,0)#	8 (40,0)
Позитивна проба Вальсальви	до лікування	11 (57,9)	13 (61,9)	16 (80)	12 (60)
	через 6 місяців	6 (31,6)	2 (9,5)	1 (5)#	8 (40)
Позитивний прокладковий тест	до лікування	8 (42,1)	5 (23,8)	7 (35)	8 (40)
	через 6 місяців	3 (15,8)	–	1 (5)	4 (20)

Примітки: \* — рівень значущості відмінностей показників порівняно з показниками Ia підгрупи,  $p < 0,05$ ; # — рівень значущості відмінностей показників порівняно з показниками IIb підгрупи,  $p < 0,05$ .

Таблиця 3

## Результати анкетування пацієнок за опитувальниками «PFDI-20» та «PISQ» до та після хірургічного лікування, бали

Показник		Ia група (n=19)	Ib група (n=21)	IIa група (n=20)	IIb група (n=20)
		M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
PFDI-20	до лікування	83,3±38,6	86,6±46,09	90,36±22,59	94,5±44,18
	через 6 місяців	61,03±28,94 <sup>^</sup>	31,25±15,0* <sup>*</sup>	39,76±11,7* <sup>#</sup>	59,79±16,13 <sup>^</sup>
PISQ	до лікування	20,37±15,31	17,62±14,2	16,95±10,3	18,15±11,19
	через 6 місяців	23,32±14,17	26,24±10,24 <sup>*</sup>	30,3±11,98* <sup>#</sup>	19,3±13,35

Примітки: у таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ); <sup>^</sup> — рівень значущості відмінностей показників порівняно з показниками до лікування,  $p < 0,05$ ; \* — рівень значущості відмінностей показників порівняно з показниками Ia підгрупи,  $p < 0,05$ ; # — рівень значущості відмінностей показників порівняно з показниками IIb підгрупи,  $p < 0,05$ .

За даними таблиці 2, частота виявлення позитивного результату кашльової проби, проби Вальсальви та прокладкового тесту в усіх аналізованих підгрупах зменшилася через 6 місяців після операції, що свідчить про ліквідацію або ж зменшення проявів нетримання сечі. Але частота позитивного кашльового тесту була достовірно меншою серед жінок Ib, ніж Ia підгрупи — 3 (14,3%) проти 8 (42,1%), відповідно (СШ=0,23; 95% ДІ: 0,05–0,98;  $p=0,048$ ), та в жінок IIa, ніж IIb підгрупи — 2 (10%) проти 8 (40%), відповідно (СШ=0,23; 95% ДІ: 0,05–0,98;  $p=0,028$ ), а частота позитивної проби Вальсальви — серед жінок IIa, ніж IIb підгрупи — 1 (5%) проти 8 (40%), відповідно (СШ=0,08; 95% ДІ: 0,01–0,71;  $p=0,008$ ).

Корекція генітального пролапса з використанням сітчастих імплантів привела до достовірного зменшення середніх оцінок відповідей на опитувальник щодо характеристики вираженості симптомів тазової дисфункції («PEDI-20») в усіх аналізованих підгрупах: на 26,7% ( $p=0,001$ ) — у Ia підгрупі, у 2,7 раза ( $p < 0,001$ ) — у Ib підгрупі, у 2,3 раза ( $p < 0,001$ ) — у IIa підгрупі, на 36,7% ( $p < 0,001$ ) — у IIb підгрупі. Але під час порівняння середньої кількості балів за даними опитувальника «PFDI-20» встановлено, що показники пацієнок Ib та IIa підгруп через 6 місяців після хірургічного лікування (31,25±15,08 і 39,76±11,79 ба-

ла) були достовірно нижчими, ніж у жінок Ia та IIb підгруп (61,03±28,94 і 59,79±16,13 бала),  $p < 0,001$ ; критерій Краскела–Уолліса (табл. 3).

Встановлено, що частота поліпшення (збільшення в середньому на  $\geq 60$  балів) через 6 місяців після операції була достовірно більшою серед жінок Ib, ніж Ia підгрупи — 16 (76,2%) проти 8 (42,1%), відповідно (СШ=4,4; 95% ДІ: 1,13–17,07;  $p=0,028$ ), та в жінок IIa, ніж IIb підгрупи — 17 (85%) проти 7 (35%), відповідно (СШ=10,52; 95% ДІ: 2,27–48,75;  $p=0,001$ ).

Під час аналізу сексуальної функції досліджуваних жінок виявлено, що із 80 респонденток 53 жінки вели статеве життя до операції, що становило 66,3%: 13 — у Ia підгрупі, 12 — у Ib підгрупі, 13 — у IIa підгрупі, 15 — у IIb підгрупі ( $p > 0,05$ ). Після операції всі 53 пацієнтки відновили статеве життя, ще 15 жінок почали його після невеликої перерви, із них: 3 — у Ia підгрупі, 5 — у Ib підгрупі, 5 — у IIa підгрупі, 2 — в IIb підгрупі ( $p > 0,05$ ). Однак звертає увагу, що за наведеними в таблиці 3 даними, показники опитувальника «PISQ» через 6 місяців після хірургічного лікування були достовірними вищими лише в жінок Ib та IIa підгруп на 32,8% ( $p=0,001$ ) та 44,1% ( $p=0,003$ ), відповідно. Враховуючи зворотний тип запитань, останнє свідчить про підвищення якості життя в цих пацієнок. Згідно з результатами за опитуваль-

Таблиця 4

## Оцінка сексуального життя через 6 місяців після хірургічного лікування за опитувальником «PISQ»

Показник	Ia група (n=16)	Ib група (n=17)	IIa група (n=18)	IIb група (n=17)
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
Погіршення	–	–	–	1 (5,9)
Без змін	8 (51,0)	2 (11,8)	1 (5,6)	10 (58,8)
Поліпшення	4 (25,0)	7 (41,2)	6 (33,3)	4 (23,5)
Добрий результат	3 (18,8)	5 (29,4)	9 (50,0)	1 (5,9)
Відмінний результат	1 (6,2)	3 (17,6)	2 (11,1)	1 (5,9)

ником «PISQ», середня оцінка якості сексуального життя була достовірно вищою лише у IIa підгрупі –  $30,3 \pm 11,98$  бала проти  $23,32 \pm 14,17$  бала в Ia підгрупі,  $26,24 \pm 10,24$  – у Ib підгрупі,  $19,3 \pm 13,35$  бала – у IIb підгрупі ( $p=0,043$ ; критерій Краскела–Уолліса) (табл. 3).

Звертає увагу, що лише 1 пацієнтка з IIb підгрупа мала скарги на погіршення якості сексуального життя через відчуття вип'ячування в ділянці промежини (табл. 4).

За даними таблиці 4, достовірного поліпшення сексуальної функції через 6 місяців після операції (оцінка за опитувальником «PISQ» – від 11 до 20 балів) не відмічено у 17 з 68 жінок, що становило 25%: у 8 (51,0%) – у Ia підгрупі, у 2 (11,8%) – у Ib підгрупі, в 1 (5,6%) – у IIa підгрупі, у 10 (58,8%) – у IIb підгрупі.

Отже, поліпшення стану сексуальної функції (оцінка за опитувальником «PISQ» – від 21 до 30 балів) та добрий/відмінний результат (оцінка за опитувальником «PISQ» – понад 30 балів) мала достовірно більша кількість пацієнток Ib, ніж Ia підгрупи – 15 (88,2%) проти 8 (50%) випадків, відповідно (СШ=7,5; 95% ДІ: 1,28–44,08;  $p=0,017$ ), та жінки IIa, ніж IIb підгрупи – 17 (94,4%) проти 6 (35,3%) випадків, відповідно (СШ=31,2; 95% ДІ: 3,29–295,3;  $p<0,001$ ).

Корекція генітального пролапса під час гістеректомії в жінок із симптомною лейоміомою матки асоціюється з істотним поліпшенням стану сечостатевої системи та якості життя в 56 (70%) жінок, а 47 (58,8%) із них не висловлювали жодних скарг і вважали себе повністювилікуваними. Найбільший відсоток позитивних результатів корекції генітального пролапса методом пектопексії (I група) був у пацієнток із цистоцеле і/або апікальним пролапсом (Ib підгрупа), ніж у жінок із цистоцеле (Ia підгрупа) – 17 (80,9%) проти 9 (47,4%); СШ=4,72; 95% ДІ: 1,15–19,4;  $p=0,026$ , а в групі корек-

ції пролапса методом латеральної фіксації – у хворих із цистоцеле (IIa підгрупа), ніж у жінок із цистоцеле і/або апікальним пролапсом (Ib підгрупа) – 17 (85%) проти 4 (20%); СШ=22,7; 95% ДІ: 4,37–117,5;  $p<0,001$ .

Лейоміома матки поєднується з пролапсом геніталій близько у 20% випадків та, імовірно, виступає фактором ризику останнього [12]. Якість життя в таких жінок може залишатися низькою після хірургічного лікування лейоміоми через асоційовані з пролапсом порушення функції прямої кишки і/або сечового міхура, а також сексуальну дисфункцію. Так, результати досліджень свідчать, що генітальний пролапс призводить до фізичних, соціальних, психологічних, сімейних і сексуальних обмежень [1,6,9]. На сьогодні диференційований підхід до вибору методики хірургічного лікування пролапса тазових органів, поєданого з лейоміомою матки, відсутній. Проте різні автори дійшли висновку, що гістеректомія в поєднанні з передньою кольпорафією, кольпоперинеолеваторопластиком, фіксацією купола піхви до крижовоостистої зв'язки і уретровезиковагінопексією (мінімізований слінг) дають змогу поліпшити якість життя пацієнток із поєднаною патологією матки з генітальним пролапсом [7].

Корекція генітального пролапса під час гістеректомії в жінок із лейоміомою матки дала змогу поліпшити стан сечостатевої системи та якість життя через 6 місяців після операції в 70% жінок, а 58,8% із них вважали себе повністювилікуваними. Результати наведеного дослідження підтверджують необхідність впровадження диференційованого підходу до лікування поєднаної лейоміоми матки з наявністю генітального пролапса залежно від виду останнього. Адже, за отриманими даними, найбільший відсоток позитивних результатів корекції генітального пролапса методом пектопексії був у пацієнток із цистоцеле і/або апікальним

пролапсом, тоді як метод латеральної фіксації є більш ефективним у хворих із цистоцеле.

### Висновки

Встановлено, що частота поліпшення тазових функцій через 6 місяців після операції була достовірно більшою в разі корекції цистоцеле і/або апікального пролапса методом пектопексії (СШ=4,4; 95% ДІ: 1,13–17,07) та в разі корекції ізольованого цистоцеле методом латеральної фіксації (СШ=10,52; 95% ДІ: 2,27–48,75).

З'ясовано, що поліпшення стану сексуальної функції та добрий/відмінний результат (оцінка за опитувальником «PISQ» — понад 30 балів) через 6 місяців після операції мали достовірно більше пацієнток із цистоцеле і/або апікального пролапса, яким здійснено корекцію мето-

дом пектопексії (СШ=7,5; 95% ДІ: 1,28–44,08) та в жінок, яким для корекції ізольованого цистоцеле виконано латеральну фіксацію.

Найбільший відсоток позитивних результатів корекції генітального пролапса методом пектопексії був у пацієнток із цистоцеле і/або апікальним пролапсом (СШ=4,72; 95% ДІ: 1,15–19,4), а в групі корекції пролапса методом латеральної фіксації — у хворих із цистоцеле (СШ=22,7; 95% ДІ: 4,37–117,5).

**Перспективою подальших досліджень** є впровадження в клінічну практику ефективних критеріїв вибору обсягу хірургічного втручання в пацієнток із генітальним пролапсом, поєднаним із лейоміомою матки.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

### References/Література

- Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. (2001). Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 185 (6): 1388–1395.
- Barber MD, Walters MD, Bump RC. (2005). Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol.* 193 (1): 103–113.
- Brown RA, Ellis CN. (2014). The role of synthetic and biologic materials in the treatment of pelvic organ prolapse. *Clin Colon Rectal Surg.* 27 (4): 182–190.
- Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 175 (1): 10–17.
- Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. (2002). Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 186 (6): 1160–1166.
- Korshunov MY, Sazykina EI. (2008). Oprosnik PD-KZH — validirovannyj sposob ocenki simptomov disfunkcij tazovogo dna i kachestva zhizni u pacientok s prolapsom tazovyh organov. *Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznej.* 7 (3): 86–93. [Коршунів МЮ, Сазькіна ЕІ. (2008). Опросник ПД-КЖ - валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов. *Журнал акушерства и женских болезней.* 7 (3): 86–93].
- Kuzemensky ML, Gladenko SE. (2015). Tactics of operative treatment complex pathologies of uterus without and with genital prolapse. *Health of woman.* 4 (100): 78–79. [Кузьоменська МЛ, Гладенко СЕ. (2015). Тактика оперативного лікування поєднаної патології матки без та з генітальним пролапсом. *Здоровье женщины.* 4 (100): 78–79].
- Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Olsen A, Barber M et al. (2004). Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 191 (1): 206–210.
- Samuelsson EU, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. (1999). Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 180; 2 Pt 1: 299–305.
- Tatarchuk TF, Kosey NV. (2012). Sovremennyye principy lecheniya lejomiomy matki. *Zdorov'ya Ukraini: med. gazeta.* 4 (Ginekologiya. Akusherstvo. Reprodukologiya): 10–13. [Татарчук ТФ, Косей ДМ. (2012). Современные принципы лечения лейомиомы матки. *Здоров'я України: мед. газета.* 4 (Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія): 10–13].
- Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. (2014). Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol.* 123 (6): 1201–1206.
- Zhelezov DM. (2021). Osoblivosti MRT-vizualizacii miom matki na peredoperacijnomu etapi. *Visnik medichnih i biologichnih doslidzhen'.* 1 (7): 62–65. [Железов ДМ. (2021). Особливості МРТ-візуалізації міом матки на передопераційному етапі. *Вісник медичних і біологічних досліджень.* 1 (7): 62–65].

#### Відомості про авторів:

**Баришнікова Оксана Павлівна** — аспірант каф. акушерства, гінекології та перинатології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 205-4946. <https://orcid.org/0000-0002-6011-067X>.

**Чайка Кирило Володимирович** — д.мед.н., проф. каф. акушерства, гінекології та перинатології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 205-4946. <https://orcid.org/0000-0003-3518-1780>.

**Титаренко Наталія Василівна** — к.мед.н., доц. каф. анестезіології, реаніматології та медицини невідкладних станів Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-0192-1613>.

**Вознюк Андрій Вікторович** — к.мед.н., доц. каф. акушерства та гінекології №2 Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-0014-4904>.

**Сидорчук Тетяна Миколаївна** — ст. викладач каф. медицини катастроф та військової медицини Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-0922-0192>.

Стаття надійшла до редакції 19.02.2023 р.; прийнята до друку 18.04.2023 р.