

KLINIKINIAI TYRIMAI

Moterų dubens organų nusileidimo chirurginio gydymo metodai KMU Akušerijos ir ginekologijos klinikoje

Rosita Aniulienė, Agnė Stankevičienė, Justina Kačerauskienė¹,
Povilas Aniulis¹, Vitalija Druktenytė¹

Kauno medicinos universiteto klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinika, ¹Kauno medicinos universitetas

Raktažodžiai: moters dubens organų nusileidimas, vagininė gimdos pašalinimo operacija, makšties plastinės, TVT, TVT-O, Prolift operacijos.

Santrauka. Tyrimo tikslas. Palyginti 2003–2007 m. Kauno medicinos universiteto klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinikoje atliktų dubens organų nusileidimo operacijų metodikas, komplikacijas, pooperacinę eigą, išaiškinti rizikos veiksnius, susijusius su dubens organų nusileidimu.

Metodika. Atlikta dubens organų nusileidimo operacijų, atliktų 2003–2007 m. Kauno medicinos universiteto Akušerijos ir ginekologijos klinikoje, retrospektyvioji analizė.

Rezultatai. 2003–2007 m. Kauno medicinos universiteto klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinikoje atliktos 823 dubens organų nusileidimo operacijos: 80 (9,7 proc.) buvo vagininės gimdos pašalinimo operacijos, 372 (45,3 proc.) – makšties plastinės operacijos (iš jų 23 kombinuotos su TVT operacija, 47 – su TVT-O operacija), 360 (43,7 proc.) vagininių gimdos pašalinimo operacijų kombinuota su makšties plastikomis, 11 (1,3 proc.) – Prolift operacijų.

Operuotų moterų amžiaus vidurkis – 62 metai. Operacijų metu moters neteko vidutiniškai 162,1 ml kraujo. Makšties plastinių operacijų metu moters neteko statistiškai reikšmingai mažiau kraujo ($p < 0,05$) nei vagininių gimdos pašalinimo arba kombinuotų operacijų metu.

Operacijų vidutinė trukmė – 60,3 min. Makšties plastinės ir Prolift operacijos truko statistiškai reikšmingai trumpiau ($p < 0,05$) nei vagininės gimdos pašalinimo ar kombinuotos operacijos.

Lovadienių skaičiaus vidurkis – 8,1 dienos. Po makšties plastinių operacijų moters stacionare gydytos statistiškai reikšmingai trumpiau ($p < 0,05$) nei po vagininių gimdos pašalinimo ar kombinuotų operacijų. Po Prolift operacijų moters statistiškai reikšmingai trumpiau ($p < 0,05$) gydytos ligoninėje nei tos, kurioms buvo atliktos vagininės gimdos pašalinimo ar kombinuotos bei makšties plastinės operacijos. Operacijų komplikacijos buvo susijusios su operacijų tipu.

Išvados. Dažniausios operacijos chirurgiškai gydant dubens organų nusileidimą Kauno medicinos universiteto klinikų Ginekologijos skyriuje yra makšties plastinės bei kombinuotos operacijos – vagininė gimdos pašalinimo operacija su makšties plastine operacija. Makšties plastinės operacijos yra trumpiausios. Pacientės mažiausiai neteko kraujo po makšties plastinių operacijų. Po Prolift operacijų pacientės trumpiausiai gydytos stacionare. Daugiausia komplikacijų radosi po vagininių gimdos pašalinimo operacijų, mažiausiai – po Prolift operacijų.

Įvadas

Moters dubens organų nusileidimas – tai būklė, kai įvairios, dubens organus palaikančiąją sistemą sudarančios anatomicinės struktūros: raiščiai, raumenys, kraujagyslių ir nervų skaidulų junginys praranda gebėjimą palaikyti juos reikiamoje padėtyje. Iškristi gali vienas ar daugiau dubens organų: gimda, makštis, šlapimo pūslė ar tiesioji žarna (1, 2). Diagnozė nusta-

toma apžiūrėjus moters tarpvietę ir lyties organus.

Pasaulinės literatūros duomenimis, ši patologija pasitaiko 11,1 proc. moterų (3). Su amžiumi dubens organų nusileidimo ir su tuo susijusio šlapimo nelai- kymo ar susilaikymo rizika didėja. Moterų dubens or- ganų nusileidimas yra gana dažna patologija, tačiau skirtingose šalyse paplitimas skiriasi nežymiai: JAV ši patologija vargina iki 24 proc. moterų, Jungtinėje

Karalystėje – 20 proc. (4). Atskirai dubens organų nusileidimo paplitimas Lietuvoje nebuvo tirtas, tačiau žinoma, kad šlapimo nelaikymo paplitimas tarp Kauno miesto 50–70 metų moterų yra iki 42 proc. (5, 6).

Dubens organų nusileidimo etiologija yra sudėtinga ir multifaktorinė. Tokie veiksniai kaip vyresnis amžius, nėštumai, gimdymai, įgimtos ar įgytos jungiamojo audinio anomalijos, anksčiau atliktos gimdos pašalinimo operacijos, nutukimas, vidurių užkietėjimas, menopauzė, lėtinis kosulys bei veiksniai, susiję su intraabdominalinio spaudimo padidėjimu, didina dubens organų nusileidimo riziką (7).

Esant dubens organų nusileidimui, moteris nuolat jaučia diskomfortą dėl iškrentančio per lytinį plyšį „darinio“, kartu dažnai atsiranda fizinio krūvio šlapimo nelaikymas arba šlapimo susilaikymas. Gali varginti skausmas, tempimas pilvo apačioje, skausmingi ir nemalonūs lytiniai santykiai. Yra moterų, kurios dėl šios patologijos skundų neturi, tokiu atveju chirurginio gydymo nereikia. Kai chirurginis gydymas negalimas, skiriamas mechaninis gydymas makšties žiedais ar pesarais (8). Kartais esant I–II stadijos dubens organų nusileidimui pagal POP-Q (angl. *Pelvic Organ Prolapse Quantification*) sistemą (9, 10), skiriama mankšta, Kėgelio pratimai (8, 5). III–IV stadijos dubens organų nusileidimas gydomas chirurginiu būdu, atliekant gimdos ar makšties pakėlimo operacijas, makšties plastines operacijas, siaurinant makštį ar šalinant gimdą (2). Chirurginio gydymo tikslas – atkurti normalią makšties ir gimdos anatomiją, užtikrinti normalų šlapinimąsi, tuštinimąsi bei lytinę funkciją (8).

Moterų šlapimo nelaikymui gydyti auksinis standartas ilgą laiką buvo Burch'o operacija, šiuo metu jis yra TVT ir TVT-O (11–13). Dubens organų nusileidimo chirurginio gydymo auksinio standarto kol kas nėra.

Ligos atkrytis yra viena aktualiausių problemų. Ligos atkrytis atsiranda praėjus 2–5 metams po buvusios operacijos, tai pasitaiko apie 5–20 proc. moterų (3).

Dubens organų nusileidimo gydymosi operacijos yra labai įvairios, jų metodai priklauso nuo dubens organų nusileidimo laipsnio, moters amžiaus. Jaunesnėms pacientėms, gyvenančioms aktyvų lytinį gyvenimą ir dar neapsisprendusioms, ar planuos nėštumą, atliekamos tausojamosios makšties plastinės operacijos ir išsaugoma gimda. Vyresnio amžiaus moterims dažniausiai pašalinama gimda (vagininiu būdu). Senyvo amžiaus moterims, negyvenančioms lytinio gyvenimo, užsiuvama makštis (5). Esant ligos atkryčiui ar slenkant makščiai po gimdos pašalinimo operacijos, atliekamos laparotominės ar laparoskopinės makšties

fiksavimo prie kryžkaulio operacijos, naudojant sintetinį tinklėlį ar be jo (14).

Šiuolaikinėje chirurginėje uroginekologijoje vyrauja minimaliai invazinės chirurgijos metodai. Daugelyje Europos ir pasaulio klinikų dubens organų nusileidimas ir slinkimas gydomas atliekant minimaliai invazines operacijas (8). Būtent tai paskatino įvertinti KMUK Ginekologijos skyriuje atliekamų minimaliai invazinių procedūrų naudą ir riziką ir palyginti jas su įprastomis chirurginėmis operacijomis.

Tyrimo medžiaga ir metodai

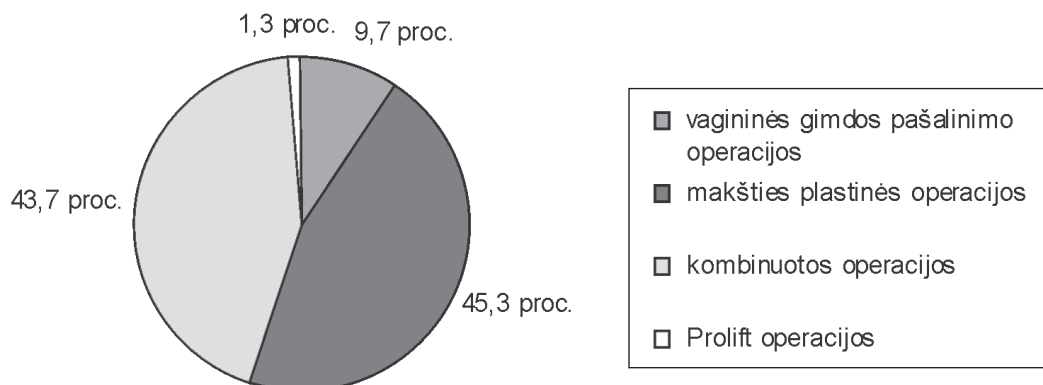
Atlikta 2003–2007 m. KMUK Akušerijos ir ginekologijos klinikoje padarytų dubens organų nusileidimo operacijų retrospektyvioji analizė. Įvertintos operacijų metodikos, vidutinė operacijų trukmė, netekto kraujo kiekis, gydymo stacionare trukmė bei pooperacinės komplikacijos. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant programinės įrangos paketą SPSS 12.00. Duomenų skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

Straipsnyje nagrinėjamos šios operacijos: vagininė gimdos pašalinimo operacija (lot. *hysterectomy vaginalis*), makšties plastinės operacijos: priekinės makšties sienelės susiuvimas (lot. *colporrhaphia anterior*), užpakalinės makšties sienelės susiuvimas (lot. *colporrhaphia posterior*), tarpvietės raumenų susiuvimas (lot. *perineoplastica*), makšties užsiuvimas (lot. *colpocleisis*). Kombinuotomis operacijomis vadinamos vagininė gimdos pašalinimo operacija su makšties plastinėmis operacijomis (lot. *colporrhaphia anterior; posterior; perineoplastica; colpocleisis*), TVT (angl. *tension-free vaginal tape*) retropubiniai pošlapliniai raiščiai, TVT-O (angl. *tension-free vaginal tape-obturator; inside-to-out*), t. y. transobturaciniai pošlapliniai raiščiai, Prolift operacijos – makšties fascijos ir gimdos raiščių sutvirtinimas sintetine juoste.

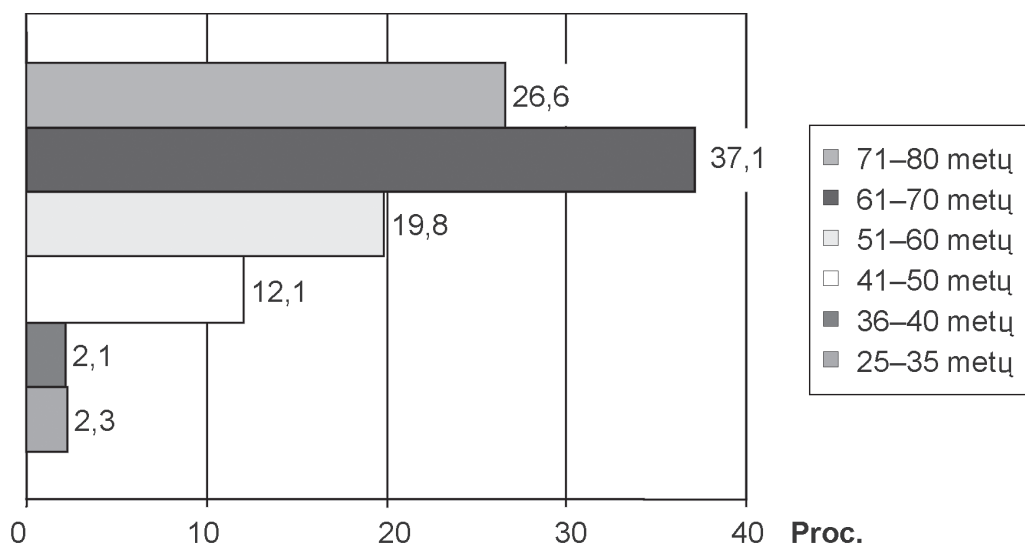
Rezultatai

2003–2007 m. Kauno medicinos universiteto klinikų Ginekologijos skyriuje atliktos 823 operacijos, siekiant koreguoti dubens organų nusileidimą. Iš jų 80 (9,7 proc.) buvo vagininių gimdos pašalinimo operacijų, 372 (45,3 proc.) makšties plastinės operacijos (iš jų 23 kombinuotos su TVT operacija, 47 – su TVT-O operacija), 360 (43,7 proc.) vagininių gimdos pašalinimo operacijų kombinuotų su makšties plastikomis, 11 (1,3 proc.) Prolift operacijų (1 pav.).

Operuotų moterų amžiaus vidurkis – 62 metai, jauniausiai pacientei buvo 26, vyriausiai – 89 metai. Vyraavo 61–70 metų ($n=306$) (37,1 proc.) moterys: 25–35



1 pav. Moterų dubens organų nusileidimo chirurginis gydymas



2 pav. Moterų amžiaus grupės

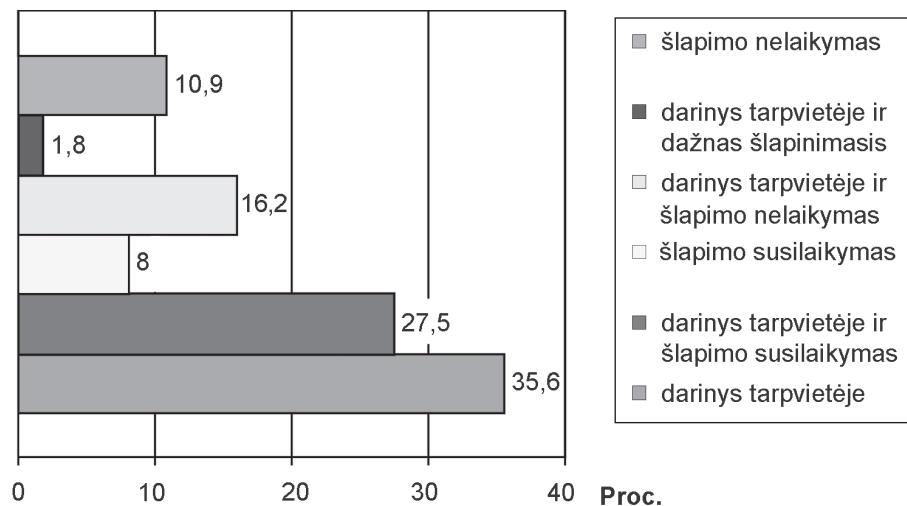
metų ($n=19$) (2,3 proc.), 36–40 metų ($n=18$) (2,1 proc.), 41–50 metų ($n=100$) (12,1 proc.), 51–60 metų ($n=163$) (19,8 proc.), 71–80 metų ($n=220$) (26,6 proc.) (2 pav.). Pacienčių KMI vidurkis – 27,47 (ribos: 18,0–43,0).

Gimdymų skaičiaus vidurkis – 2,4 karto (nuo 0 iki 7 gimdymų). Gimdymų skaičius tiriamųjų grupėje pasiskirstė taip: 1 kartą gimdė 126 (15,3 proc.), 2–3 kartus – 564 (68,5 proc.), 4 kartus ir daugiau – 110 (13,4 proc.) moterų. Negimdžiusių moterų buvo 23 (2,8 proc.). 30 moterų buvo pagimdžiusios naujagimius didesnius nei 4 kg (3,6 proc.). Tarpvietės plyšimą gimdymo metu patyrė 25 moterys (3,0 proc.), replės gimdymo metu naudotos taikytos 5 (0,6 proc.).

Dažniausiai moterys skundėsi „darinio atsiradimu“ tarpvietėje. Tokių skundų turėjo 292 (35,6 proc.) moterys. Atsiradusiu „dariniu“ tarpvietėje kartu su šla-

pimo susilaikymu skundėsi 226 (27,5 proc.) moterys, „dariniu“ tarpvietėje kartu su šlapimo nelaikymu skundėsi 133 (16,2 proc.). Šlapimo susilaikymas vargino 67 (8 proc.) moteris, „darinys“ tarpvietėje kartu su dažnu šlapinimusi – 15 (1,8 proc.), šlapimo nelaikymas – 90 (10,9 proc.). Nusiskundimų ir simptomų atsiradimo vidutinė trukmė buvo 37,3 mėn. (3 pav.).

Operacijų metu moterys neteko vidutiniškai 162,1 ml kraujo (mažiausiai neteko 20 ml, daugiausia – 1000 ml kraujo). Makšties plastinių ir Prolift operacijų metu moterys neteko statistiškai reikšmingai mažiau kraujo ($p<0,05$) nei vagininių gimdos pašalinimo ar kombinuotų operacijų metu. Netekto kraujo kiekio vidurkis po vagininių gimdos pašalinimo operacijų buvo 204,4 ml (standartinė paklaida: $\pm 33,3$ ml), po makšties plastinių operacijų – 118,9 ml (standartinė paklaida: $\pm 20,4$ ml), po kombinuotų operacijų – 197,3 ml



3 pav. Moterų skundai

Lentelė. Vidutinis netekto kraujo kiekis, vidutinė operacijų trukmė ir vidutinė gydymo stacionare trukmė (priklausomai nuo operacijos tipo)

Operacijos pavadinimas	Vidutinė operacijos trukmė (min.)	Vidutinis netekto kraujo kiekis (ml)	Vidutinė gydymo stacionare trukmė (dienos)
Vagininė gimdos pašalinimo operacija (n=80)	72	204,4	9,6
Makšties plastinė operacija (n=372)	49,5	118,9	7,6
Vagininė gimdos pašalinimo operacija kombinuota su makšties plastine operacija (n=360)	69	197,3	8,5
Prolift operacija (n=11)	55,5	154,5	3,7

(standartinė paklaida: $\pm 28,1$ ml), po Prolift operacijų netekto kraujo vidurkis 154,5 ml (standartinė paklaida: $\pm 52,2$ ml) (lentelė).

Operacijų vidutinė trukmė – 60,3 min. (trumpiausia operacija – 10 min., ilgiausia – 300 min.). Makšties plastinės ir Prolift operacijos truko statistiškai reikšmingai trumpiau ($p < 0,05$) nei vagininės gimdos pašalinimo operacijos ar kombinuotos operacijos. Vagininės gimdos pašalinimo operacijos vidutiniškai truko 72 min. (standartinė paklaida: $\pm 17,2$ min.), makšties plastinės operacijos – 49,5 min. (standartinė paklaida: $\pm 14,9$ min.), vagininės gimdos pašalinimo operacijos kombinuotos su makšties plastika – 69 min. (standartinė paklaida: $\pm 17,9$ min.), Prolift operacija – 55,5 min. (standartinė paklaida: $\pm 13,7$ min.) (lentelė).

Užfiksuotos šios operacijų komplikacijos: temperatūros pakilimas iki 38°C , šlapimo susilaikymas bei

dažnas šlapinimasis. Daugiausia komplikacijų nustatyta po vagininių gimdos pašalinimo operacijų. Iš 80 operuotų moterų temperatūros pakilimas nustatytas 32 pacientėms (40 proc.), šlapimo susilaikymas – 9 (11,2 proc.), dažnas šlapinimasis – 3 (3,7 proc.). Po makšties plastinių operacijų temperatūros pakilimas nustatytas 8 (2,1 proc.), šlapimo susilaikymas 9 (2,4 proc.) moterims. Po kombinuotų operacijų temperatūros pakilimas nustatytas 2 (0,6 proc.) moterims, šlapimo susilaikymas – 4 (1,1 proc.). Po Prolift operacijų komplikacijų nebuvo. Operacijų komplikacijos dažniausiai buvo susijusios su operacijų tipu ($p < 0,05$).

Lovadienių skaičiaus vidurkis buvo 8,1 dienos (trumpiausia stacionarinio gydymo trukmė – 1 diena, ilgiausia – 32 dienos). Moterys po vagininių gimdos pašalinimo operacijų stacionare vidutiniškai gydytos 9,6 dienos (standartinė paklaida $\pm 8,4$ dienos), po

makšties plastinių operacijų – 7,6 dienos (standartinė paklaida: $\pm 3,3$ dienos), po vagininių gimdos pašalinimo operacijų, kombinuotų su makšties plastikos – 8,5 dienos (standartinė paklaida $\pm 3,2$ dienos), po Prolift operacijų – 3,7 dienos (standartinė paklaida $\pm 1,3$ dienos). Taigi, po makšties plastinių operacijų moterys stacionare gydytos statistiškai reikšmingai trumpiau ($p < 0,05$) nei po vagininių gimdos pašalinimo ar kombinuotų operacijų. Tuo tarpu po Prolift operacijų moterys statistiškai reikšmingai trumpiau ($p < 0,05$) gydytos ligoninėje nei tos, kurioms buvo atliktos vaginės gimdos pašalinimo ar kombinuotos ir makšties plastinės operacijos (lentelė).

Rezultatų aptarimas

Pagrindiniai rizikos veiksniai, galintys turėti įtakos dubens organų nusileidimui, literatūroje neretai nurodomi gimdymas (15) ir moters amžius (16). Kai kurie autoriai teigia, jog tarp gimdžiusių moterų dubens organų nusileidimas gali pasitaikyti iki 50 proc. (14) ir tai aiškinama hormonų apykaitos pokyčiais, atsirandančiais nėštumo metu (17). Moterų nuomone, ne nėštumas, bet natūralus gimdymas turi įtakos dubens organų nusileidimui (18), moksliniais tyrimais įrodyta, kad ir negimdžiusias moteris (šio tyrimo metu tokių buvo 23 (2,8 proc.)) vargino dubens organų nusileidimas (18).

Dėl amžiaus įtakos dubens organų nusileidimui pasaulio mokslininkų nuomonė sutampa: vyresnio amžiaus moterims ši patologija pasitaiko dažniau, o kai kurie mokslininkai teigia, kad su kiekviena dešimtimi metų dubens organų nusileidimo rizika padidėja dukart (19). Mūsų tirtų moterų amžiaus vidurkis buvo 62 metai. JAV 40 proc. moterų, sulaukusių 60–79 metų, vargina dubens organų nusileidimas, vyresnių nei 80 metų – 50 proc. (1). Pagrindinis moterų skundas, esant dubens organų nusileidimui, yra „darinio“ atsiradimas tarpvietės srityje (5).

Šiuo metu atliekamų operacijų tipas dubens organų nusileidimo korekcijai priklauso nuo dubens organų nusileidimo laipsnio, sukeltų simptomų, moters amžiaus, bendrosios būklės (20). Pastaraisiais metais pasaulyje populiariausios operacijos dubens organų nusileidimui gydyti yra tos, kurios sukelia mažiausiai atkryčių ir yra mažiausiai traumuojančios. Tai abdominė arba laparoskopinė makšties fiksacija prie kryžkaulio ir minimaliai invazinė Prolift operacija, pastaroji yra viena naujausių operacijų moterų dubens organų nusileidimui gydyti. Nuo 2005 m. pasaulyje ši operacija dažniau atliekama. Tai operacija, kuria gy-

dant dubens organų nusileidimą naudojamas „prolens soft“ tinklėlis. Tai saugi, minimaliai invazinė ir labai efektyvi metodika, kai galima išvengti ligos atkryčio. Indikacijos šiai operacijai – dubens organų slinkimo simptomai, sukeliantys gyvenimo kokybės blogėjimą. Prolift metodika galima koreguoti tiek priekinės makšties sienelės slinkimą (lot. *prolapse anterior*), tiek užpakalinės makšties sienelės (lot. *prolapse posterior*) slinkimą ir visų dubens dugno organų slinkimą (*prolapse total*). Operacijos privalumai: atliekama ir ginekologų, ir proktologų, paprastai operacijos metu išsaugoma gimda, greitas sveikimas, komplikacijų tikimybė – tik 2–4 proc. (3, 8, 10, 21, 22).

Mūsų tirtoms pacientėms laparoskopinių makšties fiksavimo prie kryžkaulio operacijų nenustatyta. Padarėtos tik septynios abdominės makšties fiksavimo prie kryžkaulio operacijos, todėl į tiriamųjų grupę jos neįtrauktos. Mūsų atlikto tyrimo duomenys taip pat rodo, jog minimaliai invazinė Prolift operacija yra trumpesnė, mažesnė hospitalizacijos trukmė, pacientė mažiau netenka kraujo, retesnės komplikacijos. Be to, operacijos efektyvesnė bei pigesnė lyginant su kitomis operacijomis (1, 3). Pagrindinis šių operacijų privalumas yra tai, jog sutrumpėja moters gydymo trukmė stacionare, ji netenka mažiau kraujo, atkuriamą normalią makšties anatomiją, o tai yra labai svarbu jaunoms moterims. Atliekant šias operacijas, gimda nešalinama, jei nėra patologijos (8). Mūsų tirtoms pacientėms dažniausiai buvo pasirinkta vaginė gimdos pašalinimo operacija su makšties plastika. Viena iš priežasčių yra nepakankama gydytojų patirtis šioje srityje. Kadangi tai yra naujos ir gana brangios operacijos (Lietuvoje kompensacija netaikoma, pacientės implantą ir instrumentus nusiperka pačios), įtakos turi ir finansiniai aspektai.

Išvados

1. Dažniausios operacijos, chirurginiu būdu gydant dubens organų nusileidimą KMUK Ginekologijos skyriuje, yra makšties plastinės ir kombinuotos operacijos, t. y. vaginė gimdos pašalinimo operacija su makšties plastine operacija.

2. Makšties plastinių operacijų trukmė trumpiausia.

3. Pacientės mažiausiai netenka kraujo po makšties plastinių operacijų.

4. Po Prolift operacijų pacientės trumpiausiai gydomos stacionare.

5. Daugiausia komplikacijų radosi po vagininių gimdos pašalinimo operacijų, po Prolift operacijų komplikacijų nebuvo.

Surgical treatment of female pelvic organ prolapse at the Clinic of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Kaunas University of Medicine

Rosita Aniulienė, Agnė Stankevičienė, Justina Kačerauskienė¹,
Povilas Aniulis¹, Vitalija Druktenytė¹

Clinic of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Kaunas University of Medicine,

¹Kaunas University of Medicine, Lithuania

Key words: female pelvic organ prolapse; vaginal hysterectomy; plastic vaginal surgery; TVT; TVT-O; Prolift operations.

Summary. Objective. To compare surgical methods, complications, and outcomes in the treatment of female pelvic organ prolapse at the Clinic of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Kaunas University of Medicine, and to disclose the risk factors that influence female pelvic organ prolapse.

Material and methods. A retrospective analysis of surgeries for pelvic organ prolapse performed during the period of 2003–2007 was carried out. A total 823 women were operated on for pelvic organ prolapse.

Results. During 2003–2007, 823 surgical procedures for the correction of female pelvic organ prolapse were performed at the Clinic of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Kaunas University of Medicine. Eighty (9.7%) patients underwent vaginal hysterectomy; 372 (45.3%), vaginal plastic operations (out of them, 23 were combined with TVT and 47 with TVT-O procedure); 360 (43.7%), vaginal hysterectomy with vaginal plastic surgeries; and 11 (1.3%), Prolift operations. The mean age of females was 62 years. Mean blood loss during operations was 162.1 mL. Patients undergoing vaginal plastic operations lost significantly less blood than those undergoing vaginal hysterectomy or combined operations ($P<0.05$). Mean time in surgery was 60.3 min. The duration of Prolift operations and vaginal plastic operations was significantly shorter than that of vaginal hysterectomy or combined procedures (vaginal hysterectomy + vaginal plastic surgery) ($P<0.05$). Mean hospital stay was 8.1 days. Hospital stay after vaginal plastic operations was significantly shorter than after vaginal hysterectomy or combined operations. The shortest hospital stay was after Prolift operation ($P<0.05$). Complications were related to the type of operation performed.

Conclusions. The most common operations in the surgical treatment of female pelvic organ prolapse were vaginal plastic operations and combined operations. The shortest time in surgery and lowest blood loss was in case of vaginal plastic operations. The shortest hospital stay was after Prolift operations. The highest rate of complications was observed in patients who underwent vaginal hysterectomies, the lowest – after Prolift operations.

Correspondence to R. Aniulienė, Clinic of Obstetrics and Gynecology, Hospital of Kaunas University of Medicine, Eivenių 2, 50009 Kaunas, Lithuania. E-mail: rositaan@hotmail.com

Literatūra

1. Alman D, Falconer C. Perioperative morbidity using transvaginal mesh in pelvic organ prolapse repair. *Obstet Gynecol* 2007;109(2):303-8.
2. Onwude JL. Genital prolapse in women. *BMJ* 2007;12:817.
3. Fatton B, Amblard J, Debodinance P, Cosson M, Jacquetin B. Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of new tension-free vaginal mesh (Prolift technique) – a case series multicentric study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;18(7):743-52.
4. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *BMJ* 2002;324(7348):1258-62.
5. Nadišauskienė R. Uroginekologija. (Urogynecology.) Kaunas: Vitae Litera; 2008.
6. Barilienė S, Nadišauskienė R, Aniulienė R. Moterų šlapimo nelaikymo paplitimas. Sistemine literatūros apžvalga. (Incidence of female urinary incontinence. A systematic review.) *Lietuvos akušerija ir ginekologija* 2007;10(1):110-16.
7. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clarc AL. Epidemiology of surgically managed organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
8. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD004014.
9. Abrams P, Cardozo L, Fall M. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Neurol Urodyn* 2002;21:167-78.
10. Culligan PJ, Murphy M, Hammons G, Graham C, Heit MH. Long-term success of abdominal sacral colpopexy using synthetic mesh. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1473-80.
11. Kuuva N, Nilsson CG. A nationwide analysis of complications associated with the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:72-7.
12. Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female

- stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. Eur Urol 2003;44:724-30.
13. Ulmsten U, Johnson P, Rezapour M. A three-year follow-up of tension-free vaginal tape for surgical treatment of female stress urinary incontinence. J Obstet Gynaecol 1999;10:345-50.
 14. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. Neurourol Urodyn 2007;3:3-12.
 15. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. Am J Obstet Gynecol 2004;190: 27-32.
 16. Nygaard I, Barber M, Burgio K, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA 2008;300(11):1311-6.
 17. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med 2003;348:900-7.
 18. Kačerauskienė J, Barčaitė E, Railaitė DR. Ar moterys pageidauja gimdyti cezario pjūvio operacijos būdu? (Do women prefer to give birth by cesarean section?) Lietuvos akušerija ir ginekologija 2007;10(2):114-9.
 19. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSS): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol 2005;192(3):795-806.
 20. Emge LA, Durfee RB. Pelvic organ prolapse: four thousand years of treatment. Clin Obstet Gynecol 1966;9:997-1032.
 21. Meschia M, Spreafico L, Ambrogi V, Perrone A, Dematteis G, Migliorini P. A multicenter retrospective study on transvaginal mesh repair of genital prolapse with the PROLIFT system. Int Urogynecol J 2007;18(Suppl 1):25-105.
 22. Gadonneix P, Ercoli A, Scambia G, Vilet R. The use of laparoscopic sacrocolpopexy in the management of pelvic organ prolapse. Curr Opin Obstet Gynecol 2005;17:376-80.

*Straipsnis gautas 2008 12 12, priimtas 2009 06 04
Received 12 December 2008, accepted 4 June 2009*