

На правах рукописи



Пяткина Алина Николаевна

**Оптимизация результатов хирургической коррекции сочетанных форм
генитального пролапса комбинированным доступом**

3.1.4. Акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Брюнин Дмитрий Викторович

Официальные оппоненты:

Гаспаров Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, профессор кафедры

Федоров Антон Андреевич – доктор медицинских наук, федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский областной научно – исследовательский институт акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского» здравоохранения Московской области, отделение оперативной гинекологии с онкогинекологией и дневным стационаром, кафедра акушерства и гинекологии, ведущий научный сотрудник

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «20» апреля 2026 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.28 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «__» _____ 2026г.

Ученый секретарь диссертационного совета
ДСУ 208.01.28, доктор медицинских наук,
профессор

Семиков Василий Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Сочетанные форм пролапса тазовых органов представляет собой актуальную проблему здравоохранения во всем мире. Ее значимость определяется прежде всего тенденцией к увеличению числа пациенток, имеющих дисфункцию органов тазового дна (Brown H. W. et al., 2022; Kluivers K. B. et al., 2022). Согласно данным мировой статистики частота пролапса тазовых органов составляет до 60 % в зависимости от экономического и социального уровня развития стран (Gillor M. et al., 2021; Selihova M. S. et al., 2021). Прولاпс тазовых органов в структуре гинекологических заболеваний в Российской Федерации составляет 39%, а в структуре плановых показаний к хирургическому лечению занимает третье место (Blomquist J. L. et al., 2020; Oraekwe O. I. et al., 2016). По оценкам исследователей приблизительно одна десятая часть женщин пожилого возраста вынуждена оперироваться по поводу пролапса тазовых органов (Sandozi A. et al., 2022). В связи с общемировой тенденцией к повышению продолжительности жизни населения количество женщин постменопаузального возраста увеличивается во всех странах мира (Çetindağ E. N. et al., 2021; Jokhio A. H. et al., 2020).

Как известно опущение и выпадение внутренних половых органов редко представлено изолированным нарушением положения одного отдела тазового дна, в большинстве случаев оно является сочетанным и затрагивает все три отдела тазового дна (передний, апикальный и задний). По данным Weintraub A. Y. и Gliner H наиболее распространенным является пролапс тазовых органов в переднем отделе в сочетании с апикальным и задним отделами тазового дна (Weintraub A. Y. et al., 2020).

Клинически наиболее значимыми являются выраженные степени пролапса тазовых органов, при которых страдания больных значительны (Kluivers K. B. et al., 2023). Так при прогрессировании пролапса тазовых органов развиваются функциональные нарушения, которые впоследствии оказывают значительное отрицательное влияние на качество жизни пациенток (Collins S. et al., 2023). По мере развития патологического процесса возникают функциональные нарушения органов малого таза, которые впоследствии вызывают физические и моральные страдания женщин, что снижает ее физическую активность и качество жизни (Norton P. A. et al., 2021; Husby K. R. et al., 2022). Именно поэтому проблема пролапса тазовых органов является не только медицинской, но и затрагивает экономические и социальные аспекты жизни женщин.

Согласно мнению большинства исследователей, лечение пролапса тазовых органов является актуальной задачей современной хирургии. Необходимо отметить, что несмотря на

самое пристальное внимание к данной проблеме отсутствуют исследования, позволяющие дать рекомендации относительно эффективных, безопасных и персонифицированных вариантов коррекции сочетанных форм генитального пролапса.

Широкая распространенность и высокая актуальность данной патологии обуславливает целесообразность проведения новых исследований, направленных на поиск новых путей решения данной проблемы с точки зрения персонализированного подхода.

Степень разработанности темы исследования

В настоящее время предложено множество способов хирургической коррекции – каждый из которых, наряду с определенными преимуществами, имеет и недостатки. Дискуссионным является выбор доступа оперативного вмешательства, а также использование нерассасывающихся имплантатов и выбор точек их фиксации. В связи с этим не представляется возможным однозначно определить оптимальный и безопасный метод оперативного лечения, который мог бы стать руководством для хирурга. В настоящее время до сих пор отсутствуют общепринятые стандарты оперативного лечения сочетанных форм пролапса тазовых органов. Однако, запрос от женщин с пролапсом гениталий на улучшение качества жизни требует совершенствования хирургических технологий, повышения их эффективности и безопасности, внедрении новых подходов в использовании синтетических имплантатов.

Научная новизна

В результате настоящей работы разработан метод комбинированной поперечно-продольной фиксации синтетических имплантатов лапароскопическим доступом при хирургической коррекции сочетанных форм генитального пролапса, новизна которого подтверждена полученным патентом РФ на изобретение № RU 2022111550А (способ комбинированной пектовагинопексии лапароскопическим доступом).

В ходе выполнения исследования разработан персонифицированный подход к лечению сочетанных форм пролапса с декубитальными изменениями слизистой шейки матки у пациенток с генитальным пролапсом IV степени и отягощенным соматическим статусом.

Впервые была предложена 2-х этапная хирургическая методика коррекции сочетанных форм генитального пролапса, включающая на первом этапе лапароскопическую коррекцию апикального пролапса – гистеросуспензию при помощи синтетических имплантатов, с последующим отсроченным проведением второго - влагалищного этапа – Московской операции с использованием синтетических имплантатов.

Теоретическая и практическая значимость работы

В результате выполненного исследования рекомендовано применение в широкой практике лапароскопического доступа для коррекции сочетанных форм генитального пролапса с комбинированным (продольно–поперечным) способом фиксации синтетических имплантатов, что позволяет провести коррекцию апикальной, задней и частично передней форм пролапса тазовых органов. Данный метод снижает риски осложнений при работе в сложных анатомических зонах, имеет две точки фиксации, расположенные билатерально.

В случае тяжелого сопутствующего соматического статуса пациенток, при котором невозможно длительное нахождение в положении Тренделенбурга и пневмоперитонеума, а также при наличии декубитальных изменений слизистой шейки матки, показана эффективность и безопасность проведения 2-х этапной методики оперативного вмешательства: На первом этапе мы проводили через лапароскопический доступ гистеросуспензию с использованием титанового шелка с целью коррекции апикальной части пролапса и после завершения процесса эпителизации декубитальных изменений проводилась отсроченная трансвагинальная коррекция передней и задней частей пролапса применяя Московскую операцию с использованием титанового шелка.

Предлагаемые методы оперативного лечения могут быть внедрены в практическую деятельность в качестве доступных, эффективных и безопасных способов хирургической коррекции для всех групп пациенток с сочетанными формами генитального пролапса.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: Повышение эффективности хирургического лечения пациенток с сочетанными формами генитального пролапса за счет комбинированного подхода.

Задачи исследования:

1. Дать клиническую оценку групп пациенток с сочетанными формами генитального пролапса.
2. Разработать и оценить эффективность методики хирургической коррекции сочетанных форм генитального пролапса с помощью комбинированной (продольно – поперечной) фиксации синтетических имплантатов лапароскопическим доступом.
3. Разработать и оценить эффективность новой концепции лечения сложных форм генитального пролапса у пациенток с отягощенным соматическим статусом и декубитальными изменениями слизистой шейки матки с пролапсом IV степени.
4. Оценить отдаленные результаты комбинированных хирургических методик лечения генитального пролапса.

Положения, выносимые на защиту

1. Комплексное обследование пациенток с сочетанными формами пролапса тазовых органов, включающее сбор жалоб и анамнестических данных, влагалищное исследование, ультразвуковое исследование структур тазового дна и оценка качества жизни с помощью анкетирования дает возможность определить форму, степень пролапса тазовых органов, а также оценить субъективную тяжесть нарушений, что позволяет персонализировать тактику хирургического лечения.

2. Разработанный метод хирургического лечения у пациенток с сочетанными формами пролапса тазовых органов с комбинированной продольно- поперечной фиксацией синтетических имплантатов лапароскопическим доступом, позволяет провести достоверную и надежную коррекцию центральной, задней и частично передней форм пролапса, и не несет дополнительных рисков осложнений за счет отсутствия манипуляций в сложных анатомических зонах.

3. Разработанная тактика оперативного лечения у пациенток с декубитальными изменениями шейки матки и слизистой влагалища на фоне соматически отягощенного статуса позволила повысить эффективность хирургического лечения при низком риске послеоперационных осложнений.

Методология и методы исследования

Диссертационное исследование отвечает требованиям доказательной медицины. В методологии диссертационного исследования включена оценка результатов хирургической коррекции у пациенток с сочетанными формами пролапса тазовых органов II-IV степени за счет лапароскопического комбинированного подхода.

Все пациентки, участвующие в исследовании, дали добровольное согласие на дооперационное обследование, оперативное лечение и послеоперационное наблюдение.

Представленное диссертационное исследование одобрено Локальным Этическим Комитетом Сеченовского Университета от 07.04.2021г.

Дизайн исследования – открытое сравнительное проспективное исследование в группах с оценкой клинических и инструментальных методов исследования, а также оценкой результатов хирургического лечения.

Данное диссертационное исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии в гинекологическом отделении СЦМиДСеченовского Университета с 2021 по 2025 гг.

В приведенное диссертационное исследование вошли 107 пациенток с сочетанными формами пролапса тазовых органов II - IV степени по классификации POP-Q, которым

проведена хирургическая коррекция лапароскопическим доступом по представленной методике.

Первая, основная группа составила 48 человек с сочетанными формами пролапса тазовых органов. Оперативное лечение пациенток проводилось с помощью разработанной техники, комбинированной пектовагинопексии лапароскопическим доступом, новизна которой подтверждена патентом РФ (патент № RU 2022111550А).

В группу сравнения (вторую) вошли 44 человека. Пациенткам данной группы лечение проводилось с помощью известной методики: лапароскопической сакровагинопексии (сакрокольпопексии).

В третью группу из 15 пациенток, вошли женщины с соматически отягощенным статусом, который не позволял проведение длительного ЭТН и пациенток с декубитальными изменениями слизистой шейки матки, что не позволяло выполнить оперативное лечение трансвагинальным доступом под регионарной анестезией. В результате проведенного исследования нами была предложена двух-х этапная методика для пациентов данной группы: включающая лапароскопическую коррекцию апикального пролапса – гистеросуспензия при помощи синтетических имплантатов и на втором этапе - модифицированная Манчестерская операция с использованием синтетических имплантатов трансвагинальным доступом.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 3.1.4. Акушерство и гинекология, направлениям исследований пунктов 1, 4, и 5: пункт 1 «Исследования по изучению эпидемиологии, этиологии, патогенеза гинекологических заболеваний»; пункт 4 «Разработка и усовершенствование методов диагностики, лечения и профилактики гинекологических заболеваний»; пункт 5 «Экспериментальная и клиническая разработка методов оздоровления женщины в различные периоды жизни и внедрение их в клиническую практику».

Степень достоверности и апробация результатов

Научная достоверность и методическая обоснованность результатов диссертационного исследования подтверждена клиническими данными историй болезней пациенток, использованием современных методов диагностики и подтверждена анализом статистических данных.

Полученные в ходе данного исследования результаты были внедрены в лечебный процесс гинекологического отделения с операционными С.Ц.М. и Д. ФГАОУ ВО Первый

МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (Акт внедрения №560 от 17.01.2025г.).

Полученные в ходе данного исследования результаты были внедрены в учебный процесс в виде практических занятий и лекций на кафедре акушерства и гинекологии №1 ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) для клинических ординаторов, аспирантов. (Акт внедрения № 565 от 17.01.2025г.).

Апробация работы состоялась на научно-методической конференции кафедры акушерства и гинекологии №1 Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол № 5 от 2025 г.).

Личный вклад автора

Автором лично осуществлялся поиск научной литературы по пролапсу тазовых органов. В ходе проспективного исследования автор проводил обследование пациенток, включающее сбор анамнестических данных, интерпретацию лабораторных и инструментальных исследований, а также полноценное ведение пациенток с сочетанными формами пролапса тазовых органов в предоперационном и послеоперационном периодах. Автор подготовил электронную базу, содержащую сведения обо всех пациентках, и осуществил статический анализ данных.

В рамках проспективного этапа работы согласно критериям включения/исключения был произведен отбор пациенток в группы исследования. Непосредственное участие автора прослеживается на всех этапах стационарного лечения пациенток, включая их ведение и оперативное лечение пациенток в течение всего периода госпитализации. Впоследствии диссертантом были проведены систематизация, анализ и статистическая обработка полученных результатов, на основании которых разработаны выводы и практические рекомендации.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 7 работ, в том числе 6 научных статей в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук.

По теме диссертации получен 1 патент на изобретение (патент №RU2022111550А) от 08.11.2023 года.

Структура и объем диссертации

Представленное диссертационное исследование, изложенное на 138 страницах, включает в себя введение, четыре главы, выводы, практические рекомендации, список сокращений и условных обозначений, а также перечень использованной литературы. Работа дополнена 29 таблицами и 30 рисунками. Библиографический список состоит из 127 источников, из которых 18 на русском языке и 109 на английском языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Представленная диссертационная работа выполнена на основе материалов проспективногорандомизированного научного исследования. Данное исследование проведено на базе структурных подразделений Сеченовского Университета: в клиники акушерства и гинекологии Сеченовского центра материнства и детства Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

В когорту нашего исследования вошли 107 пациенток с сочетанными формами пролапса тазовых органов II - IV степени. Данные пациентки были отобраны из числа обратившихся в клинику акушерства и гинекологии с целью обследования и дальнейшего лечения в С. Ц. М. и Д. Первого МГМУ им. И. М. Сеченова с 2021 по 2025г.

Пациентки были обследованы, в результате чего уточнена форма пролапса тазовых органов и соматическая патология,

В процессе работы по набору и включению пациентов в исследование нами были выделены женщины, имеющие помимо пролапса тазовых органов III-IV степени по классификации POP-Qдекубитальные изменений слизистой шейки матки и влагиалища либо отягощенный соматический статус, который ограничивал проведение длительного эндотрахеального наркоза и наложение пневмоперитонеума. С другой стороны, наличие декубитальных изменений затрудняло проведение оперативного лечения влагиалищным доступом с использованием регионарной анестезии. Все пациентки с указанными выше клиническими особенностями были выделены из общего числа обратившихся больных и объединены в отдельную в третью группу. Все остальные больные были случайным образом были разделены на первые две группы. Таким образом для реализации целей и задачей работы было сформировано три группы пациенток: группа 1 - n=48, группа 2 - n=44 и группа 3 - n=15. При формировании групп исследования нами были определены критерии включения и исключения.

Критериями включения в первую (n=48) и вторую группу (n=44) исследования явились: наличие у пациенток сочетанных форм пролапса тазовых органов II и IV степени по классификации POP-Q; добровольное информированное медицинское согласие на дооперационное обследование и оперативное лечение.

Критерии исключения из первой и второй групп исследования: наличие у пациенток соматически отягощенного состояния, которое ограничивает или делает невозможным проведение длительного эндотрахеального наркоза и наложение пневмоперитонеума; наличие у пациенток декубитальных изменений шейки матки и слизистой влагалища; планирование пациентками беременности; отказ от участия в исследовании на любом его этапе.

Критерии включения больных в третью группу (n=15) исследования: наличие у пациенток сочетанных форм пролапса тазовых органов III и IV степени по классификации POP-Q; наличие у пациенток соматически отягощенного состояния, которое ограничивает или делает невозможным проведение длительного эндотрахеального наркоза и наложение пневмоперитонеума; наличие у пациенток декубитальных изменениями шейки матки и слизистой влагалища; добровольное информированное медицинское согласие на дооперационное обследование и оперативное лечение.

Критерии не включения в третью группу: острая фаза воспаления и обострение хронических инфекционных заболеваний за пределами половых органов; злокачественные образования женских половых органов; онкологические заболевания; отказ от участия в исследовании на любом его этапе.

В соответствии с вышеизложенными критериями, в группу № 1 данного исследования были включены 48 пациенток с сочетанными формами пролапса. Эта группа явилась основной в исследовании и этим пациенткам была выполнена коррекция пролапса с помощью разработанной методики - комбинированной продольно-поперечной билатеральной пектовагинопексиилапароскопическим доступом.

В группу № 2 – группу сравнения было включено. Пациенткам данной группы коррекция генитального пролапса была выполнена с помощью наиболее распространенной в настоящее время операции - продольной унилатеральной сакровагинопексиилапароскопическим доступом.

В состав группы №3 вошли 15 пациенток, лечение которых осуществлялось в два этапа. Первым этапом была выполнена лапароскопическая экстраперитонеальная лигатурная гистеросуспензия при помощи титановых лент, вторым этапом проведена,

модифицированная Манчестерская операция трансвагинальным доступом с использованием титановой ленты, кольпоперенеоррафия с леваторопластикой.

Всем пациенткам третьей группы проводили динамическое наблюдение динамическое наблюдение в течение 2-3 месяцев, во время которого проводили местную терапию, направленную на эпителизацию эрозий и антисептический эффект. С целью лучшей регенерации тканей применялась местная гормональная терапия и спринцевание влагалища в течение 2 месяцев. После восстановления состояния слизистой влагалища и завершения процесса эпителизации декубитальных изменений проводили 2 этап оперативного вмешательства влагалищным доступом – модифицированную Манчестерскую операцию трансвагинальным доступом, кольпоперенеоррафию с леваторопластикой, которая ранее была разработана в Сеченовском Университете на кафедре акушерства и гинекологии №1 (патент № RU2755668C1) и внедрена в практическую деятельность Клиники акушерства и гинекологии.

Всем пациентам, включенным в данное исследование, было проведено комплексное клиническое обследование, которое включало: сбор анамнестических данных, проведение влагалищного исследования, а также проведение лабораторных и инструментальных методов исследования.

С целью оценки стадии пролапса тазовых органов по международной классификации POP-Q [Pelvic Organ Prolapse Quantification System] производили измерения маточным зондом положения шести анатомических точек.

Диагностика состояния органов малого таза осуществлялась посредством трансперинеального ультразвукового исследования, выполненного на аппарате General Electric Voluson P8 (США), оборудованного высокочастотными внутрисполостными датчиками. Данный метод применялся для точного определения отделов тазового дна ассоциированных с пролапсом тазовых органов.

В нашем исследовании для оценки качества жизни и влияния пролапса на активность и состояния пациенток проводилось анкетирование всех пациенток до оперативного вмешательства, а также после его завершения. Анкетирование проводили по шкалам оценки PFDI – 20 (Pelvic Floor Distress Inventory) и PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7) Обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ SPSS® Statistics (IBM Corporation, Armonk, NY, U.S.A.). Минимальный уровень статистической значимости был стандартным для медицинских исследований: $p < 0,05$. Комплекс описательных статистик для количественных показателей результатов оперативного лечения с учетом количества наблюдений включал средние значения,

стандартные отклонения, минимальное и максимальное значения, а также медианы и квартили. Для количественных показателей рассчитывали ($M \pm m$) среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (m), медиану (Me), межквартильный размах ($Q1-Q3$, где $Q1$ – нижний, а $Q3$ – верхний квартиль). Статистическая обработка данных включала использование критерия Манна–Уитни для межгрупповых сравнений результатов опроса и Уилкоксона для оценки динамики показателей в группы. Сопоставление частотных характеристик (пол, результат) качественных показателей проводилось с критерия Фишера.

Результаты исследования

Клиническая характеристика пациенток групп наблюдения

В исследование было включено 107 женщин в возрасте от 53 до 76 лет с сочетанными формами генитального пролапса. Средний возраст пациенток составил $63,3 \pm 10,3$ лет.

Пролапс тазовых органов относится к группе заболеваний, которые не требуют экстренной хирургической коррекции, ввиду отсутствия угрозы для жизни, оказывает значительное влияние на социальную сферу жизни пациенток, проявляясь специфичными жалобами. При этом снижение качества жизни зачастую служит основным показанием для начала лечения, превалируя над медицинскими показаниями.

Благодаря интегрированному анализу анамнестических сведений и данных опросников качества жизни, мы систематизировали ключевые симптомы и жалобы пациенток характерные для предоперационного периода. Данные, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Жалобы пациенток в предоперационном периоде

Частота и характер патологии	I группа n = 48		II группа n = 44		III группа n = 15	
	пациент	%	пациент	%	пациент	%
тянущие боли в нижних отделах живота	27	56.3%	29	65.6%	13	86.6%
дискомфорт, ощущение инородного тела во влагалище	39	81.3%	41	93.2%	15	100%
декубитальные изменения	0	-	0	-	15	100%
ишурия	1	2.7%	1	2.9%	9	60%
аноректальная дисфункция	1	2.7%	1	2.9%	3	20%

Согласно полученным результатам, у пациенток всех изучаемых групп доминирующими жалобами явились ощущение инородного тела в области промежности. Они были

зафиксированы у 39 (81.3%) пациенток I группы, у 41 (93.2%) пациенток II группы и у 15 (100%) III группы.

Анализ данных измерений согласно классификации POP-Q, полученных во время влагалищного исследования позволил нам оценить степени пролапса у обследованных пациенток, что представлено в таблице в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение пациенток по степеням пролапса

Степень пролапса гениталий POP-Q	I группа n = 48		II группа n = 44		III группа n = 15	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
II	18	37.5%	14	31.8%	0	-
III	24	50 %	24	54.5%	0	-
IV	6	12.5 %	6	13.6%	15	100%

Количественная оценка опущения стенок влагалища по классификации POP-Q основана на измерении девяти параметров в сагиттальной плоскости.

Данные, отражающие количественную оценку опущения стенок влагалища у пациенток до операции представлены в таблице 3.

Таблица 3- Количественная оценка опущения стенок влагалища у пациенток трех групп до операции в соответствии с классификацией POP-Q

Характеристики пациенток (n=48)	Значение показателей		
	I группа n = 48	II группа n = 44	III группа n = 15
Aa, см	0,3±0,9	0,4 ± 0,9	1,4 ± 0,9
Ba, см	1,3±0,3	1,4 ± 0,4	1,6±0,4
Ap, см	0,4±0,8	0,5 ± 0,8	1,5 ± 0,8
Bp, см	1,4±0,5	1,6±0,5	1,8±0,5
C, см	2,4±0,4	2,6±0,4	3,6±0,4
TVL, см	4,2±0,2	4,2± 0,3	3,4± 0,3

Aa и Ba – дистальная и проксимальная части передней стенки, Ap и Bp - дистальная и проксимальная части задней стенки, C – шейка, TVL – общая длина влагалища

В нашем исследовании субъективные критерии пролапса на качество жизни пациенток мы оценивали путём подсчёта и сравнения количества баллов посредством опросников, предназначенных для определения качества жизни. Мы применяли опросники: PFDI -20 (Pelvic Floor Distress Inventory -20) и PFIQ-7 (Floor Impact Questionnaire-7) [66].

Статистическая обработка данных включала использование критерия Манна–Уитни для межгрупповых сравнений результатов опроса и Уилкоксона для оценки динамики показателей в пределах одной группы на разных этапах наблюдения (p_2 – критерий Уилкоксона* - достигнут уровень значимости $<0,05$).

Данные, характеризующие уровень качества жизни пациенток до хирургического вмешательства представлены в таблице 4.

Таблица 4- Уровень качества жизни пациенток хирургического вмешательства

Опросники	Группы	До операции, Me [Q1-Q3]	p_2
PFDI-20 (0–300)	I*	104,5 [89,6-127,1]	* $<0,001$
	II	109,7 [90,1-128,2]	* $<0,001$
	III	140,7 [110,2-160,2]	* $<0,001$
POPDI-6 (0-100)	I*	62,3 [50,1–66,7]	* $<0,001$
	II	65,3 [51,1–66,7]	* $<0,001$
	III	87,8 [61,3–86,7]	* $<0,001$
CRADI-8 (0-100)	I*	9,1 [6,1-13,1]	* $<0,001$
	II	9,2 [6,3-13,1]	* $<0,001$
	III	11,2 [9,3-13,1]	* $<0,001$
UDI-6 (0-100)	I*	33,1 [25,0-54,2]	* $<0,001$
	II	35,2 [25,0-54,2]	* $<0,001$
	III	41,7 [31,0-54,2]	* $<0,001$
PFIQ-7 (0-300)	I	83,1 [72,1-104,3]	* $<0,001$
	II	87,7 [58,1-108,3]	* $<0,001$
	III	108,7 [87,3-108,3]	* $<0,001$
UIQ-7 (0-100)	I	35,7 [23,3-47,6]	* $<0,001$
	II	38,1 [26,8-46,4]	* $<0,001$
	III	48,1 [36,4-46,4]	* $<0,001$
CRAIQ-7 (0-100)	I	0 [0-4,8]	* $<0,001$
	II	0 [0-7,9]	* $<0,001$
	III	3 [1-11,9]	* $<0,001$
POPIQ-7 (0-100)	I	47,4 [30,1-60,8]	* $<0,001$
	II	49,6 [30,2-60,9]	* $<0,001$
	III	57,6 [40,3-61,9]	* $<0,001$

p_2 – критерий Уилкоксона. * - достигнут уровень значимости $<0,05$

По опроснику PFDI -20 итоговое число баллов в I группе составило 104, во II группе 109 баллов и III группе 140 баллов (состояние нормы – 0 баллов). По опроснику PFIQ-7 – количество баллов I группе составило 83, во II группе 87 баллов и III группе 108 баллов

В нашем исследовании для детальной и объективной оценки изменения положения тазовых органов мы проводили трансперинеальное ультразвуковое исследование во всех группах, что представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Данные трансперинеального ультразвукового исследования у пациенток до операции

Ультразвуковые методы исследования	I группа n = 48	II группа n = 44	III группа n = 15
Высота сухожильного центра промежности, мм	8,7±0,32	8,3±0,32	6,1±0,32
Толщина m. Puborectalis, мм	6,3±0,37	5,3±0,37	3,3±0,37
Диастаз m. Bulbocavernosus (медиальных пучков леваторов), мм	12,3±0,3	13,2±0,3	15,2±0,3
Ширина m. bulbocavernosus (мышечных пучков ножек леватора), мм	7,09±0,32	8,1±0,32	9,3±0,32

Во время проведения ультразвукового исследования определяли следующие признаки несостоятельности мышц тазового дна: высоту сухожильного центра промежности, толщину пучков и диастаз этих мышц m. bulbocavernosus, толщину m. Puborectalis.

Хирургические аспекты лечения пациенток лапароскопическим доступом

Для группы сравнения нами была выбрана методика считающаяся наиболее распространенной в настоящий момент-сакровагинопексия лапароскопия, тотальная или субтотальная гистерэктомия.

Сакровагинопексия: формировали забрюшинный канал на всем протяжении от мыса крестца вдоль правой крестцово-маточной связки до ректовагинальной складки. Далее поддерживающую структуру купола влагалища/шейки матки формировали за счет двух синтетических лоскутов, которые устанавливали в продольной плоскости таза. Первый имплантат устанавливали в ректовагинальное пространство и фиксировали его отдельными швами к пучкам мышц, поднимающих задний проход с двух сторон. Противоположную часть лоскута, фиксировали к куполу влагалища/шейки матки. Вторым имплантатом фиксировали, с одной стороны, к куполу влагалища, частично накрывая первый имплантат. Затем противоположный конец фиксировали к промоторию.

Пациенткам первой группы нами проведена разработанная методика комбинированной поперечно-продольной фиксации. Лапароскопия, тотальная или субтотальная гистерэктомия: рассечение париетальной брюшины в области позадиматочного пространства. Диссекция ректовагинального пространства до мышц, поднимающих задний проход. Мобилизация стенки прямой кишки с выборкой ректоцеле. Выделение вдоль культей круглых связок матки участков гребенчатых связок (ligamentumpectineale) паравезикально в клетчатке стенки таза с обеих сторон. Поддерживающую структуру стенок влагалища и купола влагалища формировали за счет двух синтетических лоскутов. Первый имплантат с одной стороны имплантат устанавливали в ректовагинальное

пространство и фиксировали его отдельными швами к мышцам, поднимающим задний проход с двух сторон, затем противоположную часть лоскута фиксировали к куполу влагалища. Второй имплантат фиксировали в малом тазу в поперечном направлении: в центральной части фиксировали к передней стенке купола влагалища поверх первого имплантата, а его концы пришивали нерассасывающейся нитью отдельными швами к гребенчатым связкам.

По результатам хирургической коррекции нами проведен анализ количественной оценки опущения стенок влагалища у пациенток первой и второй группы в течение 12 месяцев. Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Количественная оценка опущения стенок влагалища у пациенток 1 и 2 групп после оперативного вмешательства в соответствии с классификацией POP-Q

Характеристики обследованных пациенток	Значение показателей					
	До операции у пациенток I группы	Через 6 месяцев после операции у пациенток I группы	После операции у пациенток I группы через 12 месяцев	До операции у пациенток II группы	Через 6 месяцев после операции у пациенток II группы	После операции у пациенток II группы через 12 месяцев
Аа, см	0,3±0,9	-2,5±0,5	-2,4±0,5	0,4 ± 0,9*	-2,6±0,5	-2,5±0,5
Ва, см	1,3±0,3	-2,6±0,4	-2,5±0,4	1,4±0,4	-2,7±0,4	-2,6±0,4
Ар, см	0,4±0,8	-2,4±0,5	-2,3±0,5	0,5 ± 0,8	-2,8±0,5	-2,7±0,5
Вр, см	1,4±0,5	-2,7±0,4	-2,6±0,4	1,6±0,5	-2,8±0,4	-2,7±0,4
С, см	2,4±0,4	-6,3±0,4	-6,2±0,4	2,6±0,4	-6,5±0,4	-6,4±0,4
TVL, см	4,2±0,2	8,2± 0,2	8,1± 0,2	4,2± 0,3	8,2± 0,3	8,1± 0,3

Аа и Ва – дистальная и проксимальная части передней стенки, Ар и Вр - дистальная и проксимальная части задней стенки, С – шейка, TVL – общая длина влагалища

При трансперинеальном ультразвуковом исследовании на контрольных осмотрах через 1, 6 и 12 месяцев у пациенток выявлено отсутствие рецидива заболевания. Данные трансперинеального ультразвукового исследования органов малого таза пациенток 1 и 2 групп после оперативного вмешательства представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Результаты хирургической коррекции по данным трансперинеального ультразвукового исследования у пациенток 1 и 2 групп после оперативного вмешательства

Показатель	I группа до операции	I группа через 6 месяцев после операции	I группа через 12 месяцев после операции	II группа до операции	II группа через 6 месяцев после операции	II группа через 12 месяцев после операции	P-уровень
Высота сухожильного центра промежности, мм	8,7±0,32	12±0,32	12±0,32	8,3±0,32	11±0,32	11±0,32	p<0,05
Толщина м. Puborectalis, мм	6,3±0,37	11±0,37	11±0,37	5,3±0,37	10±0,37	10±0,37	p<0,05
Диастаз м. Bulbocavernosus (медиальных пучков леваторов), мм	12,3±0,3	0,0	0,0	13,2±0,3	0,0	0,0	p<0,05
Ширина м. bulbocavernosus (мышечных пучков ножек леватора), мм	7,09±0,32	14,3±0,28	14,3±0,28	8,1±0,32	13,2±0,29	13,2±0,29	p<0,05

Во время исследования в послеоперационном периоде наблюдалось отсутствие диастаза м. bulbocavernosus (медиальных пучков леваторов), повышение высоты сухожильного центра промежности, повышение толщины пучков м. puborectalis и увеличение ширины м. bulbocavernosus (мышечных пучков ножек леватора) как у пациенток 1 группы, так и у пациенток 2 группы. При статистическом анализе нами не было отмечено статистически достоверной разницы между результатами лечения больных 1 и 2 групп - p<0,05.

Применение комбинированной двухэтапной хирургической коррекции

Оперативное лечение у пациенток третьей группы проводилось в два этапа:

- **I этап — Лапароскопия, гистеросуспензия:** Лечение, направленное на восстановление декубитальных изменений шейки и слизистой влагалища. Всем пациенткам третьей группы проводили динамическое наблюдение в течение 2-3 месяцев, во время

которого проводили местную терапию, направленную на эпителизацию эрозий и антисептический эффект. С целью лучшей регенерации тканей применялась местная гормональная терапия и спринцевание влагалища. Динамическое наблюдение проводилось до полного восстановления состояния шейки матки и слизистой влагалища и завершения процесса эпителизации декубитальных изменений.

• **II этап— Московская операция:** Переднюю стенку влагалища рассекали продольно по средней линии и продолжая разрез циркулярно на шейку матки. Пересекали и прошивали кардинальные связки матки с обеих сторон. Формировали каналы к obturatorным мембранам и к сакроспинальным связкам с обеих сторон. При помощи проводников устанавливали титановые «якоря» в сакроспинальные связки с обеих сторон. Из титановой сетки выкраивали имплантаты и их концы с помощью изогнутого проводника проводили трансobturatorно и выводили их на кожу промежности в области пахово-бедренных складок с обеих сторон. Проксимальные концы имплантатов были фиксированы отдельными швами к передней поверхности шейки матки. Далее проводилось иссечение влагалищной порции шейки матки, шейку матки формировали швами по Штурмдорфу. Переднюю стенку влагалища восстанавливали отдельными швами. Затем концы титановых имплантатов подтягивали кпереди и вверх, в результате чего купировалось смещение матки вниз, и она занимала физиологическое положение, излишки титановых лоскутов срезались на уровне кожи. По результатам оперативного лечения в 3 группе: жалобы на тянущие боли в нижних отделах живота после оперативного лечения наблюдались у 4 (26,6%) пациенток III группы.

Результаты влагалищного исследования после оперативного вмешательства, позволили нам систематизировать данные и определить степень пролапса тазовых органов после оперативного лечения. Данные, отражающие распределение пациенток по степеням пролапса после оперативного лечения представлены в таблице 8.

Таблица 8 - Распределение пациенток по степеням пролапса после оперативного лечения

Степень пролапса гениталий POP-Q	I группа n = 48		II группа n = 44		III группа n = 15	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	41	85,4%	40	90,9%	15	100%
0	6	12,5%	4	4,5%	0	-

В первой группе у 41 пациентки после оперативного лечения I степень пролапса тазовых органов и у 6 пациенток выявлено отсутствие пролапса тазовых органов. Во второй группе у 40 пациенток после оперативного лечения I степень пролапса тазовых органов и у

4 пациенток выявлено отсутствие пролапса тазовых органов. В третьей группе у 15 пациенток после оперативного лечения I степень пролапса тазовых органов.

При трансперинеальном ультразвуковом исследовании на контрольных осмотрах через 1 и 12 месяцев у пациенток 1 и 2 групп выявлено отсутствие рецидива заболевания: купол влагалища/шейка матки располагались выше уровня лонного сочленения.

По результатам трансперинеального ультразвукового исследования на контрольных осмотрах через 1 и 12 месяцев после 2 этапа оперативного лечения у пациенток 3 группы выявлено отсутствие рецидива заболевания: при натуживании смещения стенок и культи шейки матки не зарегистрировано.

Данные трансперинеального ультразвукового исследования органов малого таза пациенток 3-х групп до и после оперативного вмешательства представлены в таблице 9.

Таблица 9 - Трансперинеальное ультразвуковое исследования пациенток 3 групп до и после оперативного вмешательства

Показатель	I группа до операции	I группа через 12 месяцев после операции	II группа до операции	II группа через 12 месяцев после операции	III группа до операции	III группа через 12 месяцев после 2 этапа операции	p-уровень
Высота сухожильного центра промежности, мм	8,7±0,32	12±0,32	8,3±0,32	11±0,32	6,1±0,32	10±0,32	p<0,05
Толщина m. Puborectalis, мм	6,3±0,37	11±0,37	5,3±0,37	10±0,37	3,3±0,37	9,3±0,39	p<0,05
Диастаз m. Bulbocavernosus (медиальных пучков леваторов), мм	12,3±0,3	0,0	13,2±0,3	0,0	15,2±0,3	0,0	p<0,05
Ширина m. Bulbocavernosus (мышечных пучков ножек леватора), мм	7,09±0,32	14,3±0,28	8,1±0,32	13,2±0,29	9,3±0,32	11,3±0,32	p<0,05

В ходе сравнения результатов трансперинеального ультразвукового исследования между группами отмечено преимущество у пациенток 1 группы, в которой была выполнена пектовагинопексия, в отношении высоты сухожильного центра промежности, толщины m. Puborectalis, диастаза m. Bulbocavernosus и ширины m. bulbocavernosus на ($p < 0,011$) по сравнению с сакровагинопексией и на ($p < 0,113$) по сравнению с 2-х этапной методикой оперативного лечения.

В нашем исследовании субъективное влияние проблемы пролапса тазовых органов на качество жизни пациенток. В первых двух группах опросники качества жизни пациентки заполняли через 6;12;24 и 36 месяцев после оперативного вмешательства. В результате анализа данных опросов женщин прослеживалось достоверное снижение количества баллов после оперативного вмешательства.

Данные, отражающие оценку качества жизни после операции у пациенток 1 и 2 групп представлены в таблице 10.

Таблица 10- Оценка качества жизни пациенток после операции у пациенток 1 и 2 групп

Опросники	Группы	До операции, Ме [Q1-Q3]	Через 12 месяцев после операции, Ме [Q1-Q3]	Через 24 месяца после операции, Ме [Q1-Q3]	Через 36 месяцев после операции, Ме [Q1-Q3]	p2
PFDI-20 (0-300) p1 <0,001*	I*	104,5 [89,6-127,1]	8,3 [0-16,7]	3,3 [0-7,3]	1,3 [0-1,3]	*<0,001
	II	109,7 [90,1-128,2]	8,4 [0-16,8]	3,4 [0-7,4]	1,4 [0-1,4]	*<0,001
POPDI-6 (0-100) p1 <0,001*	I*	62,3 [50,1-66,7]	8,3 [0-16,7]	3,3 [0-7,3]	1,3 [0-1,3]	*<0,001
	II	65,3 [51,1-66,7]	8,4 [0-16,8]	3,4 [0-7,4]	1,4 [0-1,4]	*<0,001
CRADI-8 (0-100) p1 <0,001*	I*		0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	*<0,001
	II	9,1 [6,1-13,1]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	*<0,001
UDI-6 (0-100) p1 = 0,011*	I*	9,2 [6,3-13,1]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	*<0,001
	II		0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	*<0,001
PFIQ-7 (0-300) p1 = 0,306	I	33,1 [25,0-54,2]	0 [0-13,1]	0 [0-7,1]	0 [0-1,1]	*<0,001
	II	35,2 [25,0-54,2]	0 [0-13,3]	0 [0-7,3]	0 [0-1,3]	*<0,001
UIQ-7 (0-100) p1 = 0,603	I		0 [0-13,1]	0 [0-7,1]	0 [0-1,1]	*<0,001
	II	83,1 [72,1-104,3]	0 [0-13,3]	0 [0-7,3]	0 [0-1,3]	*<0,001
CRAIQ-7 (0-100) p1 = 0,363	I	87,7 [58,1-108,3]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	*<0,001
	II		0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	*<0,001
POPIQ-7 (0-100) p1 = 0,257	I	35,7 [23,3-47,6]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	*<0,001
	II	38,1 [26,8-46,4]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	*<0,001

p2 – критерий Уилкоксона. * - достигнут уровень значимости <0,05

При оценке качества жизни после оперативного лечения следует отметить достоверное снижение количества баллов по валидизированным опросникам качества жизни в обеих группах. По опроснику PFDI -20 в обеих группах итоговое число составило 1 балл. По опроснику PFIQ-7 в обеих группах итоговое число составило 0 баллов. Таким образом, наши данные свидетельствуют об удовлетворенности оперативным лечением пациентками обеих групп. В результате у пациенток первой группы спустя 12 месяцев показатели уменьшились в 13 раз, у пациенток второй группы спустя 12 месяцев показатели уменьшились в 11 раз.

Оценка дисфункции тазовых органов с помощью опросника PFIQ-7 свидетельствовала о том, что у пациенток первой группы спустя 12 месяцев показатели уменьшились в 98 раз и у пациенток второй группы спустя 12 месяцев показатели уменьшились в 96 раз, что свидетельствует о лучшем функциональном результате лечения.

В третьей группе опросники качества жизни пациентки заполняли через 12 месяцев после второго этапа оперативного вмешательства. Данные о субъективной оценке качества жизни у пациенток 3 группы спустя 12 месяцев после второго этапа оперативного лечения представлены в таблице 11.

Таблица 11 - Оценка качества жизни пациенток после оперативного лечения у пациенток 3 группы

Опросники	Группы	До операции, Me [Q1-Q3]	Через 12 месяцев после 2 этапа операции Me [Q1-Q3]	Через 24 месяца после 2 этапа операции Me [Q1-Q3]	Через 36 месяцев после 2 этапа операции Me [Q1-Q3]	p2 *
PFDI-20 (0-300) p1 <0,001*	III	140,7 [110,2-160,2]	17,7 [0,2-23,2]	7,7 [0,2-11,2]	1,7 [0,2-2,2]	<0,001
POPDI-6 (0-100) p1 <0,001*	III	87,8 [61,3-86,7]	17,7 [0,2-23,2]	7,7 [0,2-11,2]	1,7 [0,2-2,2]	<0,001
CRADI-8 (0-100) p1 <0,001*	III	11,2 [9,3-13,1]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	<0,001
UDI-6 (0-100) p1 <0,013*	III	41,7 [31,0-54,2]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	<0,001
PFIQ-7 (0-300) p1 = 0,503	III	108,7 [87,3-108,3]	0 [0-17,3]	0 [0-7,3]	0 [0-1,3]	<0,001
UIQ-7 (0-100) p1 = 0,609	III	48,1 [36,4-46,4]	0 [0-17,3]	0 [0-7,3]	0 [0-1,3]	<0,001
CRAIQ-7 (0-100) p1 = 0,363	III	3 [1-11,9]	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	<0,001
POPIQ-7 (0-100) p1 = 0,269	III	57,6 [40,3-61,9]	0 [0-0]			<0,001

По опроснику PFDI -20 итоговое число баллов в III группе составило 17. По опроснику PFIQ-7 - 0 баллов. В результате у пациенток третьей группы спустя 12 месяцев

показатели уменьшились в 82 раз. Оценка дисфункции тазовых органов с помощью опросника PFIQ-7 свидетельствовала о том, что у пациенток третьей группы спустя 12 месяцев показатели уменьшились в 87 раз, что свидетельствует о лучшем функциональном результате лечения.

ВЫВОДЫ

1. Комбинированные методики в лечении генитального пролапса показали свою эффективность и безопасность. Эффективность оперативного лечения составила 97% у пациенток I группы, 96% у пациенток II группы и 92 % пациенток у III группы.

2. При оценке групп пациенток нами установлено, что наибольшее количество случаев в нашем исследовании занимала III степень пролапса тазовых органов 48 (46,2%) пациенток, второе место занимала II степень пролапса тазовых органов и составляет 32 (31,08%) пациентки; наименьшее количество случаев занимала IV степень пролапса тазовых органов 27 (26,01%) пациентки. Таким образом, в нашем исследовании II и III степень пролапса тазовых органов являлась превалирующим показанием для хирургического лечения. Наиболее частыми причинами развития сочетанных форм пролапса тазовых органов с декубитальными изменениями слизистой влагалища являются: высокий паритет – 81,3%, травмы родовых путей – 43,1%, заболевания, повышающие внутрибрюшное давление 36,3% и сахарных диабет – 13,8%.

3. Комплексное обследование пациенток с пролапсом тазовых органов, включающее: сбор анамнестических данных, анализ результатов влагалищного исследования, ультразвуковое исследование структур тазового дна и оценку результатов опросников качества жизни, содействуют улучшению качества диагностики, уточнению степени и формы генитального пролапса, характера сопутствующей патологии, что делает возможным персонализированный подход к каждой пациентке и выбор оптимальной тактики хирургического лечения.

4. Разработанная методика комбинированной продольно-поперечной билатеральной фиксации (пектовагинопексии), имеет следующие преимущества перед известными методиками лапароскопической коррекции сочетанных форм генитального пролапса: две точки фиксации имплантата, повышает комфортность выполнения и потенциально более безопасна за счет отсутствия работы в сложных анатомических зонах. Данная методика позволила повысить эффективность хирургического лечения у пациенток с сочетанными формами пролапса тазовых органов: эффективность оперативного лечения составила около 96%.

5. Разработанная методика 2-х этапного подхода хирургического лечения включающая лапароскопическуюэкстраперитонеальную лигатурную гистеросуспензию и отсроченную трансвагинальную коррекцию с использованием модификации манчестерской операции, позволила повысить эффективность хирургического лечения у пациенток с сочетанными формами пролапса тазовых органов на фоне декубитальных изменений слизистой влагалища и отягощенного соматического статуса: эффективность оперативного лечения составила около 91%, число послеоперационных осложнений составило 1%.

6. Проведенное оперативное лечение по коррекции сложных форм генитального пролапса, по мимо факта восстановления анатомических структур, подтвержденных данными объективных методов исследования, оказывает положительное влияние на качество жизни пациента по валидированным опросникам PFDI-20 (97,6%) и PFIQ-7 (94,3%) у пациенток I группы, PFDI-20 (95,3%) и PFIQ-7 (91,2%) у пациенток II группы, PFDI-20 (91,3%) и PFIQ-7 (87,3%) у пациенток III группы

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Пациенткам с сочетанными формами генитального пролапса показано комплексное обследование, включающее в себя не только сбор анамнеза и результатов обследования, но и оценка субъективных проявлений заболевания и влияние пролапса на качество жизни, что делает возможным персонифицированный подход и выбор оптимальной тактики хирургического лечения.

2. При выборе метода оперативной коррекции сочетанных форм генитального пролапса лапароскопическим доступом, рекомендовано отдать предпочтение пектовагинопексии с билатеральной фиксацией имплантов, которая лишена рисков работы в сложных анатомических зонах, что повышает комфортность ее выполнения для оперирующего гинеколога.

3. При наличии атрофических изменений во влагалище у соматически отягощенных женщин с сочетанными формами генитального пролапса оперативное лечение целесообразно проводить в два этапа: на первом этапе - лапароскопическуюгистеросуспензию с использованием синтетических имплантатов. Перед вторым этапом оперативного лечения рекомендовано проведение местной терапии до полной эпителизациидекубитальных изменений. Далее для всех пациенток третьей группы рекомендовано динамическое наблюдение в течение 2-3 месяцев включающее местную терапию, направленную на эпителизациюдекубитальных изменений и антисептический эффект. С целью лучшей регенерации тканей применялась гормональная

терапия и спринцевание влагалища. Затем вторым этапом проводили модифицированную Манчестерскую операцию с использованием синтетических имплантатов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Брюнин Д. В. Лапароскопический способ коррекции сочетанных форм генитального пролапса / Д. В. Брюнин, Ю. В. Чушков, **А. Н. Пяткина** // **Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева.** – 23. – Т. 10. – № 2. – С. 113–122. Р. 113–122. – DOI:10.17816/2313-8726-2023-10-2-113-122.

2. Ищенко, А. И. Модификация операции Нейгебауэра–Лефора у пациенток пожилого и старческого возраста / А. И. Ищенко, А. А. Ищенко, **А. Н. Пяткина** // **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии** – 2023. – Т. 22. – № 3. – С. 118–121. – DOI: 10.20953/1726-1678-2023-3-118-121.

3. Новая хирургическая методика коррекции комбинированной формы тазового пролапса / А. И. Ищенко, А. А. Ищенко, А. А. Казанцев, **А. Н. Пяткина** // **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.** – 2024. – Т. 23. – № 4. – С. 132–136. – DOI: 10.20953/1726-1678-2024-4-132-136.

4. Пяткина, А. Н. Методы коррекции сочетанных форм генитального пролапса лапароскопическим доступом / **А. Н. Пяткина**, Д. В. Брюнин, Ю. В. Чушков // **РМЖ. Мать и дитя.** - 2024. – Т. 7. – № 1. – С. 18-25. – DOI: 10.32364/2618-8430-2024-7-1-3.

5. Современные подходы в комбинированном хирургическом лечении сочетанных форм генитального пролапса / Д. В. Брюнин, А. И. Ищенко, **А. Н. Пяткина**, Ю. В. Чушков // **Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева.** – 2024. – Т. 11. – № 4. – С. 430–439. – DOI: <https://doi.org/10.17816/aog627361>.

6. Сравнительный анализ эффективности различных методик хирургической коррекции переднего пролапса II–III степени / А. И. Ищенко, А. А. Казанцев, **А. Н. Пяткина**, И. Д. Хохлова // **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.** – 2024. – Т. 23. – № 4. – С. 24–31. – DOI: 10.20953/1726-1678-2024-4-24-31.

Патент № RU 2 806 872, Российская Федерация, С2 МПК А61В 17/42 (2006.01); А61В 17/34 (2006.01); А61F 2/04 (2013.01). Способ хирургической коррекции сочетанных форм генитального пролапса с помощью лапароскопической комбинированной продольно-поперечной фиксации купола влагалища или шейки матки (варианты) : № 2022111550 : заявл. 27.04.2022 : **опубл. 08.11.2023** / Брюнин Д. М., **Пяткина А. Н.**, Джибладзе Т. А., Хохлова И. Д., Чушков Ю. В. // Patents.Google : официальный сайт. – URL: https://fips.ru/registers-doc-view/fips_servlet

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

УЗИ — ультразвуковое исследование

POP-Q — pelvicOrganProlapseQuantification

PFDI-20 — pelvic Floor Distress Inventory-20

PFIQ-7 — pelvic Floor Impact Questionnaire-7