

А.И. Ищенко,*д.м.н., профессор, директор НИО женского здоровья, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова***Л.С. Александров,***д.м.н., заместитель директора НИО женского здоровья по научной и инновационной деятельности, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова***О.Ю. Горбенко,***к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова***Ю.В. Чушков,***к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова***К.А. Будникова,***к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова***A.I. Ischenko,***MD, prof., director of the Research Department of women's health, head of the chair of obstetrics and gynecology № 1 of the I.M. Sechenov First MSU***L.S. Aleksandrov,***MD, deputy director of the Research Department of women's health for research and innovation, prof. of the chair of obstetrics and gynecology № 1 of the I.M. Sechenov First MSU***O.Yu. Gorbenko,***PhD, associate prof. of the chair of obstetrics and gynecology № 1 of the I.M. Sechenov First MSU***Yu.V. Chushkov,***PhD, associate prof. of the chair of obstetrics and gynecology № 1 of the I.M. Sechenov First MSU***K.A. Budnikova,***PhD, assistant of the chair of obstetrics and gynecology № 1 of the I.M. Sechenov First MSU*

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У ЖЕНЩИН

AN OPTIMIZED APPROACH TO THE SURGICAL CORRECTION AND PREVENTION OF GENITAL PROLAPSE IN WOMEN

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Юрий Васильевич Чушков, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1
Адрес: 119435, г. Москва, ул. Еланского, д. 2, стр. 1
Телефон: 8 (495) 622–96–53
E-mail: chushkov@mmascience.ru
Статья поступила в редакцию: 15.04.2014
Статья принята к печати: 12.05.2014

CONTACT INFORMATION:

Yury Vasilievich Chushkov, associate prof. of the chair of obstetrics and gynecology № 1
Address: 2–1 Elanskogo str., Moscow, 119435
Tel.: 8 (495) 622–96–53
E-mail: chushkov@mmascience.ru
The article received: 15.04.2014
The article approved for publication: 12.05.2014

Аннотация. Актуальность проблемы пролапса гениталий обусловлена распространенностью, ранней манифестацией, высокой частотой рецидивов. В связи этим перед настоящим исследованием была поставлена цель: повысить эффективность хирургического лечения больных с опущением внутренних половых органов путем разработки и внедрения нового метода хирургического лечения и профилактики рецидива пролапса гениталий. Нами было обследовано 74 женщины с опущением внутренних половых органов в сочетании с другой гинекологической патологией: I группу составили 38 пациенток, которым было выполнено хирургическое лечение опущения и выпадения внутренних половых органов по модифицированной методике, основанной на способе фиксации крестцово-маточных связок «армированным» апоневротическим лоскутом; II группу — 36 пациенток, которым была выполнена оригинальная комбинированная двухэтапная операция фиксации крестцово-маточных связок апоневротическим лоскутом по методу В.И. Краснопольского. Исследования показали, что предложенная модификация физиологически обоснована, технически проста в исполнении, практически не удлиняет время операции (по сравнению со своим оригинальным аналогом), позволяет в определенной мере сохранить репродуктивную функцию, восстановить анатомию и функцию тазовых органов. Применение ее не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями, позволяет сократить число рецидивов, улучшить качество жизни.

Annotation. Urgency of the problem is due to the prevalence of genital prolapse, early onset, high rates of relapse. In this regard, this study before the goal was set: to increase the effectiveness of surgical treatment of patients with prolapse of the internal reproductive organs by developing and implementing a new method of surgical treatment and prevention of recurrent prolapse. We examined 74 women with prolapse of the internal reproductive organs in combination with other gynecological pathology: I group consisted of 38 patients who underwent surgical treatment of descent and prolapse of internal genitals by a modified procedure based on the method of fixing the sacro-uterine ligaments «reinforced» aponeurotic flap; Group II — 36 patients who underwent the original two-stage combined operation of fixing the sacro-uterine ligaments aponeurotic flap method of V.I. Krasnopolsky. Studies have shown that the proposed modification is physiologically sound and technically easy to perform, almost does not extend the time of surgery (compared with the original analogue), allows to some extent to preserve reproductive function, restore the anatomy and function of the pelvic organs. Its application is not accompanied by severe postoperative complications, reduces the number of relapses, improve quality of life.

Ключевые слова. Гинекология, пролапс гениталий, хирургическое лечение.

Keywords. Gynecology, genital prolapse, surgical treatment.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность проблемы пролапса гениталий обусловлена распространенностью, ранней манифестацией, высокой частотой рецидивов. Частота генитального пролапса достигает по данным различных авторов 28–38,9% среди всех гинекологических заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции. Пик заболевания в 56,3% приходится на возраст старше 50 лет. Женщины в возрасте до 45 лет составляют 30–37,5% больных с пролапсом гениталий, женщины до 30 лет — 10,1–12,3% [1, 2]. Тазовый пролапс может сопровождаться серьезными изменениями как статики внутренних половых и смежных органов, так и ряда их важнейших функций, нарушающим нормальное течение жизни во многих аспектах: личностном, семейном, социальном, профессиональном. Так, уродинамические нарушения, по данным Д.Ю. Пушкаря [3], встречаются практически у каждой второй больной (45%), а проктологические осложнения, по данным Cespedes R.D. и соавт. [4], развиваются у каждой третьей больной.

В отечественной и зарубежной литературе детально описано свыше 300 способов хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов влагалищным, абдоминальным, лапароскопическим или комбинированным доступом. Однако, несмотря на возрастающее количество методов хирургического лечения опущения и выпадения органов малого таза, часто встречаются как осложнения оперативного лечения, так и рецидивы заболевания. По данным зарубежной литературы, рецидив заболевания в виде опущения и выпадения купола влагалища достигает 30 — 40% после влагалищной гистерэктомии, а по данным отечественных авторов частота выпадения купола влагалища после операции составляет 0,2–43% [2, 5, 6].

В связи с вышеизложенным перед настоящим исследованием была поставлена цель: повысить эффективность хирургического лечения больных с опущением внутренних половых органов путем разработки и внедрения нового метода хирургического лечения и профилактики рецидива пролапса гениталий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 74 женщины с опущением внутренних половых органов в сочетании с другой гинекологической патологией. Критериями включения пациенток в исследование были:

Наличие опущения стенок влагалища и внутренних половых органов в сочетании с другой генитальной патологией, требующее хирургической коррекции, в том числе у пациенток, планирующих беременность и роды.

Наличие в анамнезе факторов высокого риска развития рецидивов опущения и выпадения внутренних половых органов.

Критерием исключения пациенток из групп было наличие недержания мочи при напряжении. Пациентки были разделены на 2 группы.

I группа (основная) — 38 пациенток, которым было выполнено хирургическое лечение опущения и выпадения внутренних половых органов по модифицированной методике, основанной на способе фиксации крестцово-маточных связок апоневротическим лоскутом по методу В.И. Краснополяского.

II группа (контрольная) — 36 пациенток, которым была выполнена оригинальная комбинированная двухэтапная операция фиксации крестцово-маточных связок апоневротическим лоскутом по методу В.И. Краснополяского (авторское свидетельство № 1052226, 1990 г.).

Все женщины были обследованы по единому плану: пациенткам перед операцией в полном объеме было проведено клиническое обследование, включающее сбор и изучение анамнестических данных и жалоб, общий осмотр и влагалищное исследование с применением функциональных проб, лабораторные методы обследования, кольпоскопию, УЗИ органов малого таза. При определении степени опущения половых органов мы пользовались количественной классификацией (POP-Q, 1996), разработанной международной группой исследователей, рекомендованной к практическому применению Международным обществом по удержанию мочи (ICS) [7, 8].

Возраст больных в обеих группах колебался от 35 до 70 лет, при этом 31 (41,9%) женщина находилась в возрасте до 44 лет, т. е. в репродуктивном возрасте. Возраст пациенток первой группы варьировал от 36 до 67 лет, второй группы — от 35 до 70 лет. Достоверных различий возрастных показателей в обеих группах не выявлено. В постменопаузе находились 11 (28,9%) женщин в первой группе и 14 (38,9%) — во второй. Возраст наступления менопаузы варьировал от 45 до 53 лет в обеих группах. Длительность постменопаузы колебалась от 1 года до 26 лет в обеих группах.

Помимо опущения внутренних половых органов все обследуемые женщины имели различные сопутствующие гинекологические заболевания, необходимость хирургического лечения которых являлось основной причиной для госпитализации. Частота и характер сопутствующей генитальной патологии представлена в табл. 1, из которой видно, что в структуре гинекологической патологии у наблюдаемых больных ведущее место принадлежит миоме матки и аденомиозу.

Таблица 1.

Частота и характер сопутствующей генитальной патологии

Характер генитальной патологии	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Миома матки	23	60,5	19	52,8
Аденомиоз	12	31,6	13	36,1
Гиперпластический процесс эндометрия	7	18,4	11	30,6
Доброкачественные опухоли яичников	5	13,2	8	22,2
Патология шейки матки:				
цервикальные эктопии	3	7,9	2	5,6
дисплазии (CIN I, CIN II–III)	5	13,2	3	7,9

При анализе жалоб обращает на себя внимание тот факт, что почти у 40% больных из первой и второй групп отмечены проявления болевого синдрома различного характера и различной степени интенсивности (44,7% в первой группе и 38,9% во второй). Другими, наиболее часто встречающимися жалобами, были жалобы на нарушения менструального цикла, отмеченные у 24,3% больных в первой группе и у 44,4% во второй.

Такие специфические жалобы как затрудненное мочеиспускание (5,3% в первой группе и 5,6% во второй группе) и запоры (7,9% в первой группе), свидетельствующие о тазовой дисфункции и нарушении иннервации органов малого таза фиксировались нами сравнительно редко, что можно объяснить наличием у обследованных больных начальных стадий тазового пролапса. Среди жалоб, связанных с нарушением мочеиспускания, несколько чаще отмечались жалобы на учащенное мочеиспускание (у

18,4% женщин в первой группе и у 13,9% — во второй группе).

При влагалищном исследовании у всех пациенток имелись проявления генитального пролапса. У 17 (44,7%) пациенток первой группы и у 12 (33,3%) — второй группы диагностировано проявление I ст. пролапса, а у 21 (55,3%) пациенток первой группы и у 24 (66,7%) — второй группы имелись проявления II ст. пролапса. При этом вышеуказанные стадии пролапса сочетались с цистоцеле у 13 (34,2%) женщин первой группы и у 17 (47,2%) — второй группы.

Наличием ректоцеле в сочетании с проявлениями пролапса характеризовались 17 (44,7%) пациенток первой группы и 16 (44,4%) — второй группы.

При сборе анамнеза нас интересовало, кто из больных был ранее информирован о наличии у них пролапса. Только около половины (59,5%) больных знали о наличии у них данной проблемы. Остальным больным диагноз сопутствующего пролапса был поставлен в отделении. При анализе трудовой деятельности отмечено, что более половины женщин — 23 (60,5%) в первой группе и 21 (58,3%) во второй группе имели большие физические нагрузки в настоящем или в прошлом, связанные с родом деятельности или в быту.

К факторам, играющим значительную роль в патогенезе опущения и выпадения внутренних половых органов, относятся количество и характер родов. Более трети обследуемых женщин — 33 (44,6%): 14 (36,8%) в первой группе и 19 (52,7%) во второй группе — имели в анамнезе двое и более родов. Достоверных различий по количеству родов в исследуемых группах не выявлено.

Анализ характера предшествующих родов показал, что чуть менее, чем в половине случаев 42 (40,1%) — 19 (37,3%) в первой группе и 23 (42,6%) во второй группе, роды сопровождались травмами промежности. Почти в каждом четвертом роде (23,8%) была выполнена перинеотомия или эпизиотомия: 12 (23,5%) в первой группе и у 13 (24,1%) во второй группе. Роды крупным плодом отмечены в 26 (24,8%) случаях (в 11 (21,6%) в первой группе и в 15 (27,8%) во второй), более чем вдвое выше, чем в популяции (8–10%), что также играют немаловажную роль в патогенезе опущения и выпадения внутренних половых органов.

Особое внимание при предоперационном обследовании и сборе анамнеза мы уделяли заболеваниям, имеющим отношение к проявлениям системной несостоятельности соединительной ткани, которая играет ведущую роль в патогенезе опущения и выпадения внутренних половых органов. В условиях врожденной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) высок риск развития рецидива пролапса, что во многом может определять метод хирургической коррекции [2, 9, 10]. В обеих исследуемых группах с достаточно высокой частотой встречались такие заболевания, как варикозная болезнь и геморрой — 29 (39,2%) — 17 (44,7%) в первой группе и 12 (33,3%) — во второй;

плоскостопие — 19 (25,7) — 11 (28,9) в первой группе и 8 (22,2%) во второй; грыжи передней брюшной стенки различной локализации — 6 (8,1%) — 4 (10,5%) в первой группе и 2 (5,6%) — во второй, аллергические реакции — 11 (14,9%) — 3 (7,9%) в первой группе и 8 (19,4%) во второй.

Таким образом, наиболее значимыми факторами в развитии опущения внутренних половых органов явились: травма тазовой диафрагмы и мышц промежности во время предшествующих родов, системная несостоятельность соединительной ткани, о которой свидетельствуют определенные экстрагенитальные заболевания, что указывает на полиэтиологичность этого заболевания.

Следует также отметить, что у части больных обеих групп при влагалищном исследовании выявлена такая патология как рубцовая деформация шейки матки и элонгация шейки матки. Рубцовая деформация шейки матки диагностирована у 4 (10,5%) женщин первой группы и у 6 (16,7%) — второй группы, а элонгация шейки матки выявлена у 2 (5,6%) женщин второй группы.

Характер выполненных оперативных вмешательств у больных основной и контрольной групп представлен в табл. 2.

Таблица 2.

Характер выполненных оперативных вмешательств у больных I и II групп

Оперативные вмешательства	I группа	II группа
Абдоминальный этап		
Миомэктомия	14	10
Овариозэктомия	3	2
Резекция яичников	2	6
Надвлагалищная ампутация матки	13	17
Экстирпация матки	8	5
Влагалищный этап		
Кольпоперинеолеваторопластика	38	16
Передняя кольпорафия	13	17

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В нашей работе мы оценивали клиническую эффективность предложенной нами модификации способа хирургического лечения и профилактики тазового пролапса, которая была выполнена у 38 больных (основная группа) путем сравнения с уже апробированным методом апоневротической фиксации, произведенной у 36 пациенток (контрольная группа). Обоснованием для выбора применения данной модификации служили такие несомненные достоинства метода В.И. Краснопольского, как: создание предпосылок для восстановления нормального кровоснабжения во всех отделах матки, а также верхней и средней трети влагалища; изменение в результате

операции везикоуретрального угла за счет смещения матки вперед, величину которого возможно регулировать интраоперационно; создание дополнительной, достаточно мощной связочной структуры, несущей в себе одновременно подвешивающую, фиксирующую и поддерживающую функции; возможность выполнения органосохраняющих операций, что позволяет сохранять не только менструальную, но и репродуктивную функцию. Однако, принимая во внимание данные литературы последних лет о ведущей роли дисплазии соединительной ткани в генезе пролапса и высокой частоте рецидивов, мы сочли целесообразным дополнить предложенный ранее метод укреплением («армированием») апоневротического лоскута не рассасывающейся нитью. Это, по нашему мнению, будет способствовать более надежной фиксации лоскута и профилактике рецидива заболевания за счет прочности и жесткости, вплетенной в апоневротический лоскут нити.

Разница в оперативном лечении пациенток представленных групп состояла еще и в том, что, учитывая начальные стадии пролапса, больным контрольной группы влагалищный этап выполнялся при наличии показаний, т. е. при наличии у них цистоцеле или ректоцеле. Кольпоперинеолеваторопластика во II группе была выполнена у 44,4% больных, передняя кольпорафия у 47,2%. Учитывая имеющиеся данные о выраженных дистрофических изменениях мышечной ткани и экстрацеллюлярного матрикса в m. levator ani при оперативном лечении пациенток I группы, с целью профилактики рецидива пролапса кольпоперинеолеваторопластику мы выполняли у всех больных, тогда как переднюю кольпорафию при наличии у больной цистоцеле. Таким образом, мы добивались послойного восстановления тканей с укреплением связочного аппарата и надежной фиксацией к фиброзным структурам, что обеспечивало многоуровневую поддержку структур малого таза, и позволяло снизить частоту рецидивов.

Мы также придерживались предложенной авторами оригинальной методики очередности выполняемых этапов: в первую очередь выполнялся комплекс влагалищных операций, второй очередью — абдоминальный этап. При иной очередности этапов операции за счет высокой фиксации матки, культи шейки или купола влагалища выполнение влагалищного этапа может оказаться технически более сложным.

В качестве I (влагалищного) этапа выполнялись передняя кольпорафия и кольпоперинеолеваторопластика по обычной методике.

При выполнении II (абдоминального) этапа сформированные типично справа и слева апоневротические лоскуты «армировались» не рассасывающейся нитью «Этибон». Далее ход операции выполнялся также типично. Края «армированных» лоскутов не рассасывающейся нитью крепились к области крестцово-маточных связок.

Сравнительную оценку оперативных вмешательств мы проводили, ориентируясь в первую очередь на клинические данные, к которым мы относили: продолжительность послеоперационной госпитализации, продолжительность операции, величину интраоперационной кровопотери, длительность применения наркотических анальгетиков. При сравнительной оценке данных критериев у больных первой и второй групп не выявлено достоверных различий (табл. 3).

Таблица 3.

Клинические показатели оперативного вмешательства

Показатели	I группа	II группа
Послеоперационный период, сут	8,9±0,9	9,3±1,2
Время операции, мин.	105,8±26,2	97,5±35,1
Общая кровопотеря, мл.	281,6±46,9	263,7±32,9
Количество использованных наркотиков, мл	2,7±0,2	2,6±0,2
Длительность использования наркотиков, сут	1,8±0,1	1,7±0,3

Таблица 4.

Динамика показателей крови у больных I и II групп

Показатели	Время	I группа	II группа
Гемоглобин, г/л	до операции	122,6±12,3	126,5±15,2
	1-2сут	95,9±13,9	99,7,4±13,9
	7-8сут	99,2±14,7	103,9±14,1
Эритроциты, 10х6	до операции	4,3±0,3	4,1±0,6
	1-2сут	3,2±0,6	3,6±0,4
	7-8сут	3,5±0,4	3,6±0,7
Лейкоциты, 10х3	до операции	7,1±2,6	5,8±0,6
	1-2сут	12,5±4,2	13,5±3,2
	7-8сут	6,8±4,3	7,4±3,7
П/ядерные формы, 10х3	до операции	3,5±1,1	2,1±1,2
	1-2сут	5,0±1,6	6,3±1,7
	7-8сут	2,9±1,4	3,1±1,1
СОЭ, мм/ч	до операции	19,7±4,8	16,7±3,8
	1-2сут	23,2±9,9	27,7±7,5
	7-8сут	21,5±8,2	21,6±5,9
Общий белок, г/л	до операции	73,6±2,9	72,4±1,7
	1-2сут	68,5±4,36	67,1±3,2
	7-8сут	68,3±3,83	67,8±2,2
Мочевина, ммоль/л	до операции	4,18±0,24	3,82±0,14
	1-2сут	5,07±0,26	5,14±0,51
	7-8сут	5,23±0,41	4,64±0,67
Общий билирубин, мкмоль/л	до операции	11,5±2,6	9,8±1,4
	1-2сут	10,9±1,9	14,1±3,3
	7-8сут	15,1±2,5	13,4±4,6
Глюкоза, ммоль/л	до операции	4,4±0,3	4,5±0,4
	1-2сут	5,1±0,6	4,3±0,3
	7-8сут	4,3±0,4	4,7±0,5
Креатинин, ммоль/л	до операции	0,068±0,012	0,073±0,009
	1-2сут	0,083±0,017	0,088±0,013
	7-8сут	0,083±0,015	0,091±0,017

Оценивая течение послеоперационного периода можно отметить, что характеристики основных показателей периферической крови, динамика снижения послеоперационной лихорадки, изменение вида температурной кривой, нормализация качественных характеристик пульса, а также острофазовых показателей крови (изменений среднего количества лейкоцитов и их палочкоядерных форм, СОЭ) в обеих группе больных также практически не отличались (табл. 4).

По результатам осмотра в послеоперационном периоде, который проводился через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции и далее через год в обеих группах в течение первых 3 месяцев после операции почти треть пациенток предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота. Дискомфорт в области промежности после операции отмечали 12 (36,1%) пациенток в I группе и 9 (25,0%) во II группе через месяц после вмешательства. Это имеет свои причины, так как влагалищный этап в I группе выполнялся чаще. Также, в течение первого месяца после оперативного лечения, некоторые пациентки отмечали наличие у них дизурических явлений, в виде учащенного (2 (5,3%) в I группе и 3 (8,3%) во II группе) и затрудненного (соответственно 2 (5,3%) и 1 (2,8%)) мочеиспускания. С течением времени послеоперационного периода, через 3 месяца частота и выраженность этих жалоб снижалась. Через 12 месяцев и в дальнейшем подобные жалобы отсутствовали у всех обследованных пациенток.

Однако, через 24 месяца после операции, у 1 (3,2%) пациентки I группы, у которой ранее в качестве абдоминального этапа была выполнена экстирпация матки без придатков, было диагностировано проявление умеренного опущения задней стенки влагалища в сочетании с ректоцеле. Дальнейший динамический контроль за пациентками II группы позволил через 12 месяцев выявить опущение задней стенки влагалища, ректоцеле у 1 (2,8%) больной, которой была в качестве абдоминального этапа выполнена надвлагалищная ампутация матки, а через 24 месяца еще у 2 (6,3%), также после радикальных оперативных вмешательств (у обеих женщин была произведена экстирпация матки). Процентное соотношение определялось по числу пациенток, обследованных в соответствующие временные промежутки. Кроме того, у всех перечисленных пациенток имелись проявления системной дисплазии соединительной ткани (грыжи в анамнезе, варикозное расширение вен нижних конечностей).

Все пациентки были удовлетворены результатами проведенного лечения, динамическое наблюдение за ними было продолжено. Эффективность оперативного лечения по данным двухгодичного наблюдения составила 96,8% в I группе и 90,6% во II группе.

Количество послеоперационных осложнений является одним из важнейших критериев для оценки любой методики оперативного вмешательства. У одной больной I группы послеоперационный период осложнился частичным расхождением послеоперационного шва на передней брюшной стенке (2,6%); еще у одной пациентки из I группы в послеоперационном периоде диагностирован тромбоз поверхностных вен нижних конечностей (2,6%). Таким образом, общий процент осложнений у больных I группы составил 5,2%. У больных II группы в послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Однако мы не смогли напрямую связать возникновение данных послеоперационных осложнений с выполнением оперативных вмешательств в той или иной модификации.

С целью контрацепции пациенткам с сохраненной репродуктивной функцией назначали комбинированные оральные контрацептивы. Беременность самостоятельно наступила у 3 женщин (у 2 больных из I группы и у 1 из II группы). У 2-х из них беременности не была запланированной, и закончилась искусственным прерыванием беременности в сроках 6–8 недель. У третьей пациентки (она входила в I группу) течение беременности было прослежено до срока 17–18 недель. В первом триместре беременность осложнилась угрожающим выкидышем, что потребовало назначения гестагенов. В дальнейшем динамическое наблюдение за пациенткой было прервано, в связи с ее отъездом за границу на ПМЖ. Наши данные свидетельствуют о том, что, несмотря на кажущиеся сложности, связанные с репозицией анатомических структур (апоневроза, крестцово-маточных связок) при помощи инородного тела (не рассасывающиеся нити) предложенная нами модификация не препятствует наступлению беременности и прерыванию ее в ранних сроках.

Таким образом, использование методики укрепления матки, культы шейки или купола влагалища «армированным» апоневротическим лоскутом при наличии пролапса I и II стадии в сочетании с цисто- и ректоцеле возможно практически вне зависимости от возраста и при сочетании с другими гинекологическими операциями. Предложенная модификация физиологически обоснована, технически проста в исполнении, практически не удлиняет время операции (по сравнению со своим оригинальным аналогом), позволяет в определенной мере сохранить репродуктивную функцию, восстановить анатомию и функцию тазовых органов. Применение ее не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями, позволяет сократить число рецидивов, улучшить качество жизни.

Список литературы

1. Попов А.А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М. 2001. 38 с.
[Popov A.A. Modern aspects of diagnosis, classification and surgical treatment of descent and prolapse of female genital mutilation. Doctoral diss. abstract. M. 2001. 38 p.]
2. Weber A.M., Richter H.E. Pelvic organ prolapse // *Obstet. Gynecol.* 2005; 106 (3): 615–634.
3. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин. М. *МедПрессИнформ*. 2006. 254 с.
[Pushkar' D.Yu., Gumin L.M. Pelvic disorders in women. M. *MedPressInform*. 2006. 254 p.]
4. Cespedes R.D., Cross C.A., McGuire E.J. Pelvic prolapse: diagnosing and treating uterine and vaginal vault prolapse // *Med. Womens Health.* 1998; 3 (4): 3.
5. Ashton-Miller J.A., Lancey de J.O.L. Functional Anatomy of the Female Pelvic Floor // *Ann. N.Y. Acad. Sc.* 2007; 1101: 266–296.
6. Kobashi K.C., Leach G.E. Pelvic prolapse // *J. Urol.* 2000; 164 (6): 1879–1890.
7. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практическое руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна. М. *МедПрессИнформ*. 2004. С. 346–359.
[Gynecology from puberty to menopause: Practical guide for physicians / Ed. by academician of RAMS, prof. E.K. Ajlamazyan. M. *MedPressInform*. 2004. P. 346–359.]
8. Mouritsen L., Larsen J.P. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14: 122–127.
9. Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д., Шойбонов Б.Ж., Муравьева Т.Г., Федоров А.А., Лукашенко С.Ю. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2005; 5: 12–15.
[Buyanova S.N., Savelyev S.V., Petrova V.D., Shojbonov B.Zh., Muravieva T.G., Fedorov A.A., Lukashenko S.Yu. The role of connective tissue dysplasia in the pathogenesis of prolapse and urinary incontinence // *Rossiysky vestnik akushera-ginekologa*. 2005; 5: 12–15.]
10. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Стрижакова М.А. Этиология, патогенез, классификация и хирургическое лечение выпадения женских половых органов: современные концепции // *Акушерство и гинекология*. 2002. Спец. вып. С. 8–16.
[Kulakov V.I., Adamyan L.V., Strizhakova M.A. Etiology, pathogenesis, classification and surgical treatment of loss of female genital mutilation: modern concepts // *Akusherstvo i ginekologiya*. 2002. Special issue. P. 8–16.]