ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

УДК618.1-089:618.173 Поступил в редакцию: 29.12.2022.
МРНТИ 76.29.48 Принято к публикации: 12.04.2023.
DOI: 10.53065/kaznmu.2023.99.49.014

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.О. МЕИРМАНОВА[1], Г.К. ОМАРОВА[2], А.М. КУРМАНОВА[3], А.Т. ВЕЛИЕВА[3], З.М. НАШЕКЕНОВА[3]

[1]Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»
[2]НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
[3]Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан

Аннотация. В статье представлены частота, актуальность и факторы риска, клиника, диагностика генитального пролапса (ГП), стрессовой инконтиненции у женщин в пери- и постменопаузе, а также методы хирургического лечения.

Генитальный пролапс является актуальной медико-социальной проблемой, обусловлен демографическими изменениями в современных условиях: увеличением продолжительности жизни женщин, значительной распространенностью ГП, сочетанием с новообразованиями органов малого таза. Частое сочетание у женщин в пери- и постменопаузе ГП с гинекологическими заболеваниями (новообразования матки и ее придатков, эндометриоз) повышает актуальность проблемы, диктует необходимость проведения одномоментного оперативного лечения.

Выбор хирургического лечения ГП базируется на возрасте пациентки, текущем качестве жизни, хирургическом анамнезе, желании сохранения коитальной функции и предпочтениях реконструктивной хирургии. Сочетание новообразований яичников или матки, эндометриоза с ГП может быть показанием к проведению ЛАВГ (лапароскопически ассистированной вагинальной гистерэктомии). Целью планирования хирургического лечения ГП и сочетанной гинекологической патологии является максимизация ожидаемого будущего качества жизни пациента и профилактика рецидивов, что диктует необходимость персонализированного подхода к каждой пациентке.

Ключевые слова: генитальный пролапс, стрессовая инконтиненция, сочетанная гинекологическая патология, ЛАВГ, персонализированная медицина.

Введение

Согласно данным ООН (2019), рост численности пожилого населения продолжается и в ближайшие годы существенно ускорится. К 2030 году численность населения 65 лет и старше превысит 997 миллионов человек, а к 2050 году достигнет

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

1549 миллионов человек. В целом, доля населения 65 лет и старше может повыситься в мире до 11,7% к 2030 году и до 15,9% к 2050 году [1-2].

Имеющиеся в настоящее время демографические данные недостаточно надежны, чтобы правильно оценить истинную степень пролапса тазовых органов у женщин в пери- и постменопаузе. С увеличением продолжительности жизни женщин индекс их здоровья и качество жизни значительно снижаются. ГП снижает социальную активность женщины, причиняет тяжелые моральные страдания, ухудшают качество жизни [3].

Возникающие с возрастом функциональные нарушения тазового дна у женщин на фоне уже имеющихся гинекологических заболеваний приобретают все большее значение в связи с их жизненными ожиданиями и требованиями к сохранению качества жизни во всех возрастных периодах, в том числе климактерическом. К имеющимся у них в анамнезе соматическим и гинекологическим заболеваниям присоединяются специфические изменения тазового дна на фоне дефицита эстрогенов, что приводит к формированию сочетанной гинекологической патологии, каждая из которых требует хирургической коррекции.

В течение последних десятилетий наблюдается медленная, но устойчивая тенденция к комплексному лечению сложных проблем со здоровьем, включая ГП, с упором на выявление и хирургическое лечение многокомпонентного пролапса тазовых органов. В связи с этим особую актуальность приобретает обеспечение доступности, своевременности, полноты и качества оказания специализированной медицинской помощи пациенткам перименопаузального возраста с сочетанной гинекологической патологией.

Распространенность дисфункции тазового дна (ДТД) варьирует в очень широких пределах (1-65%), в зависимости от наличия клинических симптомов, анатомических изменений и их сочетания, выявленных при гинекологическом осмотре. Указанный размах распространенности ДТД обусловлен различиями в дизайне исследований, критериях включения/исключения, диагностике [4, 5].

По локализации ГП может быть передним, задним и апикальным. Установлено, что пролапс переднего отдела встречается наиболее часто: в два раза чаще, чем пролапс заднего отдела, и в три раза чаще, чем пролапс апикального отдела. Среди женщин с вагинальным пролапсом 40% страдают недержанием мочи при напряжении, а 37 % имеют гиперактивный мочевой пузырь. [6]. Клинически значимый ГП диагностируется у 49,8% женщин. [7].

В США у 76% женщин имеются симптомы ДТД и до 19 % прибегают к медицинскому вмешательству на протяжении жизни: ежегодно около 200 000 стационарных хирургических вмешательств по поводу ГП. Реальная распространенность ГП значительно выше, поскольку женщины стесняются данной проблемы, считают его неотъемлемым признаком старения и не сообщают врачу своевременно об этом расстройстве [8].

ГП очень часто сочетается с недержанием мочи, однако операции по поводу ГП проводятся в 2 раза чаще, чем операция по поводу стрессовой инконтиненции [9].

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

В России у 28–40% пациенток диагностируется ГП в пери- и постменопаузальном периоде, а хирургическая коррекция ГП в структуре показаний к оперативному лечению занимает третье место после доброкачественных опухолей и эндометриоза [10].

Существует много факторов риска ГП, некоторые из них связаны с возрастным периодом: пери- и постменопаузой. К основным факторам риска ГП у женщин в пери- и постменопаузе относится возраст, гипоэстрогенемия, ожирение (ИМТ≥30 кг/м^2), изменения соотношения между эстрогеновыми рецепторами, генетический фон, роды макросомией и вагинальные роды с разрывами промежности, предшествующая гистерэктомия, которые способствуют ослаблению соединительной ткани/коллагена тазового дна и способствуют формированию ДТД [11].

Частота ГП у женщин составляет 25% и увеличивается с возрастом: до 20–29 лет – 6%, 30-39 лет – 14%, 40-49 лет – 23%, 50 - 59 лет – 32%, 60-69 лет – 39%, 70-79 лет – 40%, 80 лет и старше - 53% [12].

К другим известным факторам риска ГП относят роды через естественные родовые пути, особенно роды, сопровождающиеся травмой мышц промежности и связочного аппарата [13]. Вагинальные роды по сравнению с кесаревым сечением имеют более сильную связь с ГП. Самая сильная связь была между вагинальными родами и комбинацией симптоматический ГП+НМ и тройной комбинацией симптоматический ГП+НМ+НК. Риск ГП увеличивается с увеличением паритета. Среди всех потенциальных факторов риска паритет демонстрирует самую сильную связь с пролапсом [10].

Факторами риска рецидива пролапса после хирургической коррекции являются отрыв леватора, предоперационная стадия пролапса и семейный анамнез [14]. Выявление факторов риска рецидива ГП имеет решающее значение для проведения адекватного предоперационного консультирования и индивидуального хирургического лечения.

При сочетании органической патологии ОМТ и ГП превалирует клинические проявления ГП: ощущение инородного тела во влагалище, императивные позывы к мочеиспусканию, недержание мочи при императивном позыве и физической нагрузке, никтурия, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, чувство дискомфорта, тяжесть в промежности и внизу живота, сексуальная дисфункция и/или диспареуния. Анатомическое смещение мочевого пузыря, прямой кишки и выпадение влагалища сопряжены с симптомами нарушения мочеиспускания, такими как недержание, слабый или прерывистый поток мочи и задержка мочи, запор и загрязнение фекалиями [15].

Сбор анамнеза при ГП должен включать дневные и ночные симптомы нарушения мочеиспускания, анамнез инфекций, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, гематурию, вагинальные боли и вагинальное выпячивание/давление, предшествующие операции, акушерский и соматический анамнез [16].

Оценка симптомов ГП очень важна, поскольку лечение не показано при бессимптомном течении заболевания. Кроме того, оценка симптомов ГП и их влияния на качество жизни пациента помогает устанавливать цели лечения. Для оценки тяжести симптомов ДТД и их влияния на качество жизни разработаны и применяются

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

различные опросники, такие как опросник дисфункции тазового дна (PFDI20) и опросник воздействия на тазовое дно (PFIQ-7) [17].

Методы диагностики ГП и различных типов НМ основаны на тщательном выяснении анамнеза, анализе дневников мочеиспускания, данных анкетирования, результатах комбинированного уродинамического исследования, цистометрии, цистоуретроскопии, ультразвукового и рентгенографического исследований.

Для количественной оценки ГП используют стандартизированную классификацию POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), разработанную Международным обществом по проблемам удержания мочи (The International Continence, ICS) в 1996 г. Система POP-Q является предпочтительной системой классификации ГП Международного общества по проблемам удержания мочи (ICS), Американского урогинекологического общества (AUGS) и Общества хирургов-гинекологов (SGS). Эта система предполагает измерение расположения точек на передней и задней стенках влагалища, шейке матки, в своде влагалища, определение расстояния от наружного отверстия уретры до заднего края гимена, расстояния между задним краем гимена и анальным отверстием, длины влагалища. Это позволяет создать "топографическую" карту влагалища. Данная классификация, предусматривающая четыре степени пролапса тазовых органов, сложна и громоздка. В то же время она имеет преимущества: воспроизводимость результатов (первый уровень доказательности), точность количественной оценки ряда анатомических ориентиров, в том числе проведенного лечения [18].

Упрощенная система количественной оценки пролапса тазовых органов (simplified pelvic organ prolapse quantification system, S-POP) более простая система классификации для использования в обычной клинической практике. Она была разработана Международной ассоциацией урогинекологов для обеспечения менее громоздкого инструмента обследования. S-POP-Q выявляет выпадение передней и задней стенок влагалища, верхушки/манжетки влагалища и шейки матки. Для женщин после гистерэктомии существует три стадии; для женщин с интактной маткой - четыре. Обследование проводится аналогично стандартному обследованию по методу POP-Q, при этом во влагалище вводится половинное зеркало для визуализации стенок влагалища и шейки матки [19].

В настоящее время для диагностики ДТД применяют широкий спектр цифровых перинеометров, влагалищных манометров и цифровых электромиографов.

Существует достоверное соответствие между цифровой оценкой силы сокращения тазового дна и вагинальной перинеометрией. Оценка с помощью перинеометра во время гинекологического осмотра может помочь выявить женщин с фасциальными дефектами тазового дна, а также тех, кто подвержен риску ГП или НМ [20, 21].

Исторически лечебная помощь при ГП была разделена между гинекологами (аномалия расположения матки и влагалища), проктологами (заболевания кишечника) и урологами (патология мочевого пузыря). В течение последних двух десятилетий наблюдается медленная, но устойчивая тенденция к комплексному лечению сложных проблем со здоровьем, включая ГП, с упором на выявление и хирургическое лечение

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

многокомпонентного пролапса тазовых органов. В настоящее время гинекологи, урологи и проктологи объединились для реконструктивной хирургии ГП у женщин (female pelvic medicine and reconstructive surgery, FPMRS), лечения НМ, устранения дисфункции кишечника и пролапса влагалища. [16].

Выбор лечения ГП преимущественно базируется на возрасте пациентки и следующих четырех показателях: текущее качество жизни пациентки, ее хирургический анамнез, предпочтение пациентки к сохранению коитальной функции и предпочтения реконструктивной хирургии. Целью планирования хирургического лечения ГП является максимизация ожидаемого будущего качества жизни пациента и профилактика рецидивов [1].

Выжидательная тактика/наблюдение не предполагает каких-либо конкретных лечебных действий, кроме наблюдения за прогрессированием симптомов ГП до следующего ежегодного осмотра.

Консервативное лечение ГП может быть альтернативой хирургическому лечению, если пролапс умеренный, а также для ослабленных пациентов, когда операция противопоказана. Консервативное лечение включает в себя изменение образа жизни, снижение веса, тренировку мышц тазового дна (комплекс упражнений Кегеля), в том числе и с помощью специальных устройств (влагалищные конусы, тренажеры Кегеля) и портативных приборов (Myself, MyoBravo, DoloBravo), использование пессария для поддержки тазовых органов и другие методы лечения, направленные на облегчение связанного с ГП дискомфорта [22].

Методы лечения ГП подбираются индивидуально в зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания, показаний/ противопоказаний, наличия/отсутствия сопутствующих гинекологических заболеваний. Обсуждая с пациентками варианты лечения ГП, необходимо учитывать такие факторы, как возраст пациентки, ожидания, состояние здоровья, степень беспокойства и желание сохранить половую функцию. Пациенты с поздними стадиями ГП, высокой степенью дискомфорта, сочетанной гинекологической патологией (новообразования матки и придатков) более склонны к хирургическому вмешательству. С другой стороны, не существует общих указаний, которые врач может использовать, чтобы рекомендовать конкретное лечение. Врачи дают рекомендации, основанные на предпочтениях пациентов и своем клиническом опыте, не ссылаясь на конкретные рекомендации, основанные на количественном анализ.

Для оптимальной политики лечения ГП разработаны следующие рекомендации: для пациенток в возрасте до 50 лет - выжидательная тактика, хирургические варианты - при низком качестве жизни независимо от возраста; облитерирующая хирургия - при возрасте 79 лет и выше при отсутствии желания сохранить половую функцию [1].

Существуют множество хирургических операций для лечения ГП. Коррекция ГП может быть абдоминальным доступом (роботизированная, лапароскопическая, открытая хирургия) и промежностным. Хирургический доступ определяется целями пациента, сопутствующими заболеваниями, в том числе сочетанными гинекологическими заболеваниями, наличием рецидивов ГП, типом предшествующей пластики [23]. Промежностный доступ рекомендуется для ослабленных пациентов с

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

проктэктомией промежности и кольпоклейзисом [24, 25]. У более здоровых пациенток предпочтительнее лапароскопический или роботизированный абдоминальный подход как с сетчатым эндопротезом, так и с использованием собственных тканей.

Реконструктивные и облитерирующие операции представляют собой хирургические варианты лечения ГП. Реконструктивные операции по поводу ГП восстанавливают анатомию тазовых органов и обеспечивают подвешивание свода влагалища, позволяя сохранить половую функцию, что особенно актуально для сексуально активных женщин в перименопаузе и постменопаузе. Реконструктивные операции имеют более длительную продолжительность операции и более высокий риск осложнений, должны выполняться только у женщин с симптоматическим выпадением, [26].

Для пожилых пациентов, не желающих поддерживать вагинальную сексуальную активность, эффективным методом лечения с высоким уровнем удовлетворенности является гистерэктомия с кольпоклеизом. По сравнению с реконструктивными операциями облитерирующие процедуры требуют более короткого времени операции и имеют меньший риск осложнений [27]. В целом, облитерирующие операции имеют более высокие показатели успешности, что выше, чем у реконструктивных операций [28]. Рецидивы после реконструктивных операций встречаются у 28% пациенток и могут потребовать повторное хирургическое лечение [29].

Послеоперационные осложнения и высокий риск рецидивов ГП у женщин требуют разработки новых эффективных способов реконструктивной хирургии тазового дна, особенно у сексуально активных пациенток в пери- и постменопаузе.

Хирургическое лечение ГП включает восстановление нативных тканей или интерпозицию сетчатого эндопротеза для укрепления фасций. Тазовая хирургия с использованием нативных тканей направлена на исправление существующего анатомического поражения с использованием собственных тканей. Частота неудач при этом типе хирургии составляет до 20% [38-34]. На 49-м съезде Международного Общества по удержанию мочи (ICS, 2017) было отмечено возрождение классических методик и их модификаций с применением собственных тканей [30].

Высокая эффективность коррекции недержания мочи собственными тканями отмечена рядом авторов, которые активно используют и поддерживают данное направление [31, 32, 33].

Использование синтетических материалов является попыткой сделать реконструктивную хирургию таза более эффективной и менее инвазивной. Несмотря на более высокие показатели излечения, использование синтетических материалов связано с другими осложнениями (деформация, эрозия, укорочение вагинальной сетки, гнойно-септические заболевания). Поэтому использование этих материалов требует осторожности.

Ситуация с применением сетчатых полипропиленовых имплантатов в гинекологии резко изменилась в 2011 году, когда после ряда осложнений в США организация FDA не рекомендовала использование сетчатых имплантатов при лечении опущения гениталий [33, 34]. Соответственно FIGO, будучи крупнейшей ассоциацией,

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

занимающейся вопросами охраны здоровья женщин, через свой Комитет по урогинекологии и тазовому дну пересмотрел опубликованные прежде национальные рекомендации, касающиеся использования сетчатых имплантатов при лечении опущения гениталий и обобщил их в целях содействия распространению важных рекомендаций среди хирургов, гинекологов [34].

В многоцентровом рандомизированном исследовании сравнили результаты, осложнения и частоту повторных операций после операций с использованием нативных тканей и сетки для лечения пролапса гениталий (POP) III и IV стадий с помощью системы POP-Q. Осложнения были более частыми в группе с использованием сетки, а рецидивы были более частыми в группе с использованием нативных тканей [35].

Женщины в период пери- и постменопаузы на фоне инволютивных изменений репродуктивной системы и особенностей соматического статуса относятся к группе риска не только по возникновению ГП, но и различной патологии эндо-, миометрия. Кроме того, 40–60% женщин, принимающих менопаузальную гормональную терапию, отмечают кровянистые выделения из половых путей неорганического характера и приводящие, с одной стороны, – к отмене и снижению приверженности к терапии, с другой – к нарушению психологического статуса.

Существуют ситуации, когда проведение органосохраняющей операции нецелесообразно. Множественная миома матки, наличие опухолей яичника или матки, в том числе злокачественного происхождения, эндометриоз тяжелой степени, полное выпадение матки — сочетание этих патологий может быть показанием к проведению ЛАВГ. Поэтому не существует единого подхода при выборе тактики лечения, для каждой пациентки подбирается методика, которая будет оптимальной именно в ее случае.

Целью хирургического вмешательства, предпринятого для лечения ГП с сочетанной гинекологической патологией, является возможность одномоментной коррекции всех выявленных патологических изменений и функциональных расстройств органов малого таза с наименьшей травмой для пациентки: удаление патологически измененного органа (матки, придатков), восстановление нормальных анатомических взаимоотношений между внутренними половыми органами, нижними мочевыводящими путями и структурами тазового дна.

Таким образом, сочетание ГП с предшествующими гинекологическими заболеваниями у пациенток в пери- и постменопаузе требует дифференцированного подхода к проведению хирургического лечения. В силу многообразия клинической картины ГП и вовлечения в патологический процесс соседних органов подход к лечению пациенток должен быть мультидисциплинарным.

Современные достижения медицинской науки позволяют осуществлять дифференцированный, индивидуальный подход к лечению сложных урогинекологических заболеваний.

Идея персонализации или персонализированного/индивидуального подхода к пациентке с ГП и сочетанной гинекологической патологией позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и снизить затраты на лечение. Важно

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

разработать различные современные варианты лечения пациенток с ГП и сочетанной гинекологической патологией, определить практические рекомендации, поскольку в медицинской литературе нет таких руководств, основанных на количественных показателях.

Тенденция к использованию собственных тканей для коррекции недержания мочи при напряжении является актуальным вектором в современной урогинекологии. Дальнейшие исследования эффективности, безопасности и осложнений позволят разработать более точные критерии отбора пациенток для использования модификаций классических методик с применением собственных тканей.

Частое сочетание у женщин в пери- и постменопаузе ГП с гинекологическими заболеваниями (новообразования матки и ее придатков, эндометриоз) диктует необходимость проведения одномоментного оперативного лечения. Оперативные вмешательства проводятся последовательно и позволяют выполнить одновременно удаление патологически измененного органа (матки, придатков) лапароскопическим доступом, а также восстановление нормальных анатомических взаимоотношений между внутренними половыми органами, нижними мочевыводящими путями и структурами тазового дна. Одномоментное проведение ЛАВГ и реконструктивно-пластической хирургии тазового дна у пациенток в пери- и постменопаузе с ГП и сочетанной гинекологической патологией являются перспективным направлением, дают хорошие результаты, экономит время и финансовые ресурсы, приводит к быстрому выздоровлению, не увеличивают число осложнений, обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

Конфликт интересов

Мы заявляем об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов

Разработка концепции – А.О.Меирманова, Г.К.Омарова

Исполнение – А.О.Меирманова, Г.К.Омарова

Обработка результатов - А.О.Меирманова, Г.К.Омарова, А.Т.Велиева

Научная интерпретация результатов – А.О.Меирманова, Г.К.Омарова, А.М.Курманова

Написание статьи –А.О.Меирманова, Г.К.Омарова, А.М.Курманова, А.Т.Велиева, З.М.Нашекенова.

Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование: «Отсутствует»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Zhuo, Y., Optimal treatment policies for pelvic organ prolapse in women // Decision Sciences, 2021.

2 Legendre, G., Urinary incontinence and obesity // Journal De Gynecologie Obstetrique Et Biologie De La Reproduction. - 2012. - № 41 (4). - P. 318-323.

3 Gyhagen, M., S. Akervall, and I. Milsom, Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth // International Urogynecology Journal. - 2015. - № 26 (8). - P. 1115-1121.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

4 Weintraub, A.Y., H. Glinter, and N. Marcus-Braun, Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse // International Braz Journal Urol. 2020. - № 46 (1). - P. 5-14.
5 Rogers RG, Fashokun TB. An overview of the epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management of pelvic organ prolapse // UpToDate. Last updated. 2015.
6 Jean M Lawrence, Emily S Lukacz, Charles W Nager, Jin-Wen Y Hsu, Karl M LuberPrevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women // Obstetrics and Gynecology. - 2008. - № 111 (3). - P. 678-685.
7 Awwad, J., et al., Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study // Menopause-the Journal of the North American Menopause Society. - 2012. - № 19 (11). - P. 1235-1241.
8 Barber, M.D., Pelvic organ prolapse // Bmj. - 2016. - № 354 (9).
9 Barber, M.D. and C. Maher, Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse // International Urogynecology Journal. - 2013. - № 24 (11). - P. 1783-1790.
10 Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Хирургическое лечение опущения и выпадения влагалища и матки. Оперативная гинекология—хирургические энергии // М.: Медицина. – 2000. - P. 741-760.
11 Tineke F M Vergeldt, Mirjam Weemhoff, Joanna IntHout, Kirsten B Kluivers Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review // International Urogynecology Journal. - 2015. - № 26 (11). - P. 1559-1573.
12 Jennifer M Wu, Camille P Vaughan, Patricia S Goode, David T Redden, Kathryn L Burgio, Holly E Richter, Alayne D Markland Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women // Obstetrics and Gynecology. - 2014. - № 123 (1). - P. 141-148.
13 Antoine Tshimbundu Kayembe, Charles Didier Kitenge Kia Kayembe, Jean-Patrick Kamba Bebele, Rahma Rachid Tozin Factors associated with genital prolapse to Saint Joseph Hospital of Kinshasa // Pan African Medical Journal. - 2021. - № 40.
14 Stefano Manodoro, Matteo Frigerio, Alice Cola, Federico Spelzini, Rodolfo Milani Risk factors for recurrence after hysterectomy plus native-tissue repair as primary treatment for genital prolapse // International Urogynecology Journal. - 2018. - № 29 (1). - P. 145-151.
15 Kari Bo, Helena C Frawley, Bernard T Haylen An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction // Neurourology and Urodynamics. - 2017. - № 36 (2). - P. 221-244.
16 Gurland, B. and K. Mishra, A Collaborative Approach to Multicompartment Pelvic Organ Prolapse // Clinics in Colon and Rectal Surgery. - 2021. - № 34 (01). - P. 69-76.
17 Barber, M.D., M.D. Walters, and R.C. Bump, Short forms of two condition-specific qualityof-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7) // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 2005. - № 193 (1). - P. 103-113.
18 Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR., the standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

floor dysfunction // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 1996. - № 175 (1). - P. 1017.

19 Manonai J, Mouritsen L, Palma P, Contreras-Ortiz O, Korte JE, Swift S., The inter-system association between the simplified pelvic organ prolapse quantification system (S-POP) and the standard pelvic organ prolapse quantification system (POPQ) in describing pelvic organ prolapse // International urogynecology journal. - 2011. - № 22 (3). - P. 347-352.

20 Isherwood, P.J. and A. Rane, Comparative assessment of pelvic floor strength using a perineometer and digital examination // British Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 2000. - № 107 (8). - P. 1007-1011.

21 van Raalte, H. and V. Egorov, Tactile imaging markers to characterize female pelvic floor conditions // Open journal of obstetrics and gynecology. - 2015. - № 5 (9). - P. 505.

22 Goujon, A., Conservative management of genital prolapse // La Revue du praticien. - 2019. - № 69 (4). - P. 387-389.

23 Lee A, Kin C, Syan R, Morris A, Gurland B., Surgical decision-making for rectal prolapse: one size does not fit all // Postgraduate Medicine. - 2020. - № 132 (3). - P. 256-262.

24 Daniel VT, Davids JS, Sturrock PR, Maykel JA, Phatak UR, Alavi K, Getting to the bottom of treatment of rectal prolapse in the elderly: Analysis of the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) // American Journal of Surgery. - 2019. - № 218 (2). - P. 288-292.

25 Suskind AM, Jin C, Walter LC, Finlayson E, FRAILTY AND THE ROLE OF OBLITERATIVE VERSUS RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE; A NATIONAL STUDY // Neurourology and Urodynamics. - 2017. - № 36. - P. S130-S131.

26 Jelovsek, J.E., L. Brubaker, and S. Falk, Pelvic organ prolapse in women: Choosing a primary surgical procedure // Up To Date. - 2015. - № 9.

27 Villot A, Pizzoferrato AC, Longie A, Paniel BJ, Fauconnier A., Technical considerations and mid-term follow-up after vaginal hysterocolpectomy with colpocleisis for pelvic organ prolapse // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. - 2020. - № 247. - P. 73-79.

28 Kudish, B.I., Iglesia CB, Sokol RJ, Effect of Weight Change on Natural History of Pelvic Organ Prolapse // Obstetrics and Gynecology. - 2009. - № 113 (1). - P. 81-88.

29 Meriwether KV, Balk EM, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Murphy M, Grimes CL, Sleemi A, Singh R, Dieter AA, Crisp CC, Rahn DD, Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines // International Urogynecology Journal. - 2019. - № 30 (4). - P. 505-522.

30 Ghoniem, G.M. Renaissance of the autologous pubovaginal sling / G.M. Ghoniem, D.E.E. Rizk // Int Urogynecol J. – 2017. – №29 (2). – P.177–178.

31 Ng, C. and W. Han, Comparison of effectiveness of vaginal and abdominal routes in treating severe uterovaginal or vault prolapse // Singapore medical journal. - 2004. - № 45. - P. 475481.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

32 da Silveira SDRB, Auge AP, Jarmy-Dibella ZI, Margarido PF, Carramao S, Alves Rodrigues C, Doumouchtsis SK, Chada Baracat E, Milhem Haddad J., A multicenter, randomized trial comparing pelvic organ prolapse surgical treatment with native tissue and synthetic mesh: A 5-year follow-up study // Neurourology and Urodynamics. - 2020. - № 39 (3). - P. 10021011.

33 Lamblin G, Courtieu C, Bensouda-Miguet C, Panel L, Moret S, Chabert P, Chene G, Nohuz E, Outpatient vaginal surgery for pelvic organ prolapse: a prospective feasibility study // Minerva Ginecologica. - 2020. - № 72 (1). - P. 19-24.

34 Ugianskiene, A. FIGO review of statements on use of synthetic mesh for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. FIGO Urogynecology and Pelvic Floor Committee / A. Ugianskiene G.W. Davila, T.H. Su // Int J Gynaecol Obstet. – 2019. – №147 (2). – P. 147–155.

35 Kuprasertkul, A. Long-term results of burch and autologous sling procedures for stress urinary incontinence in E-SISTEr participants at 1 Site / A. Kuprasertkul, A.L. Christie, G.E. Lemack, P. Zimmern // J Urol. – 2019. – №202 (6). – P.1224–1229.

36 Kuprasertkul, A. Very long-term follow-up of the anterior vaginal wall suspension procedure for incontinence and/or prolapse repair / A. Kuprasertkul, A.L. Christie, P. Zimmern // World J Urol. – 2020. – №6. Online ahead of print.

37 Rovner, E. Is polypropylene mesh material fundamentally safe for use as a reconstructive material in vaginal surgery: ICI-RS 2019? / E. Rovner, R. De Tayrac, N. Veit-Rubin // Neurourol Urodyn. – 2020. – Feb 7.

38 И.А. Аполихина, Е.Г. Додова, Е.А. Бородина, А.С. Саидова, Е.Ф. Филиппенкова Дисфункция тазового дна: современные принципы диагностики и лечения // Эффективная фармакотерапия. - 2016. - (22). - P. 16-23.

I.A. Apolihina, E.G. Dodova, E.A. Borodina, A.S. Saidova, E.F. Filippenkova Disfunkciya tazovogo dna: sovremennye principy diagnostiki i lecheniya // Effektivnaya farmakoterapiya. - 2016. - (22). - P. 16-23.

39 Дубинская, Е.Д., И.А. Бабичева, and С.Н. Колесникова, Персонифицированная тактика ведения пациенток с ранними формами пролапса тазовых органов в репродуктивном возрасте // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2017. - № 16 (3). - P. 37-42.

40 Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M., Lifetime Risk of Stress Urinary Incontinence or Pelvic Organ Prolapse Surgery // Obstetrics and Gynecology. - 2014. - № 123 (6). - P. 1201-1206.

41 Barsukov, V.N., From the Demographic Dividend to Population Ageing: World Trends in the System-Wide Transition. Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast. - 2019. - № 12 (4). - P. 167-182.

42 Campbell M, Rattray C, Stewart P, Stewart K, Stewart B, Simms Stewart D., Profile of women with pelvic organ prolapse at the University Hospital of the West Indies risk factors and presentation // Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 2022.

43 Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, Velez Edwards DR, Edwards TL., Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 2017. - № 217 (1). - P. 11.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

44 Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB., Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review // International urogynecology journal. - 2015. - № 26 (11). - P. 1559-1573.

45 Thomas Gray, John Money-Taylor, Weiguang Li, Andrew G Farkas, Patrick C. Campbell, and Stephen C. Radley, What Is the Effect of Body Mass Index on Subjective Outcome Following Vaginal Hysterectomy for Prolapse // International Neurourology Journal. - 2019. - № 23 (2). - P. 136-143.

Сведения об авторах:

@А.О. Меирманова: https://orcid.org/0000-0002-0993-6898, докторант, Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ» Алматы, Казахстан. aliya.med@mail.ru

Г.К. Омарова: https://orcid.org/0000-0003-1523-8671, д.м.н. профессор кафедры акушерства и гинекологии. Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан.

А.М. Курманова: https://orcid.org/0000-0002-18593903, д.м.н., кафедра клинических дисциплин. Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан

А.Т. Велиева: https://orcid.org/0000-0003-4450-748X, преподаватель кафедры клинических дисциплин. Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан

З.М. Нашекенова: https://orcid.org/0009-0002-2588-4220, старший преподаватель кафедры клинических дисциплин Казахский Национальный университет имени АльФараби, Алматы, Казахстан

Авторлар туралы ақпарат

@А.О. Меирманова: https://orcid.org/0000-0002-0993-6898, PhD докторанты, «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан. aliya.med@mail.ru

Г.К. Омарова: https://orcid.org/0000-0003-1523-8671, м.ғ.д. профессор С.Ж. Асфендиярова атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің акушерия және гинекология кафедрасы, Алматы, Қазақстан.

А.М. Курманова: https://orcid.org/0000-0002-18593903, м.ғ.д. профессор Аль-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университетінің, клиникалық пәндер кафедрасы, Алматы, Қазақстан.

А.Т. Велиева: https://orcid.org/0000-0003-4450-748X, Аль-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университеті, клиникалық пәндер кафедрасының оқытушысы, Алматы, Қазақстан.

З.М. Нашекенова: Аль-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университеті, клиникалық пәндер кафедрасының аға оқытушысы, Алматы, Қазақстан.

Author information

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

[@]A.O. Meirmanova: https://orcid.org/0000-0002-0993-6898, PhD student, Kazakhstan Medical University "HSPH", Almaty, Kazakhstan. aliya.med@mail.ru

G.K. Omarova: https://orcid.org/0000-0003-1523-8671, M.D. Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan.

A.M. Kurmanova: https://orcid.org/0000-0002-18593903, M.D. Department of clinical disciplines. Kazakh National University named after Al-Farabi, Almaty, Kazakhstan.

A.T. Veliyeva: https://orcid.org/0000-0003-4450-748X, assistant of the Department of Clinical Disciplines, Kazakh National University named after Al-Farabi, Almaty, Kazakhstan.

Z.M. Nashekenova: assistant of the Department of Clinical Disciplines, Kazakh National University named after Al-Farabi, Almaty, Kazakhstan.

ГЕНИТАЛЬДЫ ПРОЛАПСЫ БАР ӘЙЕЛДЕРГЕ ПЕРИ- ЖӘНЕ ПОСТМЕНОПАУЗА ЖАСЫНДА ЖАСАЛАТЫН РЕКОНСТРУКТИВТІ-ПЛАСТИКАЛЫҚ ХИРУРГИЯ (ӘДЕБИЕТТЕР ШОЛУЫ)

А.О. МЕИРМАНОВА[1], Г.К. ОМАРОВА[2], А.М. КУРМАНОВА[3], А.Т. ВЕЛИЕВА[3], З.М. НАШЕКЕНОВА[3]

[1]«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

[2] С.Ж.Асфендиярова атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

[3]Аль-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университеті

Түйіндеме

Мақалада пери- және постменопауза кезінде кездесетін генитальды пролапс (ГП) пен стресстік инконтиненцияның кездесу жиілігі, өзектілігі, қауіп факторлары, клиникасы, диагностикасы және хирургиялық емдеу әдістері көрсетілген.

Генитальды пролапс заманауи жағдайдағы демографиялық өзгерістерге байланысты өзекті медициналық-әлеуметтік мәселе болып табылады: әйелдердің өмір сүруінің ұзаруы, ГП айтарлықтай таралуы, кіші жамбас ағзаларында жаңа түзілістердің қосылуы. Пери- және постменопауза кезінде ГП пен гинекологиялық аурулардың (жатыр мен оның қосалқыларында жаңа түзілістер, эндометриоз) жиі қосарлануы мәселенің өзектілігін жоғарылатып, оперативті емнің бір уақытта жасалуын талап етеді.

ГП хирургиялық емі пациенттің жасына, оның өмір сүру сапасына, хирургиялық анамнезіне, коитальды қызметін сақтап қалуға және де реконструктивті хирургияны қалауына негізделеді. Жатырда немесе аналық бездерінде кездесетін жаңа түзілістердің, эндометриоздың ГП пен бірге қосарлануы лапароскопиялық ассистирленген қынаптық гистерэктомияға көрсеткіш болып табылады. ГП пен қосарланған гинекологиялық патологияның хирургиялық емін жоспарлаудың мақсаты, пациенттің болашақта күтілетін өмір сапасын барынша арттыру мен рецидивтердің алдын-алу болып табылады, бұл әрбір науқасқа жеке қарауды талап етеді.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Түйін сөздер: генитальды пролапс, стресстік инконтиненция, қосарланған гинекологиялық патология, лапароскопиялық ассистирленген қынаптық гистерэктомия, жеке (персонализирленген) медицина.

RECONSTRUCTIVE AND PLASTIC SURGERY FOR GENITAL PROLAPSE IN PERI- AND POSTMENOPAUSAL WOMEN (LITERATURE REVIEW)

A.O. MEIRMANOVA[1], G.K. OMAROVA[2], A.M. KURMANOVA[3], A.T. VELIYEVA[3], Z.M. NASHEKENOVA[3]

[1]Kazakhstan Medical University "HSPH"

[2] “Asfendiyarov Kazakh National Medical University», Almaty, Kazakhstan

[3]Kazakh National University named after Al-Farabi, Almaty, Kazakhstan

Abstract

The article presents the incidence, relevance and risk factors, clinic and diagnosis of genital prolapse (GP), stress incontinence in peri- and postmenopausal women as well as methods of their surgical treatment.

Genital prolapse is an urgent medical and social problem caused by demographic changes in modern conditions: increase in life expectancy of women, significant prevalence of GP, combination with pelvic neoplasms. The frequent combination of peri- and postmenopausal women with gynecological diseases (neoplasms of the uterus and its appendages, endometriosis) increases the urgency of the problem and the need for onestage surgical treatment.

The choice of surgical treatment for GP is based on the patient's age, current quality of life, surgical history, desire to preserve coital function, and preference for reconstructive surgery. The combination of ovarian or uterine neoplasms or endometriosis with GP may be an indication for LAVG (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy). The goal of planning surgical treatment of GP and concomitant gynecological pathology is to maximize the expected future quality of life of the patient and to prevent recurrences, which is the need for a personalized approach to each patient.

Key words: genital prolapse, stress incontinence, combined gynecological pathology, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, personalized medicine.