



DOI: 10.31550/2712-8598-2025-1-4-ZhZiR

СОЧЕТАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ — ШАГ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ

Л.Р. Токтар, Д.Г. Арютин, Ш.М. Достиева✉, М.С. Лологаева, К.С. Кацура, К.Н. Поснова, И.А. Самсонова, Камарова З.Н.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»; Россия, г. Москва

Резюме

Цель обзора. Представить современные литературные данные о распространенности, факторах риска, патогенезе и вариантах комбинированного хирургического лечения пролапса тазовых органов (ПТО) для возможности предотвращения рецидивов.

Основные положения. Распространенность дисфункции тазового дна и ПТО во всем мире колеблется от 1,9 до 46,5%. Считается, что ПТО затрагивает 40–50% женской популяции, достигая 60% в возрастной группе старше 80 лет. На фоне старения населения отмечается тенденция к увеличению распространенности ПТО. Такие проблемы, как «омоложение» ПТО, рецидивы после оперативного лечения, тазовая дисфункция, ухудшают качество жизни женщин.

Заключение. В современной гинекологии развивается тенденция к применению сочетанного оперативного вмешательства при ПТО с максимально возможной коррекцией дефектов всех уровней. Необходимо разработать алгоритм действий, направленных на то, чтобы пациентка не вернулась с такой проблемой, как рецидив ПТО.

Ключевые слова: тазовое дно, пролапс тазовых органов, хирургическое лечение, комбинированное хирургическое лечение, рецидив пролапса тазовых органов.

Для цитирования

Токтар Л.Р., Арютин Д.Г., Достиева Ш.М., Лологаева М.С., Кацура К.С., Поснова К.Н., Самсонова И.А., Камарова З.Н. Сочетанное хирургическое лечение пролапса тазовых органов — шаг к решению проблемы. *Женское здоровье и репродукция*. 2025. № 1 (66). DOI: 10.31550/2712-8598-2025-1-4-ZhZiR. URL: <https://journalgynecology.ru/statyi/sochetannoe-hirurgicheskoe-lechenie-prolapsa-tazovyh-organov-shag-k-resheniju-problemy/> (дата обращения: дд.мм.гггг)

Авторы

Токтар Лилия Равильевна — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. <https://orcid.org/0000-0003-4363-3620>. E-mail: toktarly@yandex.ru

Арютин Дмитрий Геннадьевич — доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН; заведующий отделением гинекологии ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ». 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. eLIBRARY.RU SPIN: 8235-5040. <https://orcid.org/0000-0003-0258-8445>. E-mail: arytin@mail.ru

Достиева Шахло Махмадалиевна✉ — аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. E-mail: dushanbinka_93@mail.ru

Лологаева Милана Султановна — к. м. н., врач – акушер-гинеколог отделения гинекологии ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ»; аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. <https://orcid.org/0000-0001-7468-0924>. E-mail: willin.41@mail.ru

Кацура Ксения Сергеевна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. E-mail: kseniya.libra@mail.ru

Поснова Ксения Николаевна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. <https://orcid.org/0009-0009-6989-5934>. E-mail: slepova.kseniya@mail.ru

Самсонова Ирина Алексеевна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. <https://orcid.org/0000-0002-9403-2921>. E-mail: irishique@yandex.ru

Камарова Зарина Нозимовна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. <https://orcid.org/0000-0002-8800-1467>. E-mail: zarinakamarova3396@gmail.com

COMBINED SURGICAL TREATMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE IS A STEP TOWARDS SOLVING THE PROBLEM

L.R. Toktar, D.G. Aryutin, Sh.M. Dostieva ✉, M.S. Lologaeva, K.S. Kacura, K.N. Posnova, I.A. Samsonova, Z.N. Kamarova

Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6 Miklouho-Maclay Str., Moscow, Russian Federation 117198

Abstract

Aim. To present current literature data on the prevalence, risk factors, pathogenesis, and options for combined surgical treatment of pelvic organ prolapse (PT) to prevent recurrence.

Key points. The prevalence of pelvic floor dysfunction and PT worldwide ranges from 1.9 to 46.5%. PT is believed to affect 40-50% of the female population, reaching 60% in the age group over 80 years. Against the background of an aging population, there is a tendency to increase the prevalence of PT. Problems such as the "rejuvenation" of PT, relapses after surgical treatment, pelvic dysfunction, worsen the quality of life of women.

Conclusion. There is a growing trend in the world towards the use of combined surgical intervention for pelvic organ prolapse (POP) with the maximum possible correction of defects at all levels. In other words, we can create for ourselves an algorithm of actions aimed at ensuring that the patient does not return with such a problem as a recurrence of POP.

Keywords: pelvic floor, pelvic organ prolapse, surgical treatment, combined surgical treatment, recurrence of pelvic organ prolapse.

Пролапс тазовых органов (ПТО) — одна из нерешенных проблем современной гинекологии. Распространенность дисфункции тазового дна (ДТД) и ПТО во всем мире колеблется от 1,9 до 46,5%. Считается, что ПТО затрагивает 40–50% женской популяции, достигая 60% в возрастной группе старше 80 лет. Так, в США у здоровых небеременных женщин ДТД встречаются в 25% случаев [1], а в Японии более 46% взрослых пациенток имеют по крайней мере одну характерную жалобу [1, 2].

Несмотря на то обстоятельство, что ПТО не угрожает жизни женщин, у 20% пациенток он ухудшает качество жизни, проявляясь нарушением мочеиспускания, дефекации, половой дисфункцией [3]. При этом у большинства больных начальные симптомы ПТО выражены незначительно, что при-

водит к поздней или недостаточной диагностике, когда консервативное лечение уже неэффективно, а отсроченная операция должна быть проведена с большим объемом [4]. Позднее обращение женщин с ПТО за медицинской помощью не позволяет детально изучить этапы развития болезни на ранних стадиях, полноценно сформулировать патогенез, поэтому на сегодняшний день не существует четкой тактики менеджмента пациенток с опущением и выпадением тазовых органов [5].

Следствием указанных обстоятельств является отсутствие индивидуальной стратификации пациенток по выбору оптимального метода хирургического лечения. Неиндивидуализированный подход может привести к рецидиву ПТО, увеличению доли госпитализаций и оперативных вмешательств.

Именно поэтому ПТО представляет собой существенную экономическую проблему, занимая значимое место в расходах систем здравоохранения экономически развитых стран мира [6].

Известно, что нарушению топографии тазовых органов препятствуют сразу несколько анатомических аппаратов: подвешивающие и фиксирующие связки матки, мышцы и фасции тазового дна. Последние представляют собой единую сложную структуру, позволяющую реализовывать множество тазовых функций, физиологически тесно связанных друг с другом. ДТД у женщин включает в себя широкий спектр клинических расстройств: недержание мочи, выпадение тазовых органов (опущение матки или других органов малого таза), недержание кала и газов, болевой синдром в тазово-промежностной области, сексуальные нарушения. Повреждение указанных структур имеет сложную и многофакторную патофизиологию, которая влияет на здоровье женщин и должна быть полноценно изучена для обеспечения наиболее подходящего ухода и лечения [4]. Важно отметить, что ПТО как грыжа тазового дна является динамическим ухудшающимся состоянием и у 2/3 пациенток имеет комбинированный характер поврежденных анатомических структур в различных отделах [7].

Недоучтенные повреждения уровней поддержки тазовых органов влияют на объем оперативного вмешательства, частота рецидивов после которых, по данным литературы, достигает 40% [8, 9]. Немаловажным обстоятельством является сравнение рисков: от самого заболевания и от хирургического вмешательства и анестезиологического пособия, особенно повышающимся при необходимости повторной или дополнительной отсроченной операции при рецидиве или возникновении жалоб *de novo*.

В настоящее время существует несколько сотен видов операций, направленных на лечение ПТО и коррекцию тазового дна. Продолжается поиск новых хирургических методик с применением ауто- и аллотрансплантатов, лапароскопической и робот-ассистированной хирургии [10, 11]. Вопрос определения тактики оперативного лечения все еще остается открытым, и единая концепция до сих пор не разработана.

Стоит отметить, что оптимальный выбор из огромного количества различных хирургических методик в каждом конкретном клиническом случае будет зависеть от уровня пролапса: недостаточность мышц тазового дна (НМТД), апикальный пролапс гениталий, «передний», «задний» пролапс. Принятие решения сопровождается множеством вопросов. Один из них: является ли правильным применение конкретной тактики с учетом только ведущей точки грыжевого мешка? Например, хирургическое лечение ректоцеле зачастую связывают с перинеолеваторопластикой и ее модификациями. В то время как сама методика подвергается критике вследствие своей низкой эффективности при собственно пролапсе (когда область операции не соответствует поврежденному уровню поддержки); но все же с учетом жалоб на недержание мочи и диспареунию, возникших *de novo* [12], при зия-

нии половой щели такая операция может быть полезной для восстановления архитектоники тазового дна, создания дополнительной поддержки, предотвращения рецидивирующих дисбиотических состояний влагалища [1, 13].

В связи с этим актуален вопрос проведения сочетанных или комбинированных симультанных хирургических вмешательств на разных отделах тазового дна для коррекции первичного ПТО. Очевидно, основной целью такого подхода является улучшение качества жизни женщины, предупреждение развития рецидива пролапса, уменьшение риска для жизни и здоровья [14].

Наиболее частым вариантом коррекции и золотым стандартом в лечении пролапса является лапароскопическая сакрокольпопексия (ЛСКП), однако она относится к технически трудным и длительным операциям, требующим высокой квалификации хирурга-эндоскописта. Очень важным моментом классической ЛСКП также является удаление матки, что противоречит нынешней тенденции — большому росту интереса к сохранению матки (если на то нет противопоказаний), поскольку мы имеем статистику омоложения данной патологии [15]. При этом такой вид оперативного вмешательства решает проблему только изолированного апикального (центрального) пролапса, не позволяя устранить полностью цистоцеле и ректоцеле [16].

Существенным ограничением методики можно считать ее относительно невысокую эффективность при опущении передней и задней стенок влагалища [16, 17], о чем свидетельствуют исследования с помощью визуализирующих методов [18, 19]. Поэтому сочетание укрепления купола влагалища с операцией на фасциях Гальбана и/или Денонвиллье или на тазовом дне может стать перспективной практикой. Для решения этой проблемы была предложена методика *Vaginally assisted laparoscopic sacrocolpopexy (VALS)* — лапароскопическая сакрокольпопексия с вагинальной ассистенцией [20]. По данным авторов, долгосрочная эффективность этого метода во всех отделах достигает 96%. Однако, согласно различным исследованиям, в 1–10% случаев встречаются осложнения: экструзия сетчатых имплантов и/или шовного материала [20, 21].

На сегодняшний день эта практика недостаточно апробирована, исследована и внедрена в современной медицине, что отражается в крайне скудном освещении комбинированных методик в современной научной периодике. В Волгоградском областном центре хирургии тазового дна (заведующий отделением — С.А. Прохватилов) провели проспективное когортное исследование данных 456 женщин после хирургического лечения ПТО [17]. Период наблюдения составил 10 лет — с 1 января 2012 года до 31 декабря 2021 года. Коллеги пришли к выводу, что комбинация лапароскопической операции (латеральной вентрофиксации матки/фиксации матки к апоневрозу передней брюшной стенки в надлобковой области капроновой нитью) с кольпорафией и перинеолеваторопластикой является более эффективным методом лечения и способом предупреждения

рецидива, чем монохирургическая тактика. По их мнению, преимущество такой комбинированной методики заключается в минимизации частоты рецидивов пролапса (2,6%) в сравнении с их долей (12%) при наиболее широко используемой сакрокольпопексии [22].

Однако существует иное мнение по поводу данной методики. О.В. Сиднев в своем исследовании указал, что после выполненной вентрофиксации матки к апоневрозу косых мышц живота у 14 из 24 пациенток за общее время наблюдения (2 года) развился рецидив пролапса. Описаны также случаи определенных осложнений: боли натяжения у 8 из 14 (57%) прооперированных [23].

Такой же тактики сочетанного хирургического лечения придерживаются специалисты из Бразилии L.G. Brito и соавт. [24]. Ими проведено ретроспективное исследование, включившее 135 пациенток, в котором собраны клинико-анамнестические данные (раса, возраст, антропометрические данные, соматический и акушерско-гинекологический анамнез и т. д.), при рецидивах — история первичного хирургического вмешательства (в том числе и особенности послеоперационного периода). Почти у всех женщин (98,51%) имелся апикальный пролапс, но также параллельно существующие задние (59,3%) и передние (56,3%) дефекты. Установлено, что наиболее часто выполняемой процедурой по коррекции апикального пролапса, как и во всем мире, была сакрокольпопексия (21%), кроме того, проводились фиксация крестцово-маточных связок сетчатым имплантом (3,75%), гистеропексия (1%) и лапароскопическая паравагинальная пластика (1,75%). С целью восстановления поддержки влагалища выполнялись передняя и задняя кольпоррафия (78,68%) и перинелеваторопластика (58,09%) [24]. Комбинированный подход к восстановлению апикального пролапса включал участие двух хирургов: гинеколога и уролога, имеющих опыт в проведении подобных операций. В течение года после комбинированной операции только у 6% пациенток авторы выявили рецидив ПТО и пришли к выводу, что комбинированная лапароскопическая/вагинальная коррекция пролапса двумя отдельными хирургами, вполне возможно, является эффективным вариантом оперативного лечения [24].

Сочетание хирургических методик лечения ПТО исследовали отечественные хирурги Д.Д. Шкарупа и соавт. Проведена оценка эффективности и безопасности унилатеральной крестцово-остистой фиксации с использованием современного синтетического монофиламентного эндопротеза в сочетании с реконструкцией пубоцервикальной фасции методом субфасциальной кольпоррафии [25]. Были обследованы 174 пациентки с передне-апикальным пролапсом, прооперированные по предложенной методике. В послеоперационном периоде практически у всех больных отмечалось значительное улучшение показателей POP-Q при сохраненной общей длине влагалища. В течение 12 месяцев наблюдения рецидив на апикальном уровне выявлен у 1 (0,7%) больной, в переднем отделе — у 10 (6,8%) пациенток. Большинство

женщин после лечения отмечали значительное улучшение качества жизни, и лишь одна больная жаловалась на диспареунию *de novo* [25].

Еще один вариант сочетанного хирургического лечения ПТО представили коллеги из Китая G. Wang и соавт. Они также придерживаются концепции симультанной операции, а именно хирургического вмешательства, корригирующего апикальный пролапс и НМТД, — модифицированной сакроспинальной фиксации в сочетании с передне-задней пластикой стенок влагалища. По мнению авторов, с помощью данной методики можно эффективно лечить ПТО и улучшать качество жизни таких пациенток с меньшим количеством послеоперационных осложнений и отдаленных рецидивов [26].

К сожалению, в настоящее время женщины обращаются к специалистам тогда, когда уже необходима хирургическая коррекция пролапса. Как было описано ранее, наряду с первичным пролапсом растет и количество рецидивов. До 30% прооперированных пациенток рано или поздно нуждаются в повторном хирургическом лечении в связи с развитием рецидива заболевания, который может быть обусловлен в том числе техническими особенностями операции [27].

Хирургическое лечение пациенток с ПТО начинается как со II–III, так и, к сожалению, с IV стадии по POP-Q, когда нарушена анатомия не только поддерживающего (мышц тазового дна), но и связочного аппарата. Согласно существующей практике, объем оперативного вмешательства в этом случае должен определяться с учетом финального повреждения поддерживающих структур, а другие первично задействованные в процессе уровни поддержки останутся без внимания.

Успешному решению проблемы препятствует существующий до сих пор ряд нерешенных вопросов. Какая хирургическая методика является лучшей? Насколько эффективны и целесообразны различные виды консервативной терапии? Необходимо ли, вопреки устоявшейся практике, более раннее хирургическое лечение пролапса или, наоборот, на поздних стадиях — уже в двух анатомических областях? Важно также выяснить, какая из тактик является более оптимальной: одномоментное выполнение сочетанного хирургического вмешательства или отсроченное запланированное проведение последующего, второго этапа оперативного лечения. На сегодняшний день ответы на эти вопросы все еще не найдены, но мировое медицинское сообщество находится в поиске методов лечения этой непростой патологии.

Заключение

В современной гинекологии наблюдается тенденция к применению сочетанного оперативного вмешательства при ПТО с максимально возможной коррекцией дефектов всех уровней. Необходимо максимально индивидуализировать подход к лечению пролапсов или создать единый

алгоритм врачебной тактики при опущении и выпадении органов малого таза, направленный

на то, чтобы пациентка не вернулась с такой проблемой, как рецидив ПТО.

Литература

1. Токтар Л.Р., Оразов М.Р., Пак В.Е., Арютин Д.Г. и др. Дисбиоз влагалища — «красный флаг» недостаточности тазового дна. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2023;11(3):52–62. Toktar L.R., Orazov M.R., Pak V.E., Aryutin D.G. et al. Vaginal dysbiosis — a "red flag" of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training*. 2023;11(3):52–62. (in Russian). DOI: 10.33029/2303-9698-2023-11-3-52-62
2. Moe S., Chikako Y., Miho S., Harumi N. et al. Relevance of symptoms of pelvic floor dysfunction and related factors among Japanese female healthcare workers. *Low. Urin. Tract Symptoms*. 2022;14(5):380–6. DOI: 10.1111/luts.12455
3. Vergeldt T.F., Weemhoff M., Int'Hout J., Kluivers K.B. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int. Urogynecol. J.* 2015;26(11):1559–73. DOI: 10.1007/s00192-015-2695
4. Peinado-Molina R.A., Hernández-Martínez A., Martínez-Vázquez S., Rodríguez-Almagro J. et al. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2023;23(1):2005. DOI: 10.1186/s12889-023-16901-3
5. Токтар Л.Р., Оразов М.Р., Лологаева М.С., Арютин Д.Г. и др. Клинико-анамнестический портрет пациентки с генитальным пролапсом. *Клинический разбор в общей медицине*. 2023;4(9):59–64. Toktar L.R., Orazov M.R., Samsonova I.A., Gaifulin R.F. et al. Clinical and anamnestic portrait of patient with genital prolapse. *Clinical Review for General Practice*. 2023;4(9):59–64. (in Russian). DOI: 10.47407/kr2023.4.9.00309
6. Weintraub A.Y., Gliner H., Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int. Braz. J. Urol.* 2020;46(1):5–14. DOI: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581
7. Данилина О.А., Волков В.Г. Распространенность пролапса тазовых органов среди женщин репродуктивного возраста. *Вестник новых медицинских технологий*. 2022;29(1):29–33. Danilina O.A., Volkov V.G. Prevalence of pelvic organ prolapse among women of reproductive age. *Journal of New Medical Technologies*. 2022;29(1):29–33. (in Russian). DOI:10.24412/1609-2163-2022-1-29-33
8. Lavelle E.S., Giugale L.E., Winger D.G., Wang L. et al. Prolapse recurrence following sacrocolpopexy vs uterosacral ligament suspension: a comparison stratified by Pelvic Organ Prolapse Quantification stage. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018;218(1):116.e1–5. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.09.015
9. Siff L.N., Barber M.D., Zyczynski H.M., Rardin C.R. et al. Immediate postoperative pelvic organ prolapse quantification measures and 2-year risk of prolapse recurrence. *Obstet. Gynecol.* 2020;136(4):792–801. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004043
10. Martoccia A., Al Salhi Y., Fuschi A., Rera O.A. et al. Robot-assisted sacrocolpopexy versus trans-vaginal multicompartiment prolapse repair: impact on lower bowel tract function. *Biomedicine*. 2023;11(8):2105. DOI: 10.3390/biomedicine11082105
11. Mozon A.O., Kim J.H., Lee S.R. Robotic sacrocolpopexy. *Obstet. Gynecol. Sci.* 2024;26(2):212–7. DOI: 10.5468/ogs.23226
12. Шкарупа Д.Д., Кубин Н.Д., ред. *Женская тазовая медицина и реконструктивная хирургия*. М.: МЕДпресс-информ; 2022. 360 с. Shkarupa D.D., Kubin N.D., eds. *Female pelvic medicine and reconstructive surgery*. М.: MEDpress-inform; 2022. 360 p.
13. Каримова Г.А., Доронина О.К., Оразов М.Р., Токтар Л.Р. и др. Клинико-анамнестические особенности пациенток с заболеваниями шейки матки и несостоятельностью мышц тазового дна. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2021;9(S3):60–8. Karimova G.A., Doronina O.K., Orazov M.R., Toktar L.R. et al. Clinical and anamnestic features of patients with diseases of the cervix and incompetence of the pelvic floor muscles. *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training*. 2021;9(S3):60–8. (in Russian). DOI:10.33029/2303-9698-2021-9-Suppl-60-68
14. Ghanbari Z., Ghaemi M., Shafiee A., Jelodarian P. et al. Quality of life following pelvic organ prolapse treatments in women: a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Med.* 2022;11(23):7166. DOI: 10.3390/jcm11237166
15. Hickman L.C., Tran M.C., Paraiso M.F.R., Walters M.D. et al. Intermediate term outcomes after transvaginal uterine-preserving surgery in women with uterovaginal prolapse. *Int. Urogynecol. J.* 2022;33(7):2005–12. DOI: 10.1007/s00192-021-04987-5
16. Ерема В.В., Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В., Петракова С.А. и др. Mesh-ассоциированные осложнения при коррекции пролапса тазовых органов и стрессовой формы недержания мочи. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2021;21(3):74–8. Erema V.V., Buyanova S.N., Mgelishvili M.V., Petrakova S.A. et al. Mesh-associated complications in the correction of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Russian Bulletin of the Obstetrician-Gynecologist*. 2021;21(3):74–8. (in Russian). DOI 10.17116/rosakush20212103174
17. Жаркин Н.А., Сейкина В.А., Прохвятилов С.А., Бурова Н.А. Десятилетний опыт комбинированного хирургического лечения тяжелых пролапсов тазовых органов у женщин. *Доктор.Ру*. 2022;21(5):67–74. Zharkin N.A., Seikina V.A., Prohvatilov S.A., Burova N.A. 10-year experience of combined surgical treatment of severe pelvic organ prolapse in women. *Doctor.Ru*. 2022;21(5):67–74. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-5-67-74
18. Токтар Л.Р., Оразов М.Р., Геворгян Д.А., Арютин Д.Г. и др. Возможности визуализирующих методик в диагностике несостоятельности тазового дна. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2020;8(3):104–9. Toktar L.R., Orazov M.R., Gevorgyan D.A., Aryutin D.G. et al. Possibilities of imaging techniques in the diagnosis of pelvic floor disorder. *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training*. 2020;8(3):104–9. (in Russian). DOI: 10.24411/2303-9698-2020-13017
19. Bowen S.T., Moalli P.A., Abramowitch S.D., Lockhart M.E. et al. Defining mechanisms of recurrence following apical prolapse repair based on imaging criteria. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2021;225(5):506.e1–28. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.05.041
20. Athanasiou S., Zacharakis D., Protopapas A., Pitsouni E. et al. Severe pelvic organ prolapse. Is there a long-term cure? *Int. Urogynecol. J.* 2019;30(10):1697–703. DOI: 10.1007/s00192-018-3775-3
21. Кубин Н.Д., Шкарупа Д.Д., Басос А.С., Шульгин А.С. и др. Беспротезная сакрокольпопексия комбинированным доступом с применением васкуляризованного вагинального лоскута при постгистерэктомическом пролапсе. *Клинический случай*.

- Видеостатья. *Гинекология*. 2022;24(3):245–8. Kubin N.D., Shkarupa D.D., Basos A.S., Shulgin A.S. et al. Meshless sacrocolpopexy for post-hysterectomy vaginal vault prolapse: vascularized flap technique. Case report. Video case. *Gynecology*. 2022;24(3):245–8. (in Russian). DOI: 10.26442/20795696.2022.3.201707
22. Silveira S.D.R.B., Auge A.P., Jarmy-Dibella Z.I., Margarido P.F. et al. A multicenter, randomized trial comparing pelvic organ prolapse surgical treatment with native tissue and synthetic mesh: a 5-year follow-up study. *Neurourol. Urodyn.* 2020;39(3):1002–11. DOI: 10.1002/nau.24323
23. Седнев О.В. Анализ опыта хирургической коррекции пролапса гениталий, проведенной в Калининградском областном центре эндовидеохирургии. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2003;52(3):38–42. Sednev O.V. Analysis of the surgery experience in correction of genitals prolapse realised in the kaliningrad regional centre of endo video surgery. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2003;52(3): 38–42. (in Russian). DOI: 10.17816/JOWD88966
24. Brito L.G., Cohen S.L., Tusheva O., Kohli N. et al. Surgical outcomes of a combined surgical approach for apical prolapse repair. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2016;38(8): 405–11. DOI: 10.1055/s-0036-1586747
25. Шкарупа Д.Д., Кубин Н.Д., Попов Э.Н., Шаповалова Е.А. и др. Унилатеральный апикальный слинг — новый взгляд на сакроспинальную фиксацию. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2019;68(1):37–46. Shkarupa D.D., Kubin N.D., Popov E.N., Shapovalova E.A. et al. Unilateral apical sling: a new look at the sacrospinous fixation. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. (in Russian). DOI:10.17816/JOWD68137-46
26. Wang G., Zhou S., Wang S., Xu D. et al. Effect of new-style anterior and posterior vaginal wall repair combined with modified ischial spine fascia fixation on patients with pelvic organ prolapse and their postoperative quality of life. *Front. Surg.* 2022;9:994615. DOI: 10.3389/fsurg.2022.994615
27. Ищенко А.И., Гаврилова Т.В., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю. и др. Влагалищная экстирпация матки с использованием имплантатов из титанового шёлка для профилактики рецидива заболевания. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2021;8(2):101–8. Ishchenko A.I., Gavrilova T.V., Ishchenko A.A., Gorbenko O.Yu. et al. Vaginal extirpation of the uterus using implants made of titanium silk to prevent recurrence of the disease. *V.F. Snegireva Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2021;8(2):101–8. (in Russian). DOI: 10.17816/2313-8726-2021-8-2-101-108



Статья на
journalgynecology.ru



URL:

<https://journalgynecology.ru/statyi/sochetannoe-hirurgicheskoe-lechenie-prolapsa-tazovyh-organov-shag-k-resheniju-problemy/>