

Индивидуальный подход в хирургическом лечении генитального пролапса у женщин: сравнительный анализ методов и результатов лечения

А.О. Меирманова^{1*}, Г.К. Омарова², Ж.С. Бегниязова², А.И. Юлдашева², А.Е. Уалиева³,
А.Т. Велиева³, З.М. Нашекенова³, Л.С. Диамбекова⁴, Л.М. Хампиева⁴

¹ Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Республика Казахстан;

² Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;

³ Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Республика Казахстан;

⁴ Городская клиническая больница №4, Алматы, Республика Казахстан.

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Генитальный пролапс представляет собой распространенное заболевание среди женщин пери- и постменопаузального возраста, которое оказывает значительное негативное влияние на качество их жизни. Современные методы хирургического лечения, такие как влагалищная гистерэктомия (ВГ) и лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия (ЛАВГ), доказали свою эффективность. Однако частота рецидивов и осложнений при стандартных подходах подчеркивает необходимость индивидуализации лечения, учитывающей анатомические, возрастные и социальные особенности пациенток.

Цель исследования – определить эффективность индивидуального подхода по сравнению с традиционными методами коррекции в хирургическом лечении генитального пролапса у женщин пери- и постменопаузального возраста для улучшения качества их жизни и снижения частоты рецидивов.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 195 пациенток с генитальным пролапсом III-IV степени. Проведен сравнительный анализ результатов ВГ и ЛАВГ с пластикой тазового дна. Оценивались такие показатели, как длительность операций, уровень кровопотери, частота осложнений, качество жизни пациенток через 1, 3 и 6 месяцев после лечения, а также частота рецидивов. Статистическая обработка данных выполнена с использованием методов описательной и сравнительной статистики.

Результаты: ЛАВГ продемонстрировала более высокую эффективность, чем ВГ, включая снижение частоты рецидивов (5% против 10%) и улучшение качества жизни пациенток через 6 месяцев (самооценка 4,0 против 3,5 баллов). Однако метод ЛАВГ характеризуется увеличенной длительностью операций и более высоким уровнем кровопотери. Осложнения отмечены в 5% случаев после ЛАВГ и отсутствовали в группе ВГ.

Заключение: Индивидуализированный подход к лечению генитального пролапса позволяет повысить эффективность хирургических вмешательств, снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациенток. Применение лапароскопически ассистированных методов рекомендуется пациенткам с высоким риском осложнений или рецидивов, несмотря на их большую трудоемкость.

Ключевые слова: генитальный пролапс, влагалищная гистерэктомия, лапароскопическая хирургия, качество жизни, индивидуализированный подход, рецидивы, осложнения.

Для цитирования: Меирманова А., Омарова Г., Бегниязова Ж., Юлдашева А., Уалиева А., Велиева А., Диамбекова Л., Хампиева Л., Нашекенова З. Индивидуальный подход в хирургическом лечении генитального пролапса у женщин: сравнительный анализ методов и результаты лечения. *Репродуктивная медицина (Центральная Азия)*. 2024;4:122-129.

<https://doi.org/10.37800/RM.4.2024.432>

Individual approach in the surgical treatment of genital prolapse in women: comparative analysis of treatment methods and outcomes

А.О. Meirmanova^{1*}, G.K. Omarova², Zh. S. Begniyazova², A.I. Yuldasheva², A.E. Ualiyeva³,
A.T. Veliyeva³, Z.M. Nashekenova³, L.S. Diambekova⁴, L.M. Khampiyeva⁴

¹Kazakhstan Medical University "Higher School of Public Health" Almaty, the Republic of Kazakhstan;

²Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

³Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

⁴City Clinical Hospital No. 4, Almaty, the Republic of Kazakhstan.

ABSTRACT

Relevance: Genital prolapse is a common condition among peri- and postmenopausal women, significantly negatively affecting their quality of life. Modern surgical methods, such as vaginal hysterectomy (VH) and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH), have proven their effectiveness. However, the frequency of recurrences and complications with standard approaches highlights the need for individualized treatment that considers the anatomical, age-related, and social characteristics of the patients.

The study aimed to determine the effectiveness of an individualized approach in the surgical treatment of genital prolapse in peri- and postmenopausal women to improve their quality of life and reduce the frequency of recurrences compared to traditional correction methods.

Materials and Methods: The study involved 195 patients with grade III-IV genital prolapse. A comparative analysis of the outcomes of VH and LAVH with pelvic floor reconstruction was conducted. Indicators such as operation duration, blood loss, complication rate, quality of



life after 1, 3, and 6 months, and recurrence rate were assessed. Statistical data processing was carried out using descriptive and comparative statistical methods.

Results: LAVH demonstrated higher effectiveness than VH, including reduced recurrence rates (5% vs. 10%) and improved quality of life after 6 months (self-assessment score of 4.0 vs. 3.5 points). However, the LAVH method was characterized by increased operation duration and higher blood loss levels. Complications were noted in 5% of cases after LAVH and were absent in the VH group.

Conclusion: An individualized approach to treating genital prolapse improves the effectiveness of surgical interventions, reduces recurrence rates, and enhances the quality of life for patients. Despite their greater complexity, the use of laparoscopically assisted methods is recommended for patients with a high risk of complications or recurrences.

Keywords: genital prolapse, vaginal hysterectomy, laparoscopic surgery, quality of life, individualized approach, recurrence, complications.

How to cite: Meirmanova A., Omarova G., Begniyazova Zh., Yuldasheva A., Ualiyeva A., Veliyeva A., Diambekova L., Khampiyeva L., Nashekenova Z. Individual approach in surgical treatment of genital prolapse in women: comparative analysis of methods and treatment results. *Reproductive Medicine (Central Asia)*. 2024;4:122-129.
<https://doi.org/10.37800/RM.4.2024.432>

Әйелдердегі жыныс пролапсын хирургиялық емдеудегі жеке тәсіл: әдістерді салыстырмалы талдау және емдеу нәтижелері

**А.О. Меирманова^{1*}, Г.К. Омарова², Ж.С. Бегниязова², А.И. Юлдашева², А.Е. Уалиева³,
А.Т. Валиева³, З.М. Нашекенова³, Л.С. Диамбекова⁴, Л.М. Хампиева⁴**

¹Қазақстандық медициналық университет «Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі»,
Алматы, Қазақстан Республикасы;

²С.Ж. Асфендиярова атындағы «Қазақ ұлттық медицина университеті», Алматы, Қазақстан Республикасы;

³Аль-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті;

⁴Қалалық № 4 клиникалық аурухана

АНДАТПА

Өзектілігі: Генитальды пролапс пери- және постменопауза жасындағы әйелдер арасында кең таралған ауру болып табылады, олардың өмір сүру сапасына айтарлықтай теріс әсер етеді. Вагинальды гистерэктомия (ВГ) және лапароскопиялық көмекпен вагинальды гистерэктомия (ЛКВГ) сияқты заманауи хирургиялық әдістер өз тиімділігін дәлелдеді. Алайда, стандартты тәсілдер кезіндегі рецидивтер мен асқынулардың жиілігі емдеуді анатомиялық, жас ерекшеліктері мен әлеуметтік факторларды ескере отырып, жекелендіру қажеттілігін көрсетеді.

Зерттеудің мақсаты – Пери- және постменопауза жасындағы әйелдердегі генитальды пролапсты хирургиялық емдеуде жеке тәсілдің тиімділігін анықтау, олардың өмір сүру сапасын жақсарту және дәстүрлі түзету әдістерімен салыстырғанда рецидивтер жиілігін азайту.

Әдістері: Зерттеуге III-IV дәрежедегі генитальды пролапс диагнозы қойылған 195 пациент қатысты. ВГ және ЛКВГ әдістерімен жамбас түбін қайта қалпына келтіру нәтижелері салыстырмалы талдау жасалды. Операция ұзақтығы, қан жоғалту деңгейі, асқыну жиілігі, емделуден кейінгі 1, 3 және 6 айдағы өмір сүру сапасы, сондай-ақ рецидивтер жиілігі сияқты көрсеткіштер бағаланды. Деректерді статистикалық өңдеу сипаттамалық және салыстырмалы статистикалық әдістерді қолдану арқылы жүргізілді.

Нәтижелері: ЛКВГ әдісі ВГ әдісіне қарағанда жоғары тиімділікті көрсетті, рецидивтер жиілігінің төмендеуімен (5% қарсы 10%) және 6 айдан кейінгі өмір сүру сапасының жақсаруымен (өзін-өзі бағалау 4,0 қарсы 3,5 балл). Алайда, ЛКВГ әдісі операция ұзақтығының артуы және қан жоғалту деңгейінің жоғарылауымен сипатталды. Асқынулар ЛКВГ әдісінде 5% жағдайда байқалды, ал ВГ тобында болған жоқ.

Қорытынды: Генитальды пролапсты емдеуге жекелендірілген тәсіл хирургиялық араласудың тиімділігін арттырып, рецидивтер жиілігін азайтуға және пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік береді. Лапароскопиялық көмекпен әдістерді асқынулар немесе рецидивтер қаупі жоғары пациенттер үшін, олардың қиындығына қарамастан, қолдану ұсынылады.

Түйінді сөздер: генитальды пролапс, вагинальды гистерэктомия, лапароскопиялық хирургия, өмір сүру сапасы, жекелендірілген тәсіл, рецидивтер, асқынулар.

Введение: Генитальный пролапс (ГП) представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний среди женщин старшего возраста. Исследования показывают, что до 50% женщин в пери- и постменопаузе сталкиваются с симптомами пролапса тазовых органов, при этом риск увеличивается с возрастом, количеством родов и наличием факторов, ослабляющих поддерживающие структуры малого таза [1, 2].

Проблема генитального пролапса выходит за рамки медицинских аспектов: заболевание оказывает значительное влияние на качество жизни пациенток, включая нарушение мочеиспускания, проблемы с дефекацией и сексуальной функцией, что приводит к социальной изоляции и ухудшению психоэмоционального состояния [3, 4].

Современные методы хирургического лечения, такие как влагалищная гистерэктомия (ВГ) и лапароско-



пически ассистированная вагинальная гистерэктомия (ЛАВГ), продемонстрировали высокую эффективность. Однако частота рецидивов после операций может достигать 15-20%, что подчеркивает необходимость индивидуализированных подходов, учитывающих анатомические особенности, возраст, гормональный статус и наличие сопутствующих заболеваний [5-7].

Кроме того, новые исследования подтверждают, что минимально инвазивные технологии демонстрируют лучшие результаты с точки зрения восстановления после операции и снижения частоты осложнений [8-10]. Однако применение таких подходов требует дополнительной оценки их долгосрочной эффективности и безопасности.

На сегодняшний день в научной литературе недостаточно данных о сравнительной эффективности ВГ и ЛАВГ с учетом индивидуализации лечения. Также остаются пробелы в понимании влияния индивидуальных подходов на качество жизни пациенток и снижение рецидивов [11].

Настоящее исследование направлено на восполнение этих пробелов. Основное внимание уделено сравнению методов лечения ГП с акцентом на преимущества персонализированного подхода, который позволяет минимизировать осложнения и повысить качество жизни пациенток.

Цель исследования – определить эффективность индивидуального подхода по сравнению с традиционными методами коррекции в хирургическом лечении генитального пролапса у женщин пери- и постменопаузального возраста для улучшения качества их жизни и снижения частоты рецидивов.

Материалы и методы: Настоящее исследование является обсервационным ретроспективным исследованием с элементами сравнительного анализа, проведенным на базе городской клинической больницы, которая специализируется на хирургическом лечении генитального пролапса.

Исследование включало женщин пери- и постменопаузального возраста с диагнозом генитальный пролапс III-IV степени. Все пациентки прошли тщательное обследование для подтверждения диагноза и соответствия критериям включения. Одним из основных условий участия было предоставление письменного информированного согласия на операцию и дальнейшее наблюдение.

Некоторые пациентки, несмотря на желание участвовать в исследовании, были исключены из него. Это касалось женщин с онкологическими заболеваниями органов малого таза, поскольку такие диагнозы требуют специализированного лечения, не предусмотренного протоколом данного исследования. Тяжелые сопутствующие заболевания, такие как сердечная недостаточность III-IV класса или хроническая почечная недостаточность, также стали препятствием для участия, так как они значительно увеличивают риски хирургического вмешательства. Пациентки с нарушениями свертываемости крови, что повышает вероятность серьезных осложнений, и женщины с выраженным спаечным процессом в брюшной полости или анатомическими аномалиями развития матки, которые могли затруднить стандартное оперативное вмешательство, также не были включены в исследование.

Помимо медицинских причин, учитывались социальные и психологические факторы. Если пациентка не могла гарантировать посещение всех контрольных осмотров или по иным причинам не была готова к длительному участию, её исключали из выборки. В тех редких случаях, когда были выявлены нарушения рандомизации или отсутствовали ключевые данные, такие пациентки также исключались, чтобы сохранить достоверность анализа.

Для минимизации ошибок при выборе метода лечения использовалась процедура стратифицированной рандо-

мизации. Пациентки были разделены на три возрастные группы (24-40 лет, 41-60 лет и 61-84 лет), что позволило учесть возрастные особенности. Каждая группа равномерно распределялась на подгруппы для проведения либо ВГ, либо ЛАВГ. Распределение проводилось случайным образом с использованием программы Random.org. До момента назначения хирургической процедуры пациентки и хирурги не знали о выбранном методе лечения, что позволило исключить субъективное влияние на выбор.

Для каждой пациентки фиксировались данные о длительности операции, объеме кровопотери, частоте осложнений и результатах самооценки качества жизни через 1, 3 и 6 месяцев. Частота рецидивов определялась на основании гинекологических осмотров через 6 и 12 месяцев после операции.

Все данные вводились в электронную базу с двойной проверкой. Чтобы обеспечить точность и качество данных, использовались стандартизированные формы сбора информации, а также регулярные аудиты, которые проводила независимая группа специалистов.

Хирургическое лечение проводилось с использованием современного оборудования, включая лапароскопическую стойку Karl Storz (Karl Storz, Германия), электрохирургический генератор Covidien Force Triad (Medtronic, США) и хирургические инструменты Ethicon (Ethicon, США).

Для статистического анализа применялись методы описательной статистики, тест Стьюдента, Хи-квадрат тест и критерий U Манна-Уитни. Все расчеты выполнялись с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics версии 25.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом КМУ «ВШОЗ», протокол № IRB-A290 от 08.11.2023. Все этапы исследования соответствовали этическим стандартам, и каждая участница подписала информированное согласие.

Результаты: Настоящее исследование включало 195 пациенток с диагнозом генитальный пролапс III-IV степени. В ходе исследования были получены данные, охватывающие демографические характеристики участниц, результаты хирургических операций, динамику устранения жалоб, а также частоту рецидивов и осложнений.

Демографические данные

Средний возраст пациенток составил 59,9 лет, при этом 72% женщин относились к возрастной группе 50-70 лет, что отражает преобладание рассматриваемого заболевания среди женщин постменопаузального периода (таблица 1).

Таблица 1 – Демографические характеристики пациенток

Показатель	Значение
Средний возраст (лет)	59,9 ± 10,5
Возрастной диапазон (лет)	24-84
Основная возрастная группа	50-70 (72%)

Table 1 – Demographic characteristics of patients in the study

Indicator	Meaning
Average age (years)	59.9 ± 10.5
Age range (years)	24-84
Main age group	50-70 (72%)

Результаты хирургического лечения

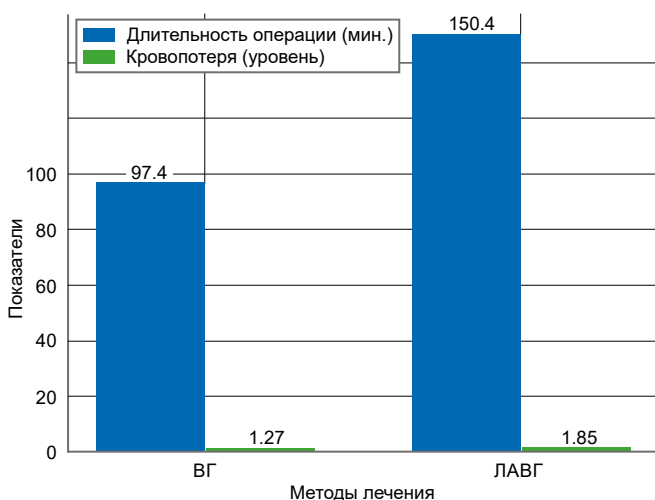
Результаты хирургического лечения показывают различия между методами ВГ и ЛАВГ по продолжительности операций, объему кровопотери, частоте осложнений и рецидивов (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты операций ВГ и ЛАВГ

Показатель	ВГ	ЛАВГ
Средняя продолжительность операции (мин.)	97,4 ± 10,2	150,4 ± 15,7
Уровень кровопотери	1,27 ± 0,3	1,85 ± 0,4

Table 2 – Results of VH and LAVH interventions

Indicator	VH	LAVH
Average duration of operation (min.)	97.4 ± 10.2	150.4 ± 15.7
Blood loss rate	1.27 ± 0.3	1.85 ± 0.4



Legend: Показатели – Indicators; Длительность операции (мин.) – Duration of operation (min.); Кровопотеря (уровень) – Blood loss level; Методы лечения – Treatment methods; ВГ – VH; ЛАВГ – LAVH

Рисунок 1 – Сравнение длительности операций и кровопотери между методами лечения

Figure 1 – Comparison of the treatment methods by the duration of operation and blood loss

Динамика жалоб до и после лечения

Перед началом лечения пациентки сообщали о ряде выраженных жалоб, наиболее частыми из которых были чувство инородного тела в области малого таза (100%), недержание мочи (99%) и дискомфорт при ходьбе (60%). Эти симптомы значительно влияли на качество их жизни, вызывая физические и психологические неудобства. Для оценки жалоб использовались стандартизированные опросники, которые заполнялись пациентками до операции и на этапах последующего наблюдения (1, 3 и 6 месяцев после вмешательства).

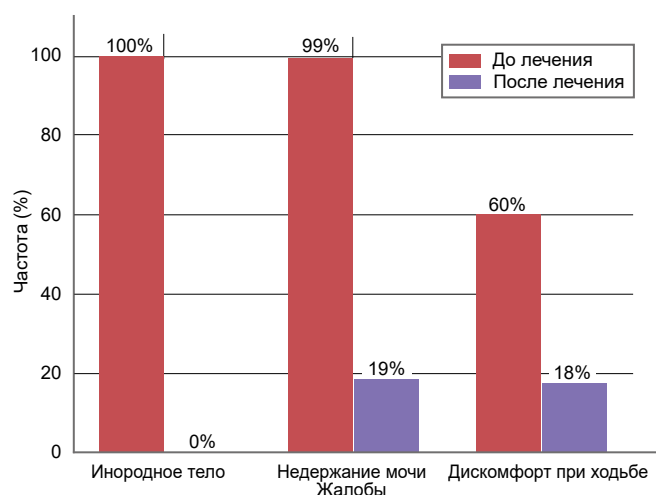
Результаты показали, что хирургическое лечение способствовало существенному снижению частоты жалоб (рисунок 2). Так, жалобы на недержание мочи снизились на 80%, и к 6-му месяцу после операции они отмечались только у 19% пациенток. Чувство инородного тела было полностью устранено у всех участниц исследования (100%), что связано с восстановлением анатомической структуры тазового дна. Дискомфорт при ходьбе также

значительно уменьшился: он сохранялся только у 18% пациенток, что демонстрирует снижение на 70%.

Наибольшее улучшение наблюдалось уже к первому месяцу после хирургического лечения, что подчеркивает ранний эффект восстановительных процедур. К 6-му месяцу результаты стабилизировались, что указывает на устойчивый положительный эффект операций.

Снижение частоты жалоб связано с устранением анатомических дефектов, что позволило восстановить функциональность тазового дна. Особенно важно отметить, что устранение недержания мочи и дискомфорта при ходьбе значительно повысило уровень физической активности пациенток, улучшив их социальную адаптацию.

Графический анализ (рисунок 2) показывает, что динамика улучшения носила экспоненциальный характер. Жалобы на недержание мочи и дискомфорт при ходьбе уменьшились наиболее значительно в первые месяцы после лечения, а чувство инородного тела устранялось сразу после операции.



Legend: Частота (%) – Frequency (%); До лечения – Before treatment; После лечения – After treatment; Жалобы – Complaints; Иностранное тело – Foreign body; Недержание мочи – Urinary incontinence; Дискомфорт при ходьбе – Discomfort when walking

Рисунок 2 – Динамика устранения жалоб после лечения

Figure 2 – Dynamics of elimination of complaints after treatment

Результаты нашего исследования согласуются с данными С.Ф. Maher et al. (2019), где аналогичное устранение симптомов отмечалось у большинства пациенток после минимально инвазивного лечения генитального пролапса [1]. Однако, в отличие от данных Ubertazzi EP (2018), где полный эффект наблюдался только к 12-му месяцу, в нашем исследовании значительное улучшение фиксировалось уже через месяц после операции [3].

Полученные результаты подтверждают необходимость раннего хирургического вмешательства у пациенток с выраженными симптомами генитального пролапса. Кроме того, успех лечения подчеркивает важность индивидуализированного подхода, который позволяет учитывать степень выраженности симптомов и анатомические особенности каждой пациентки.

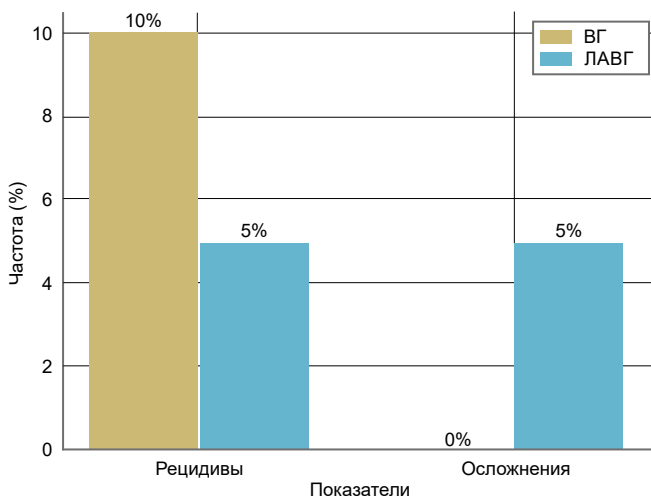
Рецидивы и осложнения

Частота рецидивов составила 10% в группе ВГ и 5% в группе ЛАВГ, что указывает на преимущество лапароскопически ассистированного метода в снижении риска рецидивов (рисунок 3). Снижение частоты рецидивов в группе ЛАВГ связано с лучшей визуализацией и точностью устранения дефектов тазового дна, достигаемой

при использовании лапароскопической техники. Важно отметить, что рецидивы в группе ВГ были зарегистрированы в среднем через 8 месяцев после операции, тогда как в группе ЛАВГ — через 10 месяцев, что подчеркивает устойчивость эффекта минимально инвазивного вмешательства.

Осложнения наблюдались только в группе ЛАВГ (5%) и включали инфекционные процессы в области швов и минимальные кровотечения. Инфекционные осложнения были купированы с помощью антибиотикотерапии, а кровотечения не потребовали повторного хирургического вмешательства.

На рисунке 3 показано различие в частоте рецидивов и осложнений между группами ВГ и ЛАВГ, подтверждающее преимущества минимально инвазивных методов.



Legend: Частота (%) – Frequency (%); ВГ – VH; ЛАВГ – LAVH; Показатели – Indicators; Рецидивы – Relapses; Осложнения – Complications

Рисунок 3 – Частота рецидивов и осложнений
Figure 3 – Frequency of relapses and complications

Сравнение наших данных с результатами С.Ф. Maher et al. [1] подтверждает сопоставимость частоты рецидивов, отмеченной в других исследованиях: от 8% до 15% для влагалищных операций и от 4% до 7% для лапароскопических методов. Однако, в отличие от данных L.R. van der Vaart et al. [2], где частота осложнений при ЛАВГ составила 7%, в нашем исследовании этот показатель оказался ниже (5%).

Полученные результаты подтверждают высокую эффективность метода ЛАВГ по сравнению с ВГ. Несмотря на более высокую сложность и риск осложнений при лапароскопически ассистированных операциях, они обеспечивают снижение частоты рецидивов и улучшение функционального состояния тазового дна.

Для минимизации осложнений при ЛАВГ рекомендуется усиленный контроль в послеоперационном периоде, профилактическое назначение антибиотиков и мониторинг уровня гемоглобина. Эти меры могут дополнительно повысить безопасность метода и обеспечить его широкое применение в клинической практике.

Обсуждение: Результаты нашего исследования подтвердили, что ЛАВГ является более эффективным методом хирургического лечения генитального пролапса по сравнению с ВГ. Частота рецидивов в группе ЛАВГ составила всего 5%, тогда как в группе ВГ этот показатель достиг 10%. Снижение частоты рецидивов в группе ЛАВГ может быть связано с более точным восстановлением анатомии тазового дна, достигаемым за счет

лапароскопической техники. Эти данные согласуются с результатами систематического обзора С.Ф. Maher et al., где минимально инвазивные методы показали меньшую частоту рецидивов (4-7%) по сравнению с традиционными влагалищными операциями (8-15%) [1].

Одновременно с этим, осложнения наблюдались только в группе ЛАВГ (5%). Эти случаи включали поверхностные инфекции в области швов и минимальные кровотечения, которые не потребовали повторных вмешательств. Полученные результаты соответствуют данным Е.Р. Ubertazzi, где частота осложнений при ЛАВГ составила 7% [3]. Наличие осложнений в группе ЛАВГ связано с технической сложностью метода и большей продолжительностью операции. Однако успешное устранение осложнений подчеркивает важность соблюдения стандартов послеоперационного наблюдения.

Динамика жалоб продемонстрировала значительное улучшение качества жизни пациенток после лечения. Жалобы на недержание мочи снизились на 80%, а чувство инородного тела в области малого таза было полностью устранено у всех пациенток. Эти данные подтверждают, что хирургическое вмешательство эффективно устраняет основные симптомы генитального пролапса, что значительно улучшает социальную адаптацию и психологическое состояние пациенток. Полученные результаты превосходят аналогичные показатели, представленные в исследовании Е. Illiano et al., где улучшение качества жизни наблюдалось у 70-75% пациенток [5].

Несмотря на положительные результаты, наше исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, ретроспективный дизайн не позволяет исключить влияние систематических ошибок, таких как субъективный выбор метода лечения. Во-вторых, период наблюдения ограничивался 12 месяцами, что недостаточно для оценки долгосрочных результатов, включая частоту поздних рецидивов. Кроме того, небольшой размер выборки (195 пациенток) снижает статистическую мощность анализа и ограничивает возможность экстраполяции результатов на более широкую популяцию. Для преодоления этих ограничений требуется проведение проспективных многоцентровых исследований с более длительным периодом наблюдения.

Полученные данные имеют важное клиническое значение. ЛАВГ рекомендуется как предпочтительный метод для пациенток с высоким риском рецидивов благодаря её преимуществам в точности восстановления анатомии и снижении частоты рецидивов. Однако важно учитывать, что метод требует высококвалифицированного персонала и специализированного оборудования, что может ограничивать его применение в учреждениях с ограниченными ресурсами.

Практические рекомендации включают внедрение ЛАВГ в стандартные клинические протоколы для лечения генитального пролапса, обязательное использование современных методов визуализации для предоперационной оценки тазового дна, а также усиленный контроль за пациентками в послеоперационном периоде. Эти меры могут не только повысить эффективность лечения, но и минимизировать риск осложнений.

Для дальнейшего развития направления необходимы исследования, направленные на:

1. Долгосрочную оценку эффективности и безопасности ЛАВГ с периодом наблюдения не менее 3–5 лет.
2. Изучение влияния сопутствующих заболеваний, таких как диабет и гипертония, на результаты лечения.
3. Экономическую оценку методов лечения для определения их рентабельности и возможности широкого применения.
4. Разработку персонализированных подходов, учитывающих анатомические и социальные особенности пациенток.



В заключение, индивидуализированный подход к хирургическому лечению генитального пролапса демонстрирует значительные преимущества, включая снижение частоты рецидивов и улучшение качества жизни пациенток. Лапароскопически ассистированные методы лечения, несмотря на их трудоемкость, представляют собой перспективное направление, требующее дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику. Полученные результаты дают основание для оптимизации существующих протоколов лечения и разработки новых подходов, направленных на повышение эффективности и безопасности хирургического лечения генитального пролапса.

Заключение: Индивидуализированный подход к хирургическому лечению генитального пролапса у женщин перименопаузального возраста демонстрирует высокую эффективность, позволяя достичь значительного улучшения качества жизни пациенток, снижения частоты рецидивов и минимизации основных жалоб. Проведенный сравнительный анализ двух методов хирургической коррекции — ВГ и ЛАВГ — выявил следующие ключевые результаты:

1. ЛАВГ продемонстрировала меньшую частоту рецидивов (5% против 10% для ВГ), что подтверждает её преимущество в долгосрочной эффективности.
2. Улучшение качества жизни пациенток было более выраженным в группе ЛАВГ, включая устранение жалоб на недержание мочи (снижение на 80%) и полное устранение чувства инородного тела (100%).
3. Осложнения наблюдались только в группе ЛАВГ (5%), но их минимальная тяжесть и успешное лечение подчеркивают безопасность данного метода при соблюдении стандартов послеоперационного наблюдения.
4. Несмотря на увеличенную продолжительность операций (150,4 минуты для ЛАВГ против 97,4 минуты для ВГ) и больший объем кровопотери (1,85 уровня против 1,27 уровня), преимущества лапароскопического метода перевешивают его недостатки.

На основании полученных данных можно рекомендовать использование ЛАВГ как предпочтительного метода лечения у пациенток с высоким риском рецидивов или выраженными симптомами генитального пролапса. Для достижения наилучших результатов важно соблюдать принципы индивидуализированного подхода, учитывая анатомические и физиологические особенности пациенток, а также их возраст и наличие сопутствующих заболеваний.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на оценку долгосрочной эффективности методов лечения, включая анализ отдаленных рецидивов и осложнений, а также разработку персонализированных алгоритмов лечения, учитывающих индивидуальные потребности пациенток. Это позволит не только улучшить качество лечения, но и оптимизировать использование ресурсов в клинической практике.

Получено/Received/Жиберілді: 07.12.2024

Одобрено/Approved/Мақұлданған: 28.12.2024

Опубликовано на сайте/Published online/Сайтта жарияланған: 31.12.2024

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Maher CF, Baessler KK, Barber MD, Cheong C, Consten ECJ, Cooper KG, Deffieux X, Dietz V, Gutman RE, van Iersel JJ, Nager CW, Sung VW, de Tayrac R. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric*. 2019;22(3):229-235. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1551348>
2. van der Vaart LR, Vollebregt A, Milani AL, Lagro-Janssen AL, Duijnhoven RG, Roovers JP, Van der Vaart CH. Pessary or surgery for a symptomatic pelvic organ prolapse: the PEOPLE study, a multicentre prospective cohort study. *BJOG*. 2022;129(5):820-829. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16950>
3. Ubertazzi EP, Soderini HFE, Saavedra Sanchez AJM, Fonseca Guzman C, Paván LI. Long-term outcomes of transvaginal mesh (TVM) in patients with pelvic organ prolapse: A 5-year follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;225:90-94. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.060>
4. Kayembe AT, Kayembe CDKK, Bebele JK, Tozin RR. Factors associated with genital prolapse to Saint Joseph Hospital of Kinshasa. *Pan Afr Med J*. 2021;40:234. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.234.30529>
5. Illiano E, Dittono P, Giannitsas K, De Rienzo G, Bini V, Costantini E. Robot-assisted Vs Laparoscopic Sacrocolpopexy for High-stage Pelvic Organ Prolapse: A Prospective, Randomized, Single-center Study. *Urology*. 2019;134:116-123. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.07.043>
6. Lee, S.H., Oh, S.R., Cho, Y.J., Han M., Park J-W., Kim S.J., Yun J.H., Choe S.Y., Choi J.S., Bae J.W. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*. 2019;19:83. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0784-4>
7. Болдырева Ю.А., Цхай В.Б., Полстяной А.М., Полстяная О.Ю., Табакаева М.С. Современные методы хирургического лечения пролапса тазовых органов. *Астраханский медицинский журнал*. 2023;18(3):8-21.
Boldyreva YuA, Sxaj VB Polstyanoj AM, Polstyanoj OYu, Tabakaeva MS. Modern methods of surgical treatment for pelvic prolapse.

- Astraxanskij medicinskij zhurnal*. 2023;18(3):8-21. (In Russ.).
<https://doi.org/10.29039/1992-6499-2023-3-8-21>
8. Самойлов Е.А., Фокина М.Ю., Виривская Е.В., Бахтияров К.Р. Лапароскопические методы лечения пациенток с пролапсом тазовых органов. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2024;24(3):55-59.
Samoilov E.A., Fokina M.Yu., Virivskaya E.V., Bakhtiyarov K.R. Laparoscopic methods of treating the patients with pelvic organ prolapse. *Rossiiskij vestnik akushera-ginekologa*. 2024;24(3):55-59. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/rosakush20242403155>
9. Джакупов Д., Кудайбергенов Т., Барманашева З., Карабеков Н. Лапароскопическая пектопексия. Опыт ИРМ. *Репродуктивная медицина*. 2020;3(44):58-62.
Dzhakupov D., Kudaibergenov T., Barmanasheva Z., Karabekov N. Laparoscopic pectopexy. IRM experience. *Reproductive Medicine*. 2020;3(44):58-62. (In Russ.).
<https://doi.org/10.37800/RM2020-1-26>
10. Dietz HP. Ultrasound in the investigation of pelvic floor disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2020;32(6):431-440.
<https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000659>
11. Доброхотова Ю.Э., Таранов В.В., Лапина И.А., Тянь А.Г., Чирвон Т.Г., Глебов Н.В., Кайкова О.В., Малахова А.А. Лапароскопическая коррекция пролапса тазовых органов и стрессового недержания мочи: современный взгляд на проблему. *Гинекология*. 2023;25(1):91-94.
Dobrohotova YE, Taranov VV, Lapina IA, Tyan AG, Chirvon TG, Glebov NV, Kaykova OV, Malakhova AA. Laparoscopic correction of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence: a current view of the problem. *Gynecology*. 2023;25(1):91-94. (In Russ.).
<https://doi.org/10.26442/20795696.2023.1.202069>

Информация об авторах:

Меирманова А.О. – докторант, Казахский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан, тел. 87015726555, e-mail: aliya.med@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0993-6898>

Омарова Г.К. – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан, тел. 87013253347, e-mail: gulzhakhan.omarova@yahoo.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1523-8671>

Бегниязова Ж.С. – к.м.н., асс.профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом клинической генетики, Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан, тел. 87757734775, e-mail: zhanara71@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6195-9835>

Юлдашева А.И. – м.м.н., ассистент профессора кафедры акушерства и гинекологии с курсом клинической генетики, Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан, тел. 87023393011, e-mail: irada080512@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9761-5682>

Уалиева А.Е. – PhD, старший преподаватель кафедры эпидемиологии, биостатистики и доказательной медицины, Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан, тел. 87074316857, e-mail: Aliya.Ualiyeva@kaznu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4776-1988>

Велиева А.Т. – преподаватель кафедры клинических дисциплин, Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан, тел. 87753272806, e-mail: ainura.veliyeva@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4450-748X>

Нашекенова З.М. – старший преподаватель кафедры клинических дисциплин Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Алматы, Казахстан, тел. 87051816518, e-mail: zulfia.doc@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2588-4220>

Диамбекова Л.С. – врач акушер-гинеколог Городской клинической больницы №4, Алматы, Казахстан, тел. 87718556255, e-mail: larissa.diambekova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0853-4275>

Хампиева Л.М. – врач акушер-гинеколог Городской клинической больницы №4, Алматы, Казахстан, тел. 87771865252, e-mail: khfmpieva-ges-ges@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8120-8939>

Вклад авторов:

Разработка концепции, Написание рукописи - рецензирование и редактирование – Меирманова А.О., Диамбекова Л.С., Хампиева Л.С., Юлдашева А.И.

Административное руководство исследовательским проектом – Меирманова А.О., Велиева А.Т., Бегниязова Ж.С.

Проведение исследования – Меирманова А.О., Омарова Г.К., Бегниязова Ж.С., Юлдашева А.И., Хампиева Л.М.

Валидация результатов – Уалиева А.Е., Меирманова А.О.

Написание черновика рукописи – Меирманова А.О., Омарова Г.К., Нашекенова З.М., Уалиева А.Е., Диамбекова Л.С.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.



Information of the authors:

A.O. Meirmanova – PhD candidate, Kazakhstan Medical University "Higher School of Public Health" Almaty, Kazakhstan, tel: +77015726555, e-mail: aliya.med@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0993-6898>

G.K. Omarova – MD, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan, tel: +77013253347, e-mail: gulzhakhan.omarova@yahoo.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1523-8671>

Zh.S Begniyazova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology with a Course in Clinical Genetics, S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan, tel: +77757734775, e-mail: zhanara71@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6195-9835>

A.I. Yuldasheva – Master of Medical Sciences, Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology with a Course in Clinical Genetics, S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan, tel: +7702339301, e-mail: irada080512@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9761-5682>

A.E. Ualiyeva – PhD, Senior Lecturer, Department of Epidemiology, Biostatistics, and Evidence-Based Medicine, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan, tel: +77074316857, e-mail: Aliya.Ualiyeva@kaznu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4776-1988>

A.T. Veliyeva – Lecturer, Department of Clinical Disciplines, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan, tel: +77753272806, e-mail: ainura.veliyeva@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4450-748X>

Z.M. Nashekenova – Senior Lecturer, Department of Clinical Disciplines, Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan, tel: +77051816518, e-mail: zulfia.doc@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2588-4220>

L.S. Diambekova – Obstetrician-Gynecologist, City Clinical Hospital No. 4, Almaty, Kazakhstan, tel: +77718556255, e-mail: larissa.diambekova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0853-4275>

L.M. Khampiyeva – Obstetrician-Gynecologist, City Clinical Hospital No. 4, Almaty, Kazakhstan, tel: +77771865252, e-mail: khfmpieva-ges-ges@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8120-8939>

Author Contributions:

Conceptualization, Writing - Review & Editing – A.O. Meirmanova, L.S. Diambekova, L.M. Khampiyeva, A.I. Yuldasheva

Project Administration – A.O. Meirmanova, A.T. Veliyeva, Zh.S Begniyazova

Investigation – A.O. Meirmanova, G.K. Omarova, Zh.S Begniyazova, A.I. Yuldasheva, L.M. Khampiyeva

Validation – A.E. Ualiyeva, A.O. Meirmanova

Writing - Original Draft Preparation – A.O. Meirmanova, G.K. Omarova, Z.M. Nashekenova, A.E. Ualiyeva, L.S. Diambekova

Funding: The authors declare no funding for the study.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Research Transparency: The authors take full responsibility for the content of this article.