

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ.

Новиков Е.И., Нохрин С.П., Сурминов Е.И., Цечоева Л.Ш., Исаенко А.А.,
Бажанова Н.С., Миннуллин Р.И., Василевская Ю.М.

*Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-
исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Российская Федерация, 192242, Санкт-Петербург*

Резюме.

В данном обзоре проведен анализ консервативных и хирургических методов лечения пролапса органов малого таза у женщин пожилого возраста.

Анализ литературы показал, что представленные в статье консервативные методы лечения пролапса органов малого таза применяются, в основном, у женщин старческого возраста при наличии экстрагенитальной патологии. И было отмечено, что лучше применять их на ранних стадиях заболевания (2-3 степень). Однако стоит отметить важный аспект: консервативные методы не устраняют основную анатомическую причину заболевания — слабость поддерживающих тканей и связок тазового дна. Поэтому хирургические методы лечения пролапса гениталий являются, с нашей точки зрения, оптимальными при III–IV стадии заболевания. Данным пациенткам предпочтительны небольшие операции, не длительные анестезии, особое послеоперационное ведение и реабилитация, описываемые в данной статье.

Таким образом, выбор между консервативным и хирургическим лечением должен базироваться на стадии заболевания, возрасте больной, наличии сопутствующих заболеваний и степени приверженности пациентки к длительному лечению. Хирургический подход является предпочтительным у

пожилого возраста, так как он устраняет основную анатомическую проблему и дает более надежный и долгосрочный результат

Ключевые слова: цистоцеле; ректоцеле; кольпоклеизис; срединная кольпоррафия; пессарий; бандаж; локальная гормональная терапия

METHODS OF TREATMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE IN ELDERLY AND SENILE WOMEN. PREVENTION OF COMPLICATIONS.

Novikov E.I., Nokhrin S.P., Surminov E.I. Isaenko A.A., Bazhanova N.S.,
Minnullin R.I., Vasilevskaya Yu.M.

*Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Medicine named after
I.I.Dzhanelidze, St. Petersburg, Russian Federation, 192242, Saint Petersburg*

Summary.

This review analyzes conservative and surgical methods of treating pelvic organ prolapse in elderly women.

An analysis of the literature has shown that the conservative methods of treatment of pelvic organ prolapse presented in the article are used mainly in elderly women with extragenital pathology. And it was noted that it is better to use in the early stages of the disease (grade 2-3).

However, it is worth noting an important aspect: conservative methods do not eliminate the main anatomical cause of the disease - the weakness of the supporting tissues and ligaments of the pelvic floor. Therefore, surgical methods for the treatment of genital prolapse are, in our opinion, optimal for stage III–IV of the disease. These patients prefer small operations, short-term anesthesia, special postoperative management and rehabilitation, described in this article.

Thus, the choice between conservative and surgical treatment should be based on the stage of the disease, the age of the patient, the presence of concomitant diseases and the degree of the patient's commitment to long-term treatment. The surgical approach is preferred in the elderly, as it eliminates the underlying

anatomical problem and provides a more reliable and long-term result.

Keywords: cystocele; rectocele; colpocleiasis; median colporrhaphy; pessary; bandage; local hormone therapy

Введение.

Проплапс органов малого таза (ПОМТ) представляет собой патологическое состояние, при котором один или несколько органов малого таза (матка, мочевого пузыря, прямая кишка, влагалище) смещаются ниже своего нормального положения в сторону наружных женских половых органов или выходят из половой щели [1-8].

Это заболевание часто встречается у женщин старшего возраста (пожилой возраст 60-72 года, старческий от 73-90 лет, 91 и выше - долгожитель по данным ВОЗ) [2]. К сожалению, по данным многих источников литературы, особенно у лиц старческого возраста после операций отмечается значительное количество осложнений. Поэтому авторы работы уделили большое внимание профилактике осложнений после хирургического лечения у данной категории больных [9-12].

В последние десятилетия распространенность пролапса внутренних гениталий у женщин существенно возросла, что связано с увеличением продолжительности жизни и более высоким уровнем выявления заболеваний в клинической практике [13-16].

По данным различных исследований, распространенность ПОМТ среди женщин старше 60 лет колеблется от 30% до 50%, а у женщин старше 80 лет — от 50% до 60% [17-21].

ПОМТ оказывает глубокое влияние на качество жизни пациенток, приводя к различным урогенитальным расстройствам, нарушению мочеиспускания, дефекации, сексуальным дисфункциям, а также сильному физическому и психологическому дискомфорту. Пациенты часто испытывают боли и «чувство инородного тела в области промежности», выпавшие внутренние половые органы затрудняют передвижение этих женщин [4, 22, 23].

Описанные симптомы снижают жизненную активность и могут привести к социальной изоляции, депрессии, паническим настроениям ухудшению общего состояния и здоровья. Диагностика и лечение данного заболевания требует комплексного подхода с учетом всех факторов общего здоровья и общечеловеческого состояния [16, 21, 24-29].

Важно подчеркнуть, что выбор методики лечения должен зависеть от степени пролапса, состояния здоровья, возраста пациентки, наличия сопутствующих заболеваний и ее общей физической готовности к операции, жизненных ценностных установок [1, 21, 25]. При отсутствии противопоказаний у женщин пожилого возраста и «раннего старческого возраста» преимущество отдается хирургическим методам лечения [2, 24, 25]. В настоящее время предпочтение отдается операциям из собственных тканей так, как опыт последних двух десятилетий применения операций с синтетическими «влагалищными протезами», в частности «Prolif» и другие, показал, что они сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений, таких как пролежни, язвы влагалища; сопровождающиеся зудом, болями в области операционной раны и т.п. Поэтому выпуск большинства этих протезов был прекращен [2, 18].

Цель исследования: Рассмотрение, обзор литературы и обсуждение тем: Проплапс органов малого таза у женщин пожилого возраста, консервативные и хирургические методы лечения.

Этиология и патогенез.

Развитие пролапса органов, малого таза связано со многими факторами. В первую очередь, это слабость и утрата эластичности тканей, поддерживающих органы малого таза, что обычно происходит в результате возрастных изменений. С возрастом наблюдается снижение уровня эстрогенов, что приводит к атрофии слизистой оболочки влагалища и ослаблению связочного аппарата матки. Эти изменения выражены у женщин в постменопаузе, когда уровень гормонов значительно снижается, с возрастом все больше и больше. Также во время старения происходит ухудшение кровообращения и замедление

регенерации тканей, что способствует прогрессированию заболевания [30]. Известно, что у женщин с длительным жизненным стажем, многими осложненными родами и, особенно, после менопаузы, тканям влагалища и мышцам тазового дна не хватает соединительнотканной и гормональной (в основном эстрогенной) поддержки, что приводит к их истончению и ослаблению. Это сочетание факторов является ключевым в патогенезе развития пролапса. Влияние «травматических» родов, а в последствии «хронического кашля», запоров, гиперэстрогении является очень существенным, так как они повышают внутрибрюшное давление, что еще больше ослабляет подвешивающие и фиксирующие структуры матки [22, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37].

Ниже приводятся наиболее часто используемые классификации пролапса женских половых органов [19, 21, 38, 39, 40, 41, 42].

Классификация: Принцип стадирования ПТО согласно системе Baden-Walker заключается в том, что движение ведущей точки пролапса к полному выпадению разделено на четыре этапа (стадии), каждый из которых является «половиной пути» относительно гименального кольца.

Согласно классификации ПТО по классификации Baden-Walker выделяют 4 стадии опущения:

1-я стадия — наиболее пролабирующая точка доходит до половины длины влагалища;

2-я стадия — наиболее пролабирующая точка влагалища доходит до гименального кольца (вход во влагалище);

3-я стадия — наиболее пролабирующая точка выходит за пределы гименального кольца до половины длины влагалища;

4-я стадия — влагалище выпадает полностью.

В международной практике чаще всего принимается классификация POP-Q (ICS, 1996) (Клинические протоколы (гинекология) А.А.Шмидт, Д.И.Гайворонских, Н.Б.Тимофеева и др. 2023), которая помогает оценить значительность стадии опущения. Для этого проводится измерение положения

ведущей точки пролапса по отношению к входу во влагалище.

Выделяют следующие стадии POP-Q (ICS, 1996):

0 – во время натуживания опущения нет;

I – имеется опущение, но дистальная точка находится не ниже, чем 1 см, над уровнем гименального кольца;

II – наиболее дистальная точка находится на уровне 1 см от плоскости гименального кольца;

III – наиболее дистальная точка опускается ниже плоскости гименального кольца более чем на 1 см, однако, полного выпадения не наблюдается;

IV – полное выпадение матки или купола влагалища.

В пожилом и старческом возрасте чаще всего встречаются следующие клинические формы пролапса гениталий: цистоцеле, цистоцеле с выпадением шейки матки, ректоцеле, опущение стенок влагалища 2-3 степени, полное выпадение матки встречается (всего до 10%) [5, 6, 43, 44, 45, 46].

В России, как и во всем мире, отмечается тенденция к росту гинекологической заболеваемости, требующей оперативного лечения, пиковые значения наблюдаются у лиц пожилого возраста, зачастую с отягощенным соматическим анамнезом. В нашей стране, как и во всем мире, отмечается рост продолжительности жизни у женщин. В возрасте от 60 до 80 лет пролапс гениталий встречается в 30-50% случаях (Barber et al., 2019.). Естественно, что в настоящее время количество больных с опущением и выпадением женских половых органов увеличилось. Среди них много больных старческого возраста (73-90 лет). Очень актуальным становится вопрос о возможности проведения у них операционной коррекции пролапса под общей анестезией.

Вмешательство должно быть четко выверено и просчитано, т.е. операция не должна быть опаснее, чем само заболевание. Это обусловлено также и наличием достаточно эффективных средств консервативного лечения у женщин «старшего» старческого возраста (условно после 80 лет).

Факторы риска

Ожирение: невозможно точно назвать вес, при котором операция

противопоказана, однако можно сказать, что ее выполнение у пациенток весом более 130 кг, с сопутствующей выраженной экстрагенитальной патологией, операция не безопасна для жизни. В данной ситуации предпочтение, в подавляющем большинстве случаев, отдается консервативному лечению.

Возраст: из нашей практической деятельности можно точно сказать, что женщины в возрасте 84-88 лет и старше не оперируются по поводу пролапса гениталий, даже при наличии компенсированных экстрагенитальных заболеваний.

Сердечно-сосудистые заболевания: наиболее важным фактором риска у возрастных пациенток являются сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания.

Интраоперационный стресс, связанный с анестезией, и сама операция могут привести к внезапной сердечно-сосудистой декомпенсации на основе аритмии (нарушения ритма сердца), ишемии или инфаркта миокарда.

Предоперационная оценка выбора метода оперативного лечения и подготовка пациенток к операции и анестезии чрезвычайно важна. Во время операций у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями могут развиваться метаболический ацидоз, дыхательный ацидоз и гипотермия, которые у предрасположенных пациенток приводят к нарушению сердечного ритма.

Заболевания легких: у пациенток, страдающих бронхо-легочными заболеваниями, особое внимание должно уделено пациенткам с гиперкапнией (повышением содержания углекислого газа в крови) и снижением вентиляции легких.

Абсолютные противопоказания:

- заболевания сердечно-сосудистой системы, недавно перенесенный острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения в течение последнего года);
- дыхательной систем в стадии декомпенсации;
- сахарный диабет в стадии декомпенсации (при средней и тяжелой форме течения – операция возможна только после консультации

эндокринолога с рекомендациями до и послеоперационного течения);

- кахексия;
- острая почечная и печеночная недостаточности (хроническая почечная и печеночная недостаточность в стадии компенсации - операция возможна только после консультации гепатолога и нефролога);
- острые инфекционные заболевания;
- осложнения, которые были во время операций наложения пневмоперитонеума или при введении троакара, обширная эмфизема, повреждение полых органов брюшной полости, крупных сосудов;
- некорректируемая коагулопатия, гемофилия, болезнь Виллебранда и др.

Относительные противопоказания:

- перенесенные ранее операции в зоне объекта вмешательства;
- ожирение III степени;
- ХВН (хроническая венозная недостаточность), варикозная болезнь нижних конечностей в стадии декомпенсации;
- неврологические особенности пациенток, оперированных по гинекологии в возрасте старше 75 лет.

Современные демографические тенденции, включая увеличение продолжительности жизни, приводят к росту числа гинекологических операций у женщин старше 75 лет. Однако возрастные изменения, коморбидные патологии и снижение функциональных резервов повышают риск неврологических осложнений, которые занимают ведущее место в структуре послеоперационной летальности и инвалидизации. По данным клинических рекомендаций ESCEO (2020), у 40–60% пациенток этой возрастной группы развиваются делирий, когнитивные нарушения или тромбоэмболические события, что требует междисциплинарного подхода с участием гинекологов, неврологов и гериатров [17, 31, 33, 39, 41, 44, 46, 47, 48, 49].

Ключевым предиктором неврологических осложнений является

преморбидный статус. У 70–80% женщин старше 75 лет выявляются хронические цереброваскулярные заболевания (ишемия мозга, перенесенные инсульты), нейродегенеративные процессы (деменция, болезнь Альцгеймера) и сенсорный дефицит (снижение слуха, зрения) [50]. Например, наличие деменции увеличивает риск послеоперационного делирия в 3 раза, а неконтролируемая артериальная гипертензия — вероятность церебральной гипоперфузии на 50%. [13, 22, 39]. Коморбидные состояния, такие как сахарный диабет II типа (распространенность — 25–30%) и хроническая болезнь почек (СКФ <60 мл/мин — 20–25%), усугубляют нейровоспаление и окислительный стресс, что способствует повреждению гематоэнцефалического барьера [19, 40, 52, 53].

Оперативное лечение

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения пролапса гениталий является по показаниям правильно выполненная операция с хорошим анестезиологическим обеспечением и квалифицированным ведением послеоперационного периода [22, 25]. Оперативное вмешательство при ПОМТ остается наиболее эффективным методом лечения, особенно при II–III–IV степени пролапса гениталий [2, 10, 15, 46, 54, 55, 56,].

В отличие от консервативных методов, хирургия устраняет основную анатомическую причину заболевания, восстанавливая нормальное положение органов малого таза. В последние десятилетия стали широко использоваться хирургические методики лечения пролапсов из собственных тканей.

У женщин старческого возраста не живущих половой жизнью, предпочтение отдается относительно небольшим операциям, таким как по методике профессора Плеханова А.Н., срединная кольпоррафия (по методике Лефора-Нейгебауэра, кольпоклеизис по методике профессора Давыдова С.Н.,

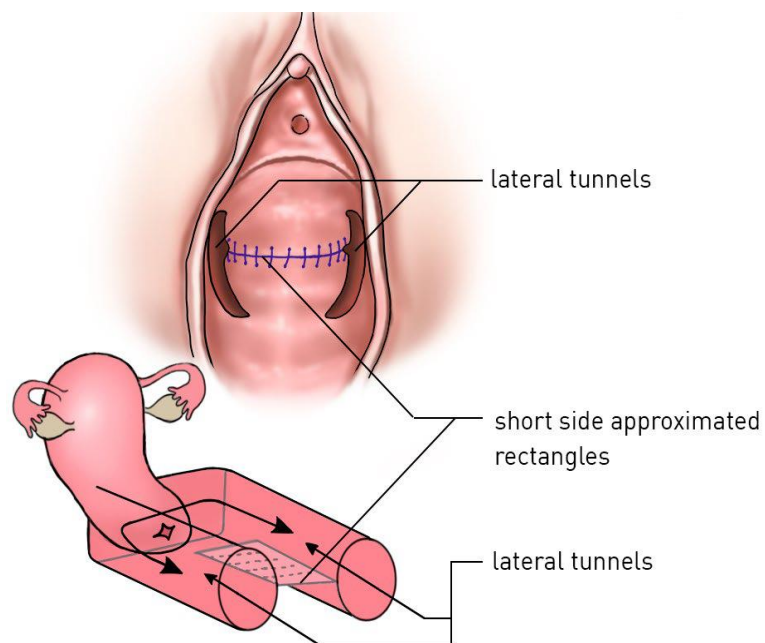


Рисунок №1. Кольпоклеизис по методике профессора Плеханова А.Н. [86]

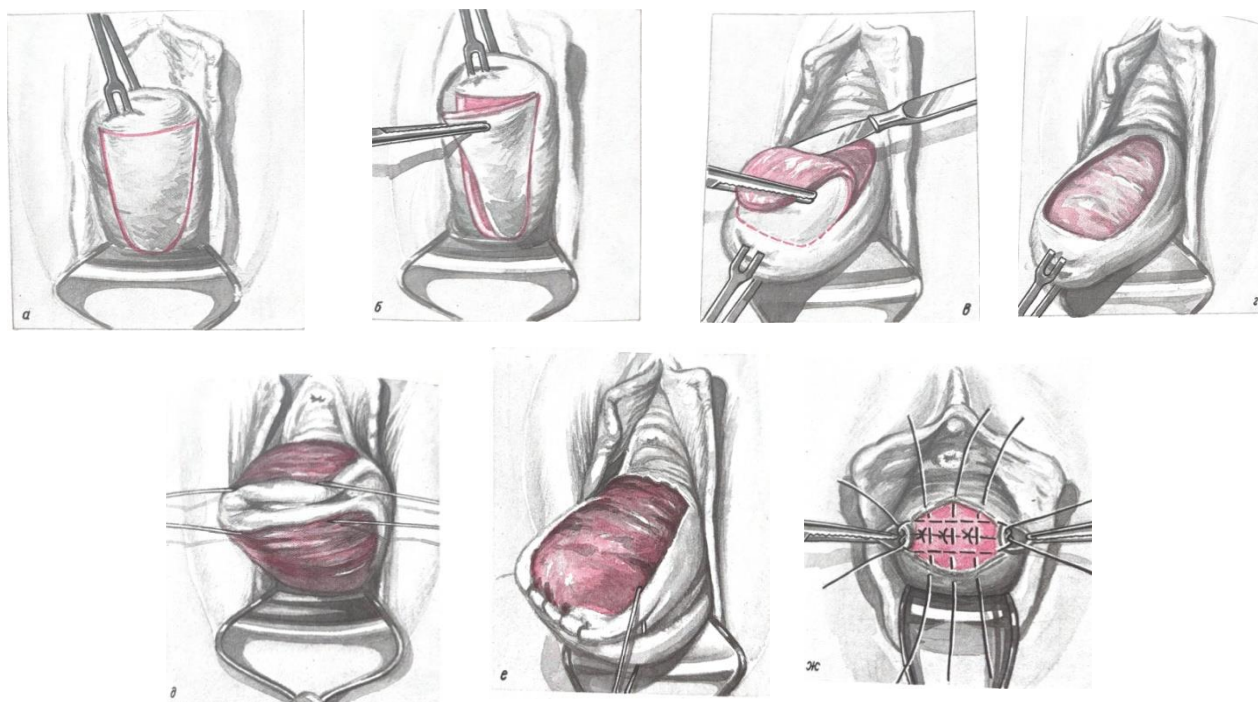


Рисунок №2 Операция по методике профессора Давыдова С.Н., [17]

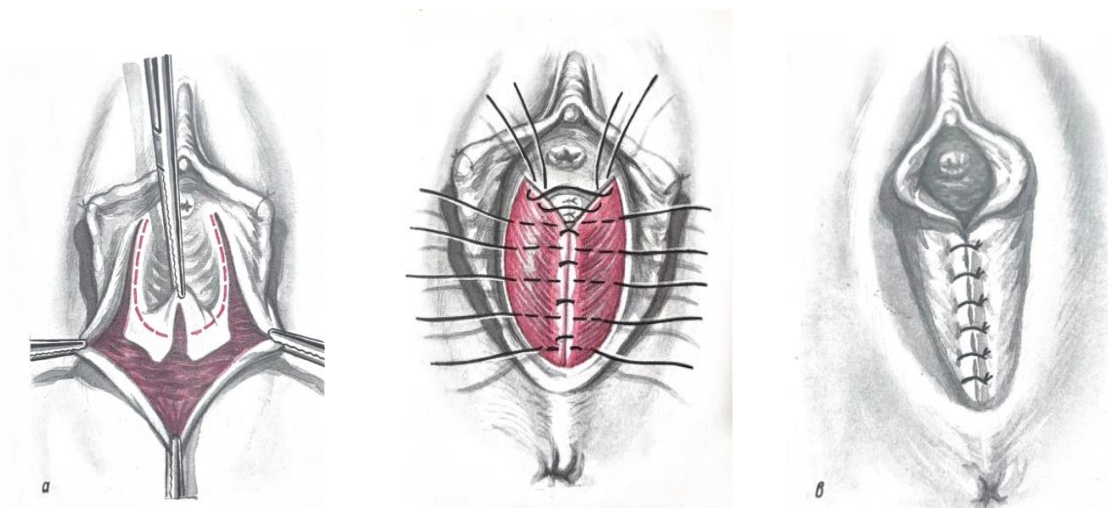


Рисунок №3. Кольпоклеизис по методике профессора Давыдова С.Н., [17]

При этих операциях осуществляется закрытие входа во влагалище. Вмешательства по сравнению с Манчестерской операцией, высокой ампутацией шейки матки и Влагалищной гистерэктомией проще, менее продолжительнее и менее травматичнее.

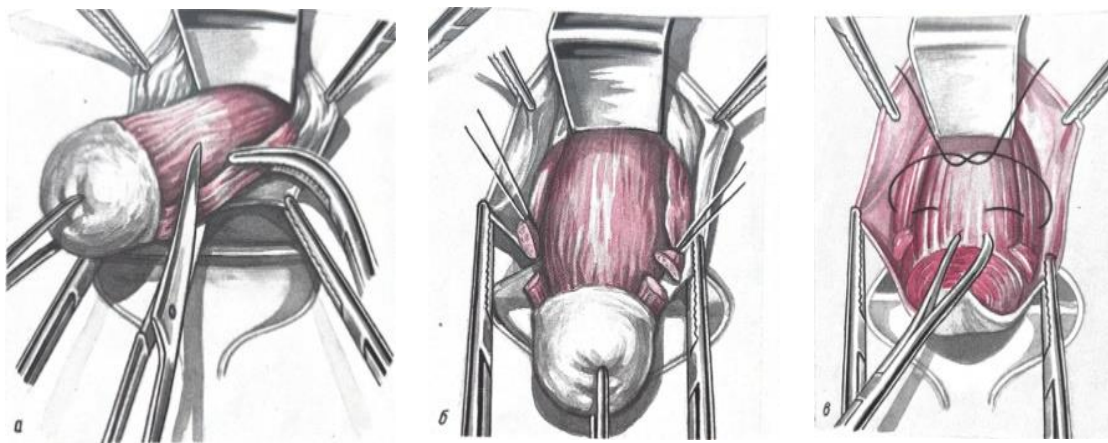


Рисунок № 4 Манчестерская операция [17].

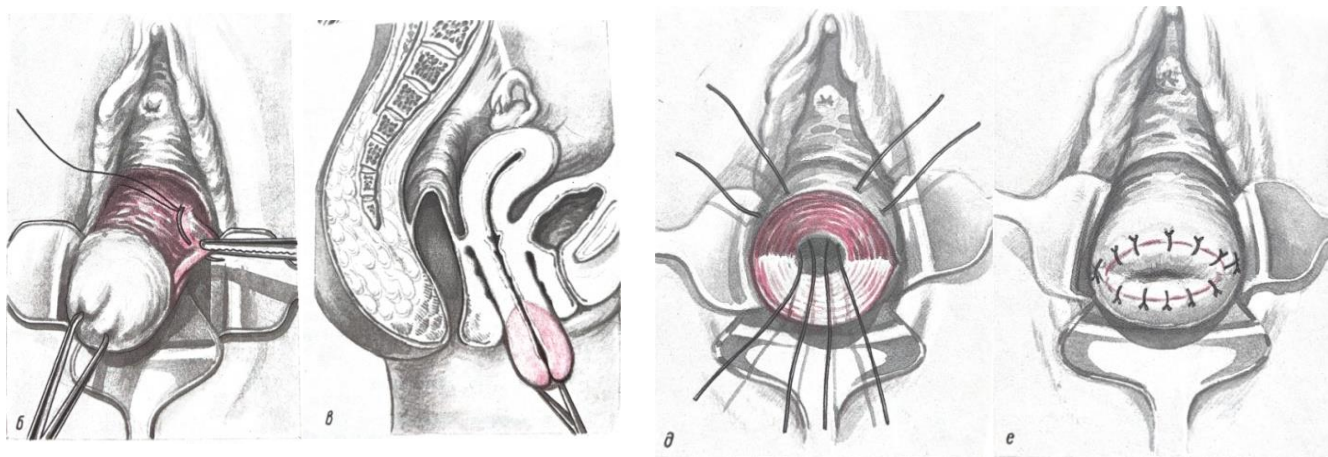


Рисунок №5. Высокая ампутация шейки матки [17].



Рисунок 6. Влагалищная экстирпация [17].

До операции необходимо тщательно обследовать данную категорию больных, обязательно осуществить забор материала на онкоцитологию с экто- и эндоцервикса, УЗИ малого таза, при необходимости МРТ малого таза. Необходимо сказать, что кольпоклеизисы это непродолжительные и относительно малотравматичные операции, подходящие для лиц старческого возраста; как правило, имеющих значительную сопутствующую экстрагенитальную патологию приемлемы, так как позволяют уменьшить риски операционных и послеоперационных осложнений, уменьшают время восстановления и позволяют достичь стойких клинических результатов в раннем и позднем послеоперационном периодах [19,30,57]. Большинство авторов считают, что во многих случаях при лечении пролапса органов малого таза у

женщин старческого возраста следует воздержаться от применения лапароскопии и робот-ассистированных операций, в связи с возрастными ограничениями и многочисленной сопутствующей патологией этой категории больных [10, 25, 45, 47, 54, 57, 58, 59, 60, 61].

При наличии выраженной экстрагенитальной патологии, не позволяющей произвести оперативное лечение лицам старческого возраста, предлагаются ортопедические методы лечения, которые изложены в конце данного обзора литературы. У лиц пожилого возраста (по данным ВОЗ, это категория 60-72 года), как правило применяются все традиционные методы влагалищной хирургии (пластика стенок влагалища, манчестерская операция, влагалищная гистерэктомией). В последние десятилетия при осуществлении операций в большинстве случаев отказались от выполнения данных операций с применением синтетических протезов типа «Prolif» [4, 62]. Операции, как правило выполняются по классическим методикам, но сопровождаются определенным процентом рецидивов, поэтому требуют усовершенствования.

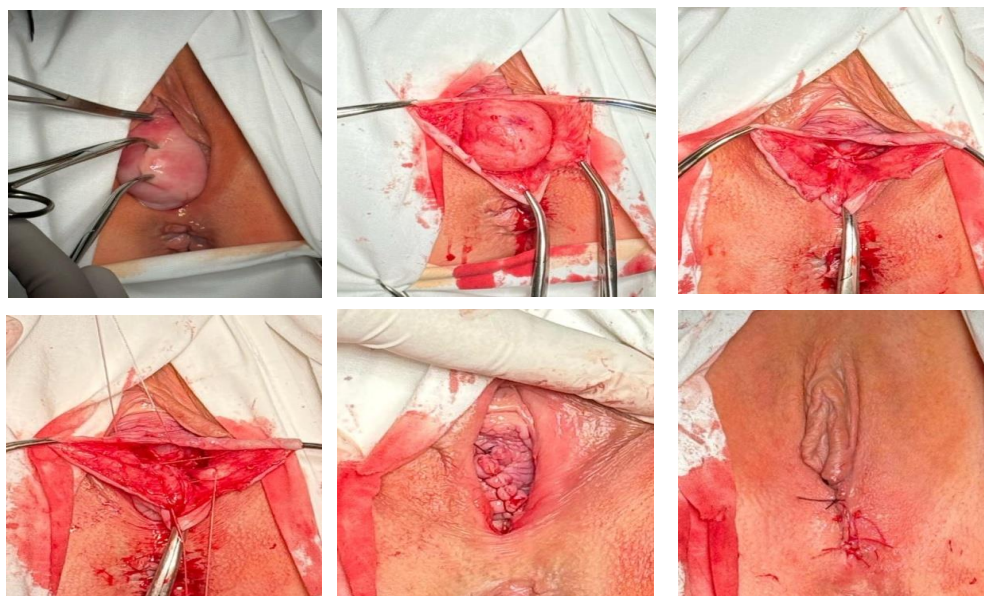
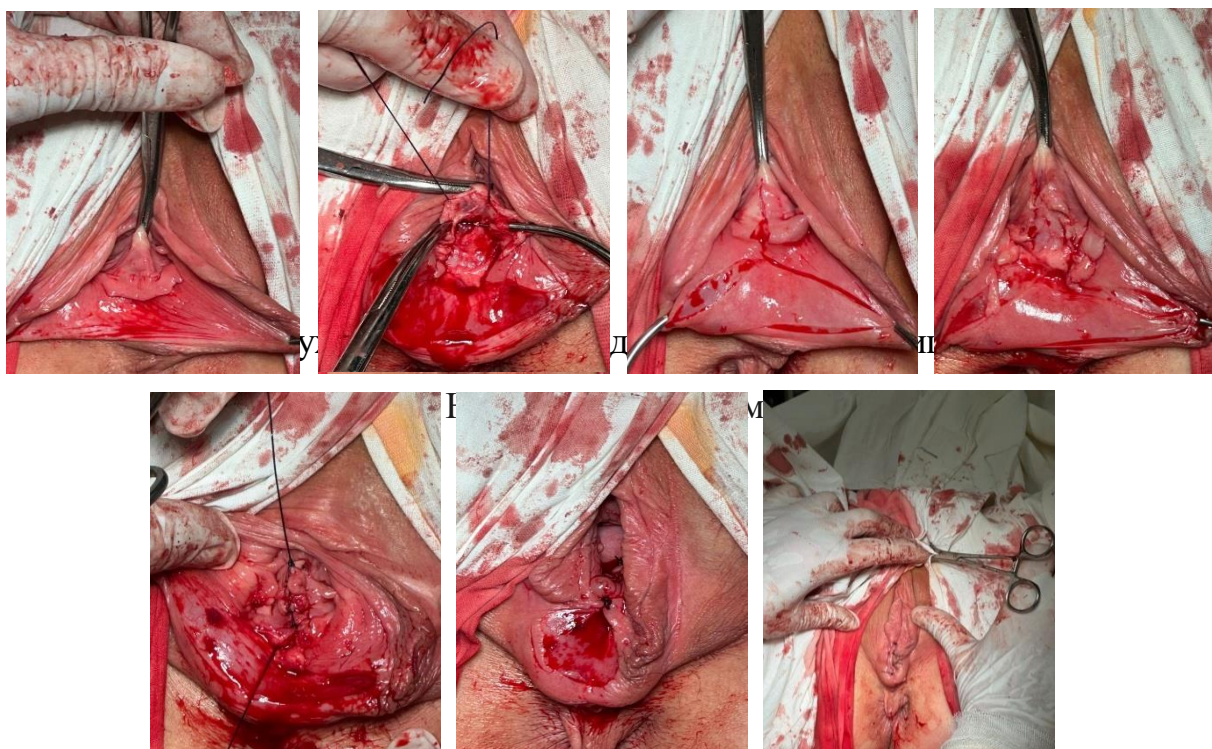


Рисунок 7. Круговой шов на стенку мочевого пузыря и двухрядный шов на передней стенке влагалища (Оригинальные операции. Новиков Е.И., Сурминов Е.И.)



Например, при выполнении оперативного вмешательства на передней стенке влагалища, вначале накладывается циркулярный шов (рисунок 7) на мочевой пузырь синтетической ниткой на круглой игле, шов затягивается пальце хирурга. П-образными швами на режущей игле сшивается внутренние стенки (фасции) влагалища. Избыток слизистой влагалища иссекается, сверху накладывается непрерывный викриловый шов по методике Ревердена. Еще раз надо подчеркнуть, что при ушивании стенок влагалища используется предложенный и апробированный двухрядный влагалищный шов (рисунок 7), затем предлагается кольпоклеизис по методике профессора Давыдова С.Н или усовершенствованная задняя пластика влагалища (двухрядный влагалищный шов на заднюю стенку).

Модифицированный кольпоклеизис по методике профессора Давыдова С.Н выполняется чаще при цистоцеле, которое встречается в большинстве клинических наблюдений и до него обязательно выполняется пластика стенок влагалища.

Все эти операции выполняются из собственных тканей пациентки. Наш 10 летний опыт, составляющего несколько сотен операций, показывает, что

правильное использование двухрядного влагалищного шва и по показаниям выполненный кольпоклеизис по методике профессора Давыдова С.Н позволяет минимизировать процент осложнений, как во время хирургического вмешательства, так и в послеоперационном периоде.

На рисунках 7 и 8 приводится техника наложения двухрядного влагалищного шва. Например, при опущении передней стенке влагалища, стенки влагалища отсепаровываются от стенки мочевого пузыря. Коллющей иглой накладывается циркулярный шов на мочевой пузырь. Изнутри на стенки влагалища накладываются 2-3 П-образных синтетических шва. Избытки стенки влагалища отсекаются, края раны стенок влагалища ушиваются викриловым швом по методике Ревердена.

Хирургические вмешательства также включают классическое восстановление тазового дна (пластику промежности), в некоторых ситуациях также осуществляется коррекция смещения влагалища по методике профессора Давыдова С.Н

Крайне важно при лечении пролапса гениталий у лиц старческого возраста является минимизация травмирования тканей, что способствует быстрому восстановлению пациентки после операции [4, 24, 33, 39, 42, 57, 63, 64].

У лиц пожилого возраста и «раннего» старческого возраста живущих половой жизнью кольпоклеизис не проводится, у них целесообразно при операциях по поводу пролапса стенок влагалища с использованием оригинального двухрядного влагалищного шва [17, 57]. Примеры наложения данного шва, при цистоцеле и уретроцеле приводятся на рисунке 7.

У лиц пожилого возраста без выраженной экстрагенитальной патологии, при наличии показаний возможна технически правильное выполнение таких традиционных операций как Манчестерская и влагалищная гистерэктомией (20, 44). При заключительных этапах данных операции используется двухрядный влагалищный шов, который предотвращает рецидив заболевания [17, 57].

Профилактика осложнений у лиц старческого возраста

Профилактика неврологических осложнений требует комплексного подхода. На предоперационном этапе рекомендована оценка когнитивного статуса с использованием шкал MMSE или MoCA, коррекция электролитных нарушений и отмена холинолитиков [22]. Интраоперационно, предпочтение следует отдавать регионарной анестезии, которая снижает риск ПОКН на 15–20% по сравнению с общей анестезией [23]. Контроль глюкозы крови (целевой уровень — 6–10 ммоль/л) и поддержание церебральной перфузии (АД $\geq$ 110/70 мм рт.ст.) минимизируют гипоксическое повреждение нейронов. В послеоперационном периоде ключевыми мерами являются ранняя активизация, антибиотикопрофилактика цефазолином (2 г в/в) и назначение низкомолекулярных гепаринов (эноксапарин 40 мг/сут) для профилактики тромбозов [3, 24]. Самым опасным осложнением является ТЭЛА - до 4% [12].

Осложнения в послеоперационном периоде у больных старческого возраста с пролапсом гениталий.

Венозные тромбоэмболические осложнения (профилактика и лечение).

Венозный тромбоэмболизм представляет собой одну из наиболее серьезных и, к сожалению, не до конца решенных проблем современной медицины. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) оказывают значительный социальный и экономический ущерб, характеризуясь высокими показателями как распространенности, так и летальности по всему миру. Ежегодно в мире диагностируется более 900 тыс. эпизодов ТГВ и ТЭЛА, которые становятся причиной около 300 тыс. смертей [65]. В США от легочной эмболии как непосредственной причины смерти погибают около 200 тыс. человек в год. Смертность при ТЭЛА достигает 30-40%, однако адекватная тактика ведения пациента с точной диагностикой и своевременно начатым лечением позволяет снизить этот показатель до 2–8%. В заключение хочется отметить, что значение ВТЭО определяется в первую очередь их чрезвычайно высокой распространенностью и потенциальным риском для здоровья и жизни пациентов [7, 12, 28, 43,].

В то же время ВТЭО являются потенциально предотвратимыми, подчеркивая значимость профилактических мероприятий.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений в настоящее время разработан алгоритм, который включает определение степени риска с учетом общего состояния пациента, его индивидуальных особенностей и соматического здоровья, анамнеза и наследственности, а также оценку объема предстоящей манипуляции или операции и проведение профилактических мероприятий, соответствующих степени риска. Оценку хирургического вмешательства, его длительность и объем необходимо обязательно проводить, так как операция сама по себе значительно повышает риск тромботических осложнений [2, 12, 13, 28, 35, 40, 52, 66, 67].

Следует отметить, что с помощью адекватной тромбoproфилактики низкомолекулярными гепаринами возможно успешно контролировать риск ВТЭО после больших операций. Исследование и внедрение препаратов нового поколения позволяет повысить эффективность профилактических мероприятий в этих сложных группах пациенток с высоким риском тромбоэмболических осложнений, в том числе и пациенток со значительными выпадениями половых органов, требующих обширных хирургических вмешательств. На сегодняшний день, несмотря на существующие международные рекомендации, проблема профилактики ВТЭО остается крайне острой. В РФ адекватная профилактика венозного тромбоза проводится только каждой четвертой пациентке: врачей пугает риск кровотечений, дороговизна препаратов, а также частое отсутствие препаратов в аптеках некоторых стационаров. Добиться изменения ситуации возможно только с помощью стандартизации способов профилактики, повсеместного внедрения современных высокоэффективных методик и препаратов, разработки и утверждения национальных клинических рекомендаций, инструкций и стандартов терапии и профилактики тромбозов на основе совокупного мирового опыта, подкрепленного данными доказательной медицины. Данные стандарты и инструкции непременно должны соблюдаться неукоснительно врачами всех специальностей.

Оперативные вмешательства в значительной мере увеличивают риск развития венозного тромбоза. Изменения, происходящие во время операции, способствуют тромбообразованию в глубоких венах нижних конечностей и микроциркуляторном русле жизненно важных органов.

Оперативные вмешательства на органах малого таза у пациенток с гинекологическими и онкогинекологическими заболеваниями сопряжены с повышенным риском возникновения тромбоэмболических осложнений, особенно у пациенток старческого возраста и требуют обязательного применения мер тромбопрофилактики.

Профилактика ВТЭО

В настоящее время оптимальным следует признать подход, согласно которому профилактику ВТЭО проводят всем больным хирургического профиля, но характер применяемых профилактических мер определяется стратегией риска. Отнесение пациентки к группе с низким, умеренным или высоким риском осуществляется на основании существующих балльных шкал, учитывающих планируемый объем и продолжительность оперативного лечения, соматический статус, анамнез пациентки и другие факторы риска возникновения тромбоэмболических осложнений [22, 31, 44, 52, 68].

В существующих на данный момент протоколах по профилактике тромботических осложнений во всех случаях рекомендуется наиболее ранее прекращение постельного режима и активизация больных после оперативного лечения. Однако у больных с повышенным риском венозного тромбоза ($> 0,5\%$, по шкале Rogers > 7 , по шкале Caprini > 0) подобный подход не должен быть единственным способом профилактики, так как не обеспечивает достаточной защиты. У пациенток с низким риском ВТЭО ($1,5\%$, по шкале Rogers 7–10, по шкале Caprini 1–2) рекомендуется использование механических методов профилактики интраоперационно и в послеоперационном периоде.

Механические методы включают в себя использование специального противоэмболического компрессионного трикотажа у пациенток с длительным постельным режимом и обычного лечебного и профилактического трикотажа у

мобильных больных, обеспечивающие адекватный венозный отток. Эластические бинты могут быть использованы только в случае, когда бандаж создан врачом или обученной медицинской сестрой, владеющими правильной техникой бинтования. В любом другом случае использование эластических бинтов не может считаться методом профилактики ВТЭО и недопустимо в клинической практике. Среди существующих методов механической тромбопрофилактики во всем мире эксперты отдают предпочтение переменной пневматической компрессии, с использованием манжет, воздействующих, как только на стопу, так одновременно на стопу и голень.

У пациенток с умеренным риском ВТЭО (3,0%, по шкале Rogers > 10, по шкале Caprini 3–4) рекомендуется использование фармакологических методов профилактики (низкомолекулярные гепарины — уровень доказательности 1B) либо механической профилактики (уровень 2C), вместо отсутствия профилактики [69].

У пациенток с высоким риском ВТЭО необходимо использовать фармакологическую профилактику, которую рекомендуется одновременно дополнить механическими методами компрессии. К фармакологическим средствам профилактики тромбозов относятся лекарственные препараты из группы антиагрегантов и антикоагулянтов. Профилактическая эффективность антиагрегантов (ацетилсалициловая кислота) не имеет достаточной доказательной базы, а по имеющимся данным не превышает таковую по сравнению с антикоагулянтами, поэтому их применение не рекомендуется в качестве единственного способа профилактики. В отношении антикоагулянтной терапии доказано, что она позволяет существенно сократить частоту фатальных случаев ТЭЛА, а также снизить риск рецидивов ВТЭО и поздних осложнений. Наибольшие успехи достигнуты при использовании препаратов из класса низкомолекулярных гепаринов (НМГ). По данным многочисленных исследований эти препараты зарекомендовали себя как эффективные и безопасные лекарственные средства по сравнению с другими антикоагулянтными препаратами для профилактики ВТЭО у пациентов не

только хирургического, но и терапевтического профиля. НМГ обладают рядом потенциальных преимуществ перед нефракционированным гепарином (НФГ), включая высокую анти-Ха активность, прогнозируемый антикоагулянтный эффект, более длительный период полувыведения, лучшую биодоступность и меньшую частоту развития кровотечений. В слепом рандомизированном многоцентровом исследовании с участием 184 пациентов хирургического профиля низкого и среднего риска развития ВТЭО сравнили эффективность НМГ («Бемипарина») со стандартным НФГ. «Бемипарин» вводился подкожно по 2500 МЕ каждые 24 ч, начиная с первой дозы за 2 ч до начала операции. НФГ назначался в дозе 5000 МЕ подкожно каждые 12 ч. Продолжительность антикоагулянтной терапии составляла в обеих группах 7 дней. В итоге ни в одной группе ТГВ и ТЭЛА отмечено не было, однако были выявлены преимущества «Бемипарина» в плане безопасности использования: уменьшение частоты случаев кровотечений, требующих переливания крови (0 против 9%, $p < 0,035$) и снижение частоты образования гематом в области операционных ран (6 против 18%, $p = 0,015$) (3). Согласно крупному систематическому обзору 17 исследований, результаты которых были опубликованы в 1994–2003 гг., НМГ существенно превосходят НФГ в лечении ТГВ, особенно по снижению смертности и риска больших кровотечений в начальном периоде терапии. Сегодня НМГ практически вытеснили НФГ в лечении большинства пациентов с ВТЭО и другими показаниями. Применение НМГ по сравнению с НОА приводит к значительному снижению риска рецидивов ВТЭО во время активной терапии и не сопровождается повышенным риском таких рецидивов после ее прекращения [2]. Прогресс в разработке лекарственных препаратов для профилактики венозных тромбозов направлен на повышение удобства и эффективности их применения.

В современном хирургическом сообществе, включая врачей-гинекологов, отмечается смещение стратегии начала тромбопрофилактики в сторону послеоперационного периода хирургических вмешательств, особенно при повышенном риске массивных кровотечений. Послеоперационный старт

тромбопрофилактики является наиболее перспективным направлением в предотвращении ТГВ и ТЭЛА. Во многих странах Европы НМГ считаются стандартным методом профилактики послеоперационных ВТЭО у пациентов высокого риска. Предоперационное назначение тромбопрофилактики основано на предположении, что хирургическое вмешательство само по себе и сопутствующее ему ограничение подвижности являются главной причиной тромбоза. Тем не менее, так как большинство тромбов образуются послеоперационно, начало антикоагулянтной терапии по завершении операции также может предотвращать венозный тромбоз. Еще одним фактором «за» послеоперационное начало тромбопрофилактики является широкое применение нейроаксиальной анестезии. Однако данный метод обезболивания ассоциируется с риском возникновения спинальной гематомы и последующего паралича, причем этот риск повышается при длительном использовании антикоагулянтов. Начало тромбопрофилактики слишком близко во времени с операцией (от -2 до $+4$ ч), связано с повышенным риском кровотечения и нейроаксиальной компрессионной гематомы, что обосновывает отсрочку тромбопрофилактики до того момента, когда в месте инъекции образуется стабильный сгусток. Подчеркивая значимость повышенного риска образования гематомы при периоперационной профилактике, Американское общество регионарной анестезии и медицины боли (ASRAPM) рекомендует устанавливать иглу по крайней мере через 10–12 ч после предоперационного введения НМГ, с тем чтобы процедура не проводилась на пике активности антикоагулянта. При послеоперационном старте тромбопрофилактики она начинается спустя несколько часов после извлечения катетера, что значительно повышает безопасность нейроаксиальной блокады. Доказательства сопоставимой эффективности пред- и послеоперационного введения первой дозы антикоагулянта были получены в многочисленных исследованиях

Предоперационное начало профилактики не обладает доказанными клиническими преимуществами перед послеоперационным и в некоторых случаях ассоциируется с повышенным риском кровотечений. Накопленные на

данный момент доказательства поддерживают целесообразность отсроченного (послеоперационного) старта тромбопрофилактики НМГ и пероральными антикоагулянтами во всех случаях [22]. Следует напомнить, что согласно инструкции по применению большинство НМГ при их назначении с профилактической целью следует начинать вводить за 2 ч до операции. На данный момент только «Бемипарин», является первым представителем нового второго поколения и единственным НМГ, одобренным в европейских странах для применения в режиме старта тромбопрофилактики в послеоперационном периоде. Доказано, что тромбопрофилактика «Бемипарином» одинаково эффективна как при предоперационном (за 2 ч), так и послеоперационном (через 6 ч) старте [43]. Это очень важно с учетом концепции «just in time», согласно которой оптимальное время назначения тромбопрофилактики совпадает с началом повышения риска ВТЭО, что соответствует примерно 5–6 ч после операции. Поэтому именно «Бемипарин» можно рекомендовать в качестве препарата первого выбора в ситуациях, когда послеоперационный старт медикаментозной тромбопрофилактики НМГ более предпочтителен [58, 70].

Степень риска перехода тромба на глубокие вены

При формулировке диагноза пациента с ТФПВ рекомендуется использовать следующую градацию риска перехода тромба на глубокие вены: низкий, умеренный, высокий .

С тактической точки зрения необходимо разделение пациентов с ТФПВ на группы по степени риска перехода тромба на глубокие вены. Степень риска перехода тромба на глубокие вены влияет на: необходимость госпитализации (с учетом стадии ТФПВ), необходимость назначения и дозировку антикоагулянтов, показания к хирургическому вмешательству с учетом стадии ТФПВ и степени риска перехода тромба на глубокие вены.

Степень риска определяется протяженностью тромботического процесса, локализацией проксимальной границы тромбоза, наличием или отсутствием варикозной трансформации подкожных вен [2, 12, 14, 20, 27, 71]:

- Низкий риск перехода тромба на глубокие вены: изолированный тромбофлебит варикозных и не варикозных притоков магистральных поверхностных вен;
- Умеренный риск перехода тромба на глубокие вены.
- Высокий риск перехода тромба на глубокие вены: тромбофлебит магистральной поверхностной вены любой протяженности с проксимальной границей тромба на расстоянии 3 см от соустья или ближе.

Не существует данных, позволяющих оценить зависимость степени риска перехода тромба на глубокие вены от стадии ТФПВ (активности воспалительного процесса). При этом доказано, что даже при полном стихании клинических проявлений и лабораторных маркеров воспаления риск рецидива венозного тромбоза и развития ТЭЛА выше популяционного риска первого тромботического события. Риск рецидива ВТЭО максимален в течение 3-х месяцев и остается повышенным в течение нескольких лет после эпизода ТФПВ. Не требуется указание степени риска перехода тромба на глубокие вены и стадии ТФПВ в случае наличия посттромботических изменений поверхностных вен [50].

К дополнительным факторам риска ВТЭО, ассоциированным с увеличенной вероятностью выявления ТГВ/ТЭЛА на момент диагностики ТФПВ, рекомендуется относить: мужской пол, личный или семейный анамнез ВТЭО, возраст старше 75 лет, наличие неизлеченного рака, наличие системного воспалительного заболевания, госпитализацию пациента, тромбоз не варикозных вен [65].

К дополнительным факторам риска рецидива ТФПВ или его прогрессирования с развитием ТГВ/ТЭЛА в течение 3 месяцев после диагностики рекомендуется относить: личный или семейный анамнез ВТЭО, рак в анамнезе, стационарное лечение, тромбоз не варикозных вен, давность симптомов менее 7 суток, тяжелую форму венозной недостаточности, избыточную массу тела [65].

Общие положения и тактика лечения ТФПВ

Основными целями лечения ТФПВ являются:

профилактика распространения тромботического процесса на глубокие вены и развития тромбоэмболии легочной артерии;

- профилактика вовлечения в процесс новых сегментов поверхностных вен;
- купирование острой воспалительной реакции вены и паравазальных тканей;
- купирование симптомов и проявлений ТФПВ;
- предотвращение рецидива ТФПВ.

Для достижения названных целей могут быть использованы разнообразные лекарственные средства, применяемые локально или системно, компрессионная терапия, хирургическое вмешательство, а также комбинации перечисленных методов. Тактика лечения определяется в первую очередь стадией ТФПВ и степенью риска перехода тромба на глубокие вены.

При принятии решения о необходимости проведения антикоагулянтной терапии, ее интенсивности и продолжительности, помимо степени риска перехода на глубокие вены и стадии ТФПВ, рекомендуется учитывать дополнительные индивидуальные факторы риска [2], ТГВ/ТЭЛА и степень риска геморрагических осложнений [12, 22, 31, 40, 65, 72].

Степень риска геморрагических осложнений рекомендуется определять в соответствии с градацией АССР. С целью купирования воспалительной реакции и симптомов в стадию острого или стихающего ТФПВ рекомендуется использовать краткосрочные курсы системных НПВП, эластичную компрессию, гепаринсодержащие препараты для местного применения и локальную гипотермию [65].

Рекомендуется проводить динамическую оценку течения заболевания не реже одного раза в 5-10 дней с целью исключения прогрессирования тромботического процесса. На фоне проведения адекватной антикоагулянтной терапии риск прогрессирования тромбофлебита и/или развития ТГВ и ТЭЛА невысок. Необходимость в повторном обследовании пациента может

возникнуть при появлении клинических признаков прогрессирования заболевания или развития осложнений. Тем не менее, окончательное решение о сроке повторного осмотра после назначения терапии остается за лечащим специалистом, который должен оценить клиническую ситуацию и учесть индивидуальные особенности пациента [72, 73].

Тактика лечения в зависимости от степени риска перехода тромба на глубокие вены и стадии ТФПВ

При низком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего ТФПВ с целью профилактики прогрессирования тромбоза рекомендуется использовать системные НПВП [2]. При низком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего ТФПВ с целью купирования симптомов заболевания рекомендуется использовать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) системного действия (нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты), НПВП для наружного применения (нестероидные противовоспалительные препараты для местного применения), гепаринсодержащие препараты для местного применения, эластичную компрессию, локальную гипотермию [2].

При низком риске перехода тромба на глубокие вены антикоагулянтная терапия может быть целесообразна для предотвращения прогрессирования тромбоза в поверхностных венах. Решение о целесообразности антикоагулянтной терапии принимается лечащим специалистом с учетом особенностей конкретного клинического случая.

При низком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию стихшего ТФПВ рекомендуется ограничиться симптоматической терапией или наблюдением.

При умеренном риске перехода тромба на глубокие вены в любую стадию ТФПВ рекомендуется считать приоритетным методом лечения антикоагулянтную терапию.

Комментарий.

При невозможности проведения антикоагулянтной терапии в остром периоде заболевания или при стихающем процессе следует рассмотреть целесообразность выполнения приустьевой перевязки (высокого лигирования) или кроссэктомии.

При умеренном риске перехода тромба на глубокие вены в любую стадию ТФПВ с целью профилактики прогрессирования тромбоза и развития ВТЭО рекомендуется подкожное введение промежуточных доз низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (50-75% от лечебной дозы), или подкожное введение фондапаринукса натрия в дозе 2,5 мг 1 раз в сутки.

При умеренном риске перехода тромба на глубокие вены в любую стадию ТФПВ и наличии ограничений к применению парентеральных форм антикоагулянтов с целью профилактики прогрессирования тромбоза и развития ВТЭО рекомендуется использование ривароксабана в дозе 10 мг в сутки на протяжении 45 дней.

При высоком риске перехода тромба на глубокие вены показано назначение в любую стадию ТФПВ с целью профилактики прогрессирования тромбоза и развития ВТЭО рекомендуется использовать лечебные дозы антикоагулянтов.

При высоком риске перехода тромба на глубокие вены и невозможности АКТ в стадию острого и стихающего ТФПВ с целью профилактики перехода тромба на глубокие вены и развития ВТЭО рекомендуется выполнить приустьевую перевязку (высокое лигирование) или кроссэктомии [2, 7, 12, 72, 73].

В стадию острого и стихающего ТФПВ, вне зависимости от степени риска перехода тромба на глубокие вены, с целью ускорения реканализации тромбированных поверхностных вен рекомендуется использовать эластичную компрессию с уровнем давления 23-32 мм. рт. ст.

В стадию острого и стихающего ТФПВ, вне зависимости от степени риска перехода тромба на глубокие вены, с целью более быстрого купирования боли рекомендуется использовать НПВП системного действия (нестероидные

противовоспалительные и противоревматические препараты), НПВП для наружного применения (нестероидные противовоспалительные препараты для местного применения), гепарин-содержащие препараты для местного применения, локальную гипотермию.

Системные НПВП в дополнение к АКТ с целью более быстрого купирования боли рекомендуется использовать только у пациентов с низким риском геморрагических осложнений [2, 12, 41, 55].

Рекомендуется не учитывать наличие флотации тромба в поверхностных венах при определении тактики лечения.

На сегодняшний день отсутствуют какие-либо указания на возможность развития легочной эмболии при изолированном ТФПВ без вовлечения в патологический процесс глубокой венозной системы. Поэтому обнаружение подобных тромботических масс в поверхностных венах не должно служить поводом к выбору более агрессивной тактики лечения пациента.

Длительность антикоагулянтной терапии

При умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены рекомендуется проведение антикоагулянтной терапии в течение 45 дней от начала ТФПВ.

В любой стадии ТФПВ, при невозможности установить дату его начала, проведение антикоагуляции в течение 45 дней от начала терапии.

Оптимальная длительность применения антикоагулянтных препаратов при лечении ТФПВ до сих пор не установлена.

Рекомендуется оценить целесообразность продления АКТ ТФПВ сверх 45 дней при рецидивирующем характере тромбоза, сохранении у пациента симптомов по завершении лечения или при наличии дополнительных факторов риска ВТЭО [2].

В связи с этим, при обнаружении у пациента названных факторов риска срок антикоагулянтной терапии может быть продлен (более 45 дней).

КЛАССИФИКАЦИЯ, РИСКИ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТРОМБОЗА И ТРОМБОЭМБОЛИИ

- Низкий : Небольшие операции у пожилых людей (меньше 30 мин.); — Крупные оперативные вмешательства (при возрасте до 40 лет). Менее 10% 0,01%
- Средний : Обширные операции (возраст старше 40 лет); — Маленькая травма или оперативное вмешательство у больных венотромбозом. 10 – 40% 0,1 – 1,0%
- Высокий: Обширная абдоминальная операция, травмы суставов, перелом таза; — Обширное оперативное вмешательство у больного венотромбозом; — Ампутация ног. 40 – 80% 1 – 10%

Таблица 1.

Модифицированная Женевская шкала риска ТЭЛА (69)

Модифицированная Женевская шкала риска ТЭЛА	
Признаки	Баллы
Предрасполагающие факторы	
Возраст более 65 лет	+1
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	+3
Операции или переломы в течение 1 месяца	+2
Активный рак	+2
Симптомы	
Односторонняя боль в нижней конечности	+3
Кровохарканье	+2
Клинические проявления	
ЧСС 75-94 в мин	+3

ЧСС более 95 в мин	+5
Боль в нижней конечности при пальпации и односторонний отек	+4
Низкий - 0-3 Умеренный 4-10 Высокий - более 11	

Консервативное лечение пролапса у пациенток старческого возраста.

Локальная гормональная терапия (ЛГТ).

Использование вагинальных эстрогенов является неотъемлемой частью консервативной терапии, особенно для женщин старшего возраста, которым противопоказано хирургическое лечение. В период постменопаузы, когда уровень эстрогенов снижается, ткани влагалища становятся более хрупкими подверженными атрофии. ЛГТ направлена на восстановление нормальной функции слизистой оболочки, улучшение ее эластичности и структуры.

Применение локальных эстрогенов улучшает увлажнение и эластичность тканей влагалища, что способствует улучшению эффекта от pessaries, уменьшению болевых ощущений и других симптомов пролапса. ЛГТ может быть представлена различными формами препаратов: кремы, таблетки или кольца, с различной частотой применения в зависимости от стадии заболевания. В клинической практике вагинальные кремы и кольца с эстриолом или эстрадиолом показывают хорошие результаты в сочетании с pessaries, значительно увеличивая эффективность лечения. Кроме того, ЛГТ уменьшает частоту инфекций мочевых путей, что также является важным аспектом в лечении ПОМТ, особенно у женщин старшего возраста, у которых имеются хронические заболевания, предрасполагающие к распространению инфекциям [25].

Физическая терапия.

Физические упражнения для укрепления мышц тазового дна (ПФМТ) являются одним из наиболее доступных методов лечения, особенно при легких стадиях пролапса [17]. Метод Кегеля, включающий упражнения на сокращение и расслабление мышц тазового дна, используется как для профилактики, так и

для лечения ПОМТ. Эти упражнения помогают улучшить тонус мышц, которые поддерживают мочевой пузырь, матку и прямую кишку.

Однако стоит отметить, что при более тяжелых стадиях пролапса, когда мышцы тазового дна уже ослаблены, эффективность только упражнений может быть ограничена. В таких случаях требуется комбинированный подход, включающий электростимуляцию и биофидбек-терапию (БОС-терапия) для улучшения мотивации и координации [17, 22, 74]. Однако при 3-4 и во многих случаях 2 степени пролапса гениталий они уже как правило не эффективны.

Медикаментозная терапия.

Медикаментозные препараты также играют важную роль в консервативном лечении. Это может быть терапия для лечения воспалительных заболеваний влагалища, уретры, а также препараты для нормализации мочеиспускания и контроля симптомов недержания мочи. Использование антибиотиков и противовоспалительных средств необходимо в случае наличия воспалений, вызванных микротравмами слизистой влагалища, а также, для предотвращения инфекций, связанных с длительным использованием pessaries [69].

Пессаротерапия

Пессарий является важным методом консервативного лечения пролапса, особенно в случае, когда хирургическое вмешательство невозможно или противопоказано [65, 67, 75]. Этот метод был известен еще в древности, но в последние десятилетия он значительно усовершенствовался. Пессарии используются для поддержки органов малого таза, предотвращая их дальнейшее опущение и улучшая симптомы заболевания, такие как болевой синдром, ощущение инородного тела, нарушение мочеиспускания. Пессарии бывают различных форм и конструкций, включая кольцевые, кубовидные и тарелкообразные, выбор которых зависит от степени пролапса и анатомических особенностей пациентки [8, 30, 65]. Согласно многим исследованиям, пессарии эффективны у 70–90% женщин, особенно при II–III стадиях заболевания [75].

Эти устройства не только поддерживают органы малого таза, но и

способствуют улучшению функции мочевого пузыря и кишечника. Наиболее часто применяемыми пессариями являются кольцевой и кубовидный типы. Кольцевой пессарий используется при I–II степени пролапса, а кубовидный — при более тяжелых стадиях заболевания (рис.13, 14, 15, 16). Однако пессарии требуют регулярного контроля и ухода. Неправильное использование пессария может привести к травмированию слизистой влагалища и развитию воспалений. Именно поэтому пессаротерапия часто комбинируется с локальной гормональной терапией при отсутствии противопоказаний, которая помогает поддерживать нормальное состояние тканей влагалища, предотвращая атрофические изменения, улучшая фиксацию пессария [29, 30, 74].

Пролапс органов малого таза (ПОМТ) является актуальной медико-социальной проблемой, особенно у женщин старческого возраста. Распространенность ПОМТ среди женщин старше 60 лет составляет по разным данным от 20% до 40%, а после 80 лет достигает 60% [Swift S. et al., 2003; Волкова Н.И., 2019]. При этом значительная часть пациенток сталкивается с выраженным снижением качества жизни, нарушениями мочеиспускания, дефекации и сексуальной функции [31, 38, 64]. Хирургическое лечение в старческом возрасте часто невозможно из-за высокого операционного и анестезиологического риска, полиморбидности, особенно у больных с выраженной экстрагенитальной патологией, такой как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь 2-3 стадий, тяжелого сахарного диабета, состояний после инфаркта и инсульта, тромбоэмболий, при наличии сердечной, легочной, почечной недостаточностях, во время лечения онкологических заболеваний и др. [17, 49, 67, 74, 76].

Наличие перечисленных заболеваний у пациентки определяет важность разработки и применения эффективных консервативных методов коррекции пролапса [28, 30, 42, 54, 74].

Ортопедическая коррекция является важной составляющей консервативного лечения пролапса органов малого таза (ПОМТ) у женщин старческого возраста. Она включает в себя пессаротерапию, использование

специальных бандажей и опорных устройств, а также коррекцию двигательной активности с применением эргономических подходов [30, 54, 74].

Пессарии — основной ортопедический метод лечения пролапса у старых женщин с выраженной экстрагенитальной патологией. По данным многочисленных исследований, правильное использование пессариев эффективно у 70–90% женщин с пролапсом, особенно на II–III стадиях [25, 43].

Современные пессарии изготавливаются из гипоаллергенного силикона, что уменьшает риск воспалительных осложнений. По данным российских авторов, пессарии являются методом выбора у женщин старческого возраста, которым противопоказаны хирургические вмешательства [31, 38]. Особенности применения пессариев в пожилом возрасте включают обязательную предварительную локальную гормональную терапию для профилактики атрофии слизистой влагалища, при отсутствии противопоказаний (например, рака молочной железы) указывает, что правильно подобранный пессарий позволяет не только значительно снизить симптомы пролапса, но и улучшить функцию мочевого пузыря и кишечника. При этом важно регулярное динамическое наблюдение, особенно в первые месяцы. Бандажи используются в случаях, когда пессарии не показаны или вызывают дискомфорт. В российской практике они применяются значительно реже, чем пессарии, но показывают хорошую эффективность на разных стадиях пролапса (I–III степени) [Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2021]. По данным зарубежных авторов, ношение специальных бандажей снижает выраженность симптомов пролапса, в том числе болевого синдрома и ощущения "инородного тела" [ShullB.L., 2019]. Возможно сочетание пессариев и бандажей (3-4 стад.)

Особенности подбора бандажей (рис. 17, 18)

- Подбор проводится строго индивидуально.
- Используются преимущественно при легкой степени пролапса или в качестве временной меры.
- Бандажи снижают внутрибрюшное давление, особенно у пациенток с ожирением (NygaardI. Et all., 2018)

Пример российских устройств: рис.9,10)

- Бандажи тазовые (например, модели ORTO и Экотен)



Рисунок 9. Бандаж при опущении внутренних органов Экотен (фото с сайта <https://medik-mag.ru/>)

Комбинированные пояса при сочетании пролапса с грыжами.



Рисунок 10. Вариант, комбинированного бандажа (фото с сайта <https://firpo.info/>).

Эргономическая коррекция направлена на снижение нагрузки на органы малого таза путем изменения повседневной двигательной активности.

По данным российских исследований, программы, включающие рекомендации по правильной позе при сидении, подъеме тяжестей, а также дыхательную гимнастику, улучшают мышечный тонус и облегчают симптомы пролапса [25, 43,].

В информационном источнике Во К. Et all. [39] подчеркивают, что эргономическая коррекция в сочетании с укрепляющими упражнениями для тазового дна (по методике Кегеля) помогает предотвратить прогрессирование

пролапса. Однако в старческом возрасте самостоятельное выполнение упражнений затруднено, поэтому требуется помощь медицинского персонала.

Рекомендации по эргономике:

- Правильное положение при дефекации (использование подставки под ноги).
- Избегание длительного стояния и подъема тяжестей.
- Использование ортопедических сидений и подушек.

Ортопедическая коррекция пролапса органов малого таза (ПОМТ) у женщин старческого возраста является одним из основных методов консервативного лечения. Наиболее широко для этой цели применяются различные виды pessaries. Однако правильный выбор pessaria требует дифференцированного подхода, с учетом анатомо-функционального состояния тазового дна, степени пролапса, состояния слизистой оболочки влагалища и индивидуальных особенностей женщины.

Классификация и особенности pessaries

Pessaries различаются по форме, материалу и функциональным возможностям. Согласно данным Минкина К.В. и соавторов [13], Клинических рекомендаций Минздрава РФ [88] наиболее часто используются следующие виды:

- Кольцевой pessary — рекомендуется при I–II степени пролапса (рис. 11)
- Кубовидный pessary — рекомендуется при II–III степени пролапса (рис.12) - Чашечный pessary — при II–III степени пролапса(рис.13)
- Pessaries Gellhorn, Donut — при III-IV степени пролапса.(рис.14, рис.15)



Рисунок 11. Кольцевидный pessary [87]



Рисунок 12. Кубовидный pessary [87] Рисунок 13. Чашечный pessary [87]

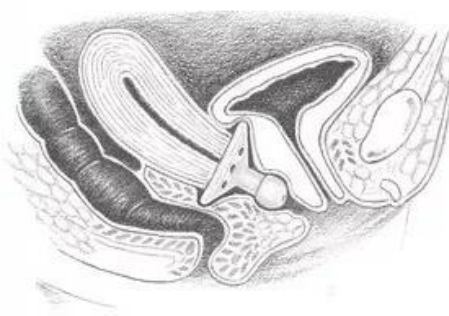


Рисунок 14 Пессарии Gellhorn , Donut [87]



Рисунок 15. Пессарий Donut [87]

Особенности выбора пессария для старческого возраста, например,
DONAT

У женщин старческого возраста важным фактором является наличие
выраженной атрофии слизистой влагалища вследствие гипоестрогении

увеличивает риск травмирования слизистой, появления эрозий и пролежней. Также у многих пожилых пациенток присутствуют когнитивные и моторные нарушения, затрудняющие самостоятельное использование сложных конструкций.

Таблица 2.

Сравнительный анализ pessaries

Критерий	Кольцевой пессарий	Кубовидный пессарий	Чашечный пессарий	Пессарий Donut
Комфорт при ношении	+++	++	++	+
Простота введения/удаления	+++	++	++	+
Фиксация при III- IV степени	+	+++	++	+++
Риск травм слизистой	+++	++	++	+
Совместимость с гормональной терапией	+++	+++	+++	++
Подходит для сексуально активных	+++	+	+	+

Анализ данных источников позволяет сделать следующие выводы:

1. При I–II степени пролапса у женщин старческого возраста оптимальным является кольцевой пессарий [24, 31].
2. При наличии III степени пролапса или недостаточности тазового дна предпочтение следует отдавать кубовидному пессарию [44].
3. При IV степени пролапса или полном выпадении влагалища, особенно при невозможности хирургии, применим пессарий Donat [30, 44, 60, 74].
4. Комбинация пессариев с локальной эстрогенотерапией обязательна [31].

Локальная гормональная терапия (ЛГТ), прежде всего с использованием вагинальных эстрогенов, является одним из ключевых компонентов консервативного лечения пролапса органов малого таза (ПОМТ), особенно в старческом возрасте. Основной механизм ее действия направлен на восстановление трофики тканей влагалища, уретры и мышц тазового дна, страдающих вследствие возрастной гипоестрогении [30, 74].

Старение, менопауза и снижение синтеза эстрогенов приводят к:

- Атрофии слизистой влагалища,
- Снижению коллагена и эластина в стенках влагалища,
- Уменьшению кровоснабжения тканей,
- Ослаблению связочного аппарата и мышц тазового дна [25, 43].

Локальные эстрогены способствуют обратному развитию атрофических процессов, улучшают структуру соединительной ткани, повышают эластичность и сопротивляемость влагалищных стенок. Это особенно важно у женщин пожилого и старческого возраста, которым противопоказана или нежелательна хирургия.

Тем не менее, эстрогены назначаются по показаниям.

Формы препаратов и особенности применения

В клинической практике применяются различные формы локальных эстрогенов:

- Вагинальные кремы (эстриол, эстрадиол).
- Вагинальные таблетки (например, эстриол).
- Вагинальные кольца (например, с эстриолом или эстрадиолом)

Таблица 2.

Сравнительные характеристики форм ЛГТ

Форма препарата	Дозировка	Частота применения	Особенности применения
Вагинальный крем	0,5–1 мг/сут	Ежедневно, затем 2-3 р/неделю	Быстрое увлажнение и

			восстановление слизистой
Вагинальные таблетки	0,5 мг/сут	Ежедневно, затем 2 р/неделю	Легкость введения, контроль дозировки
Вагинальные кольца	2 мг на 3 месяца	1 раз в 3 месяца	Постоянное равномерное высвобождение гормона, удобство для пожилых

Особенности применения у старших возрастных групп:

Начало терапии — минимальные дозировки с постепенным увеличением.

Обязательный контроль состояния слизистой влагалища и исключение онкологических процессов перед началом лечения.

Совмещение с пессариями: предварительная ЛГТ для подготовки тканей к пессаротерапии [5, 28, 42, 58].

Клинические эффекты ЛГТ у женщин с ПОМТ:

- Восстановление увлажненности и эластичности влагалищной стенки.
- Снижение жалоб на дискомфорт, сухость, зуд, жжение.
- Уменьшение частоты рецидивирующих урогенитальных инфекций (по данным российских исследований — до 60–70%).
- Повышение эффективности пессариев, уменьшение риска образования пролежней.
- Уменьшение симптомов стрессового недержания мочи за счет укрепления тканей уретры [4, 30, 48].

Согласно данным систематического обзора локальные эстрогены

значительно уменьшают выраженность симптомов пролапса и улучшают сексуальное здоровье женщин.

По наблюдениям Родионовой Т.И. (2021) [71], у 85% женщин старческого возраста на фоне ЛГТ отмечено значительное улучшение состояния слизистой и снижение выраженности симптомов пролапса, в том числе у пациенток, отказавшихся от хирургического лечения.

Несмотря на высокую эффективность, ЛГТ требует осторожности в применении.

Возможные побочные эффекты:

- Небольшие мажущие кровянистые выделения в начале терапии.
- Локальные аллергические реакции (очень редко).
- Обострение генитальных инфекций при несоблюдении гигиены.

Противопоказания к ЛГТ:

- Онкологические заболевания половой сферы (рак эндометрия, рак молочной железы, рак влагалища).
- Тяжелые тромбоэмболические состояния в анамнезе.
- Идиопатические влагалищные кровотечения.

По данным Клинических рекомендаций Минздрава РФ (2021) [88], перед началом ЛГТ необходимо обязательное обследование для исключения злокачественных процессов.

Локальная гормональная терапия не является самостоятельным методом лечения выраженного пролапса, но эффективно дополняет ортопедическую коррекцию (например, pessarii), а также физиотерапию и упражнения. Комплексный подход (ЛГТ + pessarii + ЛФК) признан наиболее эффективным у пожилых пациенток с противопоказаниями к оперативному лечению [39]. Локальная гормональная терапия у женщин старческого возраста с пролапсом органов малого таза — важный компонент консервативного лечения, направленный на восстановление структуры тканей влагалища, уменьшение симптомов и повышение качества жизни. Применение ЛГТ в сочетании с

пессариями и другими методами повышает общую эффективность терапии и уменьшает риск осложнений, особенно у тяжелых и ослабленных пациенток. Медикаментозная симптоматическая терапия не устраняет анатомические причины пролапса органов малого таза (ПОМТ), но имеет значение для уменьшения клинических проявлений, связанных с пролапсом, таких как:

- Урогенитальные симптомы (недержание мочи, учащенное мочеиспускание, ургентные позывы).
- Вагинальная сухость, жжение, зуд, дискомфорт.
- Болевой синдром, возникающий на фоне воспалительных процессов или травм слизистых.

По данным российских клинических рекомендаций (Минздрав РФ, 2021) [88], медикаментозное лечение применяется в составе комплексного подхода, наряду с физическими методами, ортопедической коррекцией (пессарии) и локальной гормональной терапией.

Основные направления медикаментозной терапии:

Антибактериальная и противовоспалительная терапия

Назначается при наличии вторичных воспалительных процессов влагалища, мочевого пузыря, уретры, возникающих из-за травматизации слизистой, микротравм пессария и т.д.

Показания:

- Вагиниты, цервициты, уретриты.
- Хронические циститы, ассоциированные с пролапсом.
- Препараты:
 - Местные антисептики: Бетадин, Хлоргексидин (вагинальные суппозитории, растворы для орошения).
 - Антибактериальные препараты: метронидазол, клиндамицин (местно или внутрь, по показаниям).
 - Противовоспалительные средства: свечи с НПВС (иногда короткими курсами для купирования болевого синдрома).

Эффект: устранение воспаления слизистой влагалища и уретры, уменьшение болевого синдрома, предотвращение осложнений [20].

Препараты для нормализации мочеиспускания (уроантисептики, антихолинергики, β 3-агонисты)

У женщин с пролапсом часто возникают симптомы нижних мочевых путей (СНМП), включая недержание мочи при напряжении, ургентное недержание, учащенное мочеиспускание, после консультации с терапевтом.

Показания:

- Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП).
- Ургентные позывы, никтурия.
- Смешанные формы недержания.

Препараты:

- Антихолинергические средства (М-холиноблокаторы): солифенацин, оксибутинин, толтеродин (внутрь).
- β 3-адреномиметики: мирабегрон (при недостаточной эффективности антихолинергиков).
- Фитопрепараты и уроантисептики (при рецидивирующих циститах): Канефрон, Уролесан.

Эффект: снижение частоты позывов, уменьшение эпизодов недержания, улучшение контроля мочеиспускания.

У пожилых женщин важно учитывать риск побочных эффектов от холинергиков (сухость во рту, запоры, когнитивные нарушения), что ограничивает их применение [27, 31, 48, 74].

Препараты для коррекции диспареунии и сухости влагалища

Показания:

- Атрофия слизистой влагалища.
- Диспареуния (боль при половом акте).
- Сухость, зуд, жжение.

Препараты:

- Увлажняющие вагинальные гели и суппозитории: с гиалуроновой кислотой, декспантенолом (Вагилак, Гинокомфорт).
- Местные анестетики (при выраженной боли, кратковременно).

Эффект: улучшение качества жизни, уменьшение вагинальной атрофии, профилактика микротрещин.

Важно сочетать с локальной гормональной терапией, особенно при выраженном гипострогенизме.

Российские исследователи подчеркивают следующие особенности:

- Часто требуется коррекция полипрагмазии (прием большого количества лекарств) у пожилых женщин.
- Следует учитывать нарушения функции почек и печени, особенно при подборе уроантисептиков и антихолинергиков.
- Медикаментозная терапия редко бывает самостоятельным методом, но значительно повышает эффективность общей консервативной тактики.

По данным Минкина К.В. [13], симптоматическая медикаментозная терапия в составе комплексного лечения позволяет существенно снизить выраженность СНМП у женщин старческого возраста с пролапсом:

- У 60% пациенток удалось достичь контроля мочеиспускания.
- У 75% — исчезновение или значительное уменьшение вагинальных симптомов: сухость, жжение, зуд.

Родионова Т.И. (2021) [71] отмечает, что применение комбинированной медикаментозной терапии и пессариев дает лучший результат, чем изолированное применение каждого метода.

Медикаментозная симптоматическая терапия при пролапсе органов малого таза у женщин старческого возраста является:

- Неотъемлемой частью комплексного подхода,
- Эффективной для устранения вторичных симптомов (мочевых, вагинальных),

- Позволяет повысить качество жизни и уменьшить выраженность проявлений пролапса, особенно в сочетании с физическими методами и пессариями.

Но она не может быть основным методом лечения анатомического дефекта и требует сочетания с другими подходами (локальная гормональная терапия, упражнения, пессарии).

Физические методы лечения, в том числе специальные упражнения для тазового дна, являются важной составляющей консервативной коррекции пролапса органов малого таза (ПОМТ), особенно у женщин старческого возраста, которым противопоказано или нежелательно хирургическое вмешательство.

С возрастом у женщин происходит:

- Снижение тонуса и прочности мышц тазового дна,
- Ухудшение кровоснабжения,
- Нарушение нейромышечной координации, что приводит к опущению органов малого таза.
- Регулярные физические упражнения позволяют улучшить тонус мышц, поддерживающих мочевой пузырь, матку и прямую кишку, и значительно снизить выраженность клинических симптомов пролапса [27].

2. Основные виды упражнений для тазового дна

2.1. Классические упражнения Кегеля

Самая известная и распространенная методика.

Поочередное сокращение и расслабление мышц тазового дна с различной интенсивностью.

Принципы выполнения:

- Медленные сокращения мышц с удержанием на 5–10 секунд.
- Быстрые ритмичные сокращения.
- Упражнения в разных положениях (лежа, сидя, стоя).

- Длительность занятия: 10–15 минут в день.

Эффект: повышение силы и выносливости мышц тазового дна, улучшение контроля мочеиспускания, уменьшение степени пролапса [77].

2.2. Биофидбек-терапия (BFB)

Метод тренировки тазовых мышц с использованием специальных устройств, которые позволяют пациентке визуализировать правильность сокращений мышц.

Применяется:

- При трудностях самостоятельного освоения упражнений.
- Для повышения мотивации и эффективности ПФМТ.

Эффект: значительно улучшает результаты ПФМТ, особенно у пожилых женщин [8, 51, 74].

2.3. Электростимуляция мышц тазового дна [27, 74].

Применяется у пациенток, которые не способны самостоятельно выполнять упражнения из-за выраженной мышечной слабости.

Методика:

Введение специального зонда во влагалище, через который проходят слабые электрические импульсы, вызывающие сокращения мышц тазового дна.

Эффект: стимуляция трофики, увеличение силы мышц, активация нейромышечной связи [74].

2.4. Гимнастика и тренировки с отягощением (вагинальные конусы)

Использование специальных вагинальных грузиков, которые удерживаются сокращением мышц тазового дна.

- Позволяют тренировать выносливость и силу.
- Особенно эффективно для женщин с легкой и умеренной степенью пролапса.

3. Особенности применения у женщин старческого возраста

У женщин пожилого и старческого возраста имеются особенности, которые следует учитывать:

Возрастные изменения нервно-мышечной системы требуют постепенного увеличения нагрузки.

Часто имеются сопутствующие заболевания (артроз, гипертония), ограничивающие выбор упражнений.

Координация движений может быть снижена, поэтому важна начальная работа с инструктором.

Рекомендации:

- Начинать с простых упражнений в положении лежа.
- Исключать физические усилия, вызывающие повышение внутрибрюшного давления.
- Регулярные занятия (не менее 3 раз в неделю).
- Желательно совмещать с ЛГТ для повышения эластичности тканей.

4. Эффективность физических методов

Исследования подтверждают значительную эффективность ПФМТ у пожилых женщин:

По данным мета-анализа Hagen S. Et al. (2014) [47] регулярные упражнения приводят к уменьшению пролапса на одну стадию у 65% пациенток.

По данным Минкина К.В. [13], комбинированный подход (ЛФК + пессарии + ЛГТ) улучшает симптомы у 70–80% женщин старческого возраста.

Во К. [39] отмечает, что в пожилой популяции возможно значительное улучшение симптомов недержания мочи и чувства тяжести в малом тазу на фоне ПФМТ.

Таким образом, даже в старческом возрасте возможно добиться значимого укрепления тазового

5. Побочные эффекты и ограничения

Физические методы являются безопасными для пожилых пациенток, однако требуют индивидуального подхода.

Возможные ограничения:

- Заболевания сердца и сосудов в стадии декомпенсации.
- Тяжелая остеопороз с риском переломов (для активных нагрузок).
- Тяжелая когнитивная дисфункция (невозможность следовать инструкции).

Важно: занятия должны проводиться под контролем специалистов на начальном этапе (реабилитолог, физиотерапевт).

-Физические методы и тренировка мышц тазового дна являются одним из наиболее безопасных и эффективных направлений консервативной терапии пролапса органов малого таза у женщин старческого возраста. Их преимущество — доступность, отсутствие серьезных противопоказаний и возможность самостоятельного выполнения в домашних условиях. Однако максимальная эффективность достигается при комплексном подходе с ЛГТ и ортопедическими методами (пессарии).

Применение физических методов, в том числе упражнений для тазового дна (ПФМТ), у женщин старческого возраста с пролапсом органов малого таза (ПОМТ) является целесообразным, обоснованным и высокоэффективным компонентом консервативной терапии, что подтверждается данными ряда российских научных исследований.

1. Эффективность и безопасность у пожилых женщин

Согласно данным современных российских исследований, регулярные тренировки мышц тазового дна позволяют:

Уменьшить выраженность пролапса на одну стадию у значительной доли пациенток.

Существенно снизить выраженность симптомов (чувство тяжести, инородного тела, дизурические явления).

Повысить качество жизни и психоэмоциональное состояние пациенток.

Так, в работе Минкина К.В. и соавт. [13] показано, что после курса упражнений Кегеля в сочетании с терапией у 74% женщин старческой возрастной группы наблюдалось улучшение клинической картины и уменьшение степени пролапса.

Также было отмечено, что у пациенток с I-II стадией пролапса физическая терапия может выступать самостоятельным методом лечения, позволяя избежать или отсрочить хирургическое вмешательство.

2. Роль в составе комплексного лечения

Отдельно подчеркивается важность комбинации физических методов с другими консервативными подходами (локальная гормональная терапия, пессарии), так как изолированная тренировка мышц тазового дна у женщин старческого возраста может быть недостаточной при выраженных анатомических изменениях.

Как указывает Родионова Т.И. (2021) [71], наиболее высокие результаты достигаются при сочетании упражнений с использованием вагинальных пессариев и локальной эстрогенотерапии, что усиливает регенеративный потенциал тканей и улучшает фиксационную функцию мышц.

3. Особенности применения в старческом возрасте

Российские авторы акцентируют внимание на необходимости индивидуального подбора упражнений с учетом возраста, физического состояния и сопутствующих заболеваний.

При правильно подобранной нагрузке упражнения безопасны и не приводят к усилению пролапса или появлению болевого синдрома.

Отмечается, что регулярность и систематичность занятий являются критически важными для достижения эффекта.

У женщин старческого возраста рекомендуется начинать с самых простых и легких упражнений, постепенно увеличивая нагрузку под контролем специалиста [8, 31, 74].

4. Профилактическое значение

Особое внимание уделяется профилактической роли упражнений для тазового дна у женщин старшего возраста:

ПФМТ может использоваться не только для лечения, но и для профилактики прогрессирования пролапса.

В ряде случаев (I стадия пролапса) при систематическом выполнении

упражнений удастся избежать прогрессирования заболевания, что особенно важно для женщин с высоким хирургическим риском.

Заключение:

Таким образом, по данным отечественной литературы, применение физических методов и упражнений для тазового дна у женщин старческого возраста является:

- Целесообразным,
- Эффективным,
- Безопасным (при правильной организации процесса).

Данные методы:

- Способствуют улучшению симптомов пролапса,
- Повышают качество жизни,
- Играют важную роль в профилактике прогрессирования заболевания,
- Могут служить альтернативой хирургическому лечению при I-II стадиях пролапса.

Однако, для достижения максимальной эффективности, их следует применять в составе комплексной терапии, с учетом индивидуальных особенностей пациентки.

Заключение.

Представленные хирургические методы лечения пролапса гениталий у женщин пожилого возраста являются с нашей точки зрения оптимальными, вывод основан на собственном более 12 летнем опыте лечения и наблюдения за несколькими сотнями больных женщин пожилого возраста с пролапсом. Отказ от синтетических имплантатов во влагалищной хирургии не вызывает практически никаких вопросов у подавляющего количества врачей, как в России, так и за рубежом. Для большинства квалифицированных хирургов грамотное использование собственных тканей пациентки, качественное быстрое оперирование, адекватная анестезия является залогом успеха операций

у данной категории больных. Оно позволяет в полном объеме восстановить здоровье и сохранить специфические функции женского организма, свойственные этом периоду жизни этих женщин. Использование так, называемого двухрядного влагалищного шва при пластиках передней и при необходимости задней стенок влагалища и в дальнейшем правильное применение других классических влагалищных оперативных подходов обеспечивает, при правильном классическом послеоперационном ведении пациенток, практически отсутствие рецидивов заболеваний и в последующем высоких показателей качества жизни больных. Тем не менее, очень важно отметить, что женщины пожилого возраста (60-72 года по данным ВОЗ, с учетом средней продолжительности жизни в России 72 года), требуют скрупулезного и тщательного обследования и подготовки к предстоящей операции. Мы планируем публикацию результатов наших исследований в 2026 году в ведущих научных изданиях России, таких, как журнал «Гинекология» и журнал «Акушерство и женских болезней», выступление с докладами на высоконаучных акушерско-гинекологических конференция, в начале в городе Санкт-Петербурге, в России.

Женщины старческого возраста (по данным ВОЗ 73-90 лет, 91год-долгожитель), составляют особую группу наших пациенток, которые в большинстве случаев уже пережили среднюю продолжительность жизни в РФ - 72 года, они требует особого, глубоко осмысленного подхода к лечению пролапса гениталий. Оперативные лечение у них должны быть глубоко выверено и продумано. Предпочтительны небольшие операции, не длительные анестезии, особое послеоперационное ведение и реабилитация. По нашим наблюдениям, по показаниям, много оперировалось больных с цистоцеле и пролапсом 2 стадии. Согласно нашему опыту пяти десятков операций – оптимальной является операция - пластика передней стенки влагалища с ушиванием синтетическим швом на круглой игле пролабирующего мочевого пузыря и двухрядным влагалищным швом передней стенки влагалища. У большинства таких больных нет выраженного ректоцеле, поэтому второй этап

операции состоит из атипического клейзиса по методике профессора С.Н. Давыдову. Длительность операции не более 30-40 минут. Безусловно оперативное лечение пролапса гениталий является более эффективным способом лечения, чем консервативные методы лечения, однако у лиц старческого возраста, особенно после 80 лет, как правило много сопутствующих заболеваний, при которых не показаны ни операция, ни анестезия. Всех больных нужно перед операцией оценивать по Женевской шкале риска ТЭЛА, см. в тексте данной работы. Так как по данным хирургов, это осложнение встречается более 4-5 %, у данной категории больных и примерно в 30-40% случаев бывают фатальными [73].

Консервативные методы лечения пролапса органов малого таза (ПОМТ) применяются в основном у женщин старческого возраста при экстрагенитальной патологии. Лучше применять на ранних стадиях заболевания ПОМТ (2-3 степень). На этих стадиях они могут значительно улучшить симптомы, такие как нарушение мочеиспускания и проблемы с дефекацией. Эти методы включают пессаротерапию, локальную гормональную терапию, физическую терапию и медикаментозную поддержку, которые нацелены на улучшение функционального состояния органов малого таза и облегчение симптомов. Однако стоит отметить важный аспект: консервативные методы не устраняют основную анатомическую причину заболевания - слабость поддерживающих тканей и связок тазового дна. На ранних стадиях, когда анатомические изменения минимальны, эти методы могут быть весьма эффективными, так как их цель — снизить проявления заболевания и улучшить качество жизни пациенток. Тем не менее, при прогрессировании заболевания, когда происходит значительное ухудшение анатомического положения органов малого таза, консервативные методы становятся менее эффективными. Они только снимают симптомы, но не способны восстановить нормальное анатомическое положение органов, что является важным ограничением этих методов. Консервативное лечение требует от пациенток высокой приверженности к длительному лечению и регулярному медицинскому

наблюдению. Например, использование пессариев требует не только правильного выбора устройства, но и регулярных осмотров у врача, чтобы избежать осложнений, таких как травматизация слизистой влагалища или инфекционные заболевания. Локальная гормональная терапия требует соблюдения режима и постоянного контроля за состоянием слизистой влагалища. Также важно учитывать, что большинство методов консервативной терапии обладают лишь временным эффектом — они не могут предотвратить прогрессирование заболевания. Противоположность консервативному лечению — это хирургическое вмешательство, которое устраняет анатомическую причину заболевания. Хирургия направлена на восстановление нормального положения органов малого таза, устранение их опущения и восстановление функциональной активности. Это позволяет устранить проблему на анатомическом уровне, а не только лечить её симптомы. Хирургическое лечение имеет ряд существенных преимуществ по сравнению с консервативными методами. Одним из ключевых преимуществ хирургического лечения является то, что оно устраняет причину заболевания — анатомический дефект. В отличие от консервативного лечения, которое только улучшает симптомы и снижает их выраженность, хирургия позволяет полностью восстановить нормальное положение органов, устраняя возможные последствия пролапса. Важно также, что хирургические вмешательства обеспечивают долгосрочный результат. Исследования показали, что хирургические методы лечения пролапса органов малого таза, особенно при III–IV степени, обладают высокой эффективностью и обеспечивают пациентам значительное улучшение качества жизни на протяжении многих лет после операции. Хирургия также предлагает возможность применения инновационных методик, таких как использование оригинальных малотравматических кольпоклеизисов у больных старческого возраста, не живущих половой жизни. Необходимо отметить, что такие операции, проводимые высококласными операционными бригадами с использованием современных технологий обезболивания, с временем операции длительностью

не более 30-40 минут имеют более высокий уровень безопасности, чем раньше, и могут быть проведены даже у женщин старшего возраста с несколькими компенсированными хроническими заболеваниями. Это значительно расширяет показания к хирургическому лечению, снижая риски для пациенток, так как показатели качества у пациенток после хирургического вмешательства значительно выше, чем при консервативных методах лечения жизни после операций [15,19, 27, 30 ,74].

Как правило, хирургическое вмешательство является универсальным решением у женщин с пролапсом гениталий пожилого возраста. Конечно, оно может быть сопряжено с рисками, такими как инфекции, тромбообразование и повреждения соседних органов. Эти риски, однако, можно минимизировать с помощью предварительного тщательного обследования и выбора высококвалифицированного, оптимального по времени хирургической вмешательству. Пациентки, выбирающие хирургическое лечение, должны быть готовы к сравнительно не длительному периоду восстановления, около месяца. Одним из существенных преимуществ хирургического подхода является возможность быстрой и полной ликвидации проблемы, в отличие от консервативных методов, которые могут требовать долгосрочного применения и приверженности режиму, хирургическое вмешательство обычно требует одного (максимум двух) этапов лечения с относительно быстрым восстановлением. Уже через несколько недель пациентки могут вернуться к нормальной жизни, без симптомов пролапса, с восстановленным функционалом органов. При сочетании пролапса гениталий с стрессовым недержанием мочи. У лиц пожилого и «раннего старческого возраста принято хирургическое лечение проводить в 2 этапа. 1 этап - это современная хирургическая коррекция пролапса гениталий, второй этап - это выполнение операции TOT. Показатели здоровья и качества жизни у этих пациенток хорошие [30, 41, 44, 48, 49, 62, 65, 69, 74,]

Таким образом, хирургическое лечение пролапса органов малого таза является предпочтительным методом при III–IV стадии заболевания, когда

консервативное лечение уже не дает достаточного эффекта. Это метод устраняет основную причину заболевания, восстанавливает анатомические и функциональные функции органов малого таза и обеспечивает стойкий результат. Важно отметить, что при выраженных изменениях, при которых консервативное лечение не помогает, хирургия позволяет достичь наиболее надежных и долгосрочных результатов, обеспечивая улучшение качества жизни пациенток [78, 79].

Сравнение консервативных и хирургических методов лечения пролапса органов малого таза подчеркивает важность всестороннего комплексного подхода в выборе метода лечения. Консервативные методы, безусловно, полезны и эффективны на ранних стадиях заболевания и могут значительно улучшить качество жизни пациенток [4, 79]. Их основное ограничение заключается в том, что они не устраняют основную анатомическую причину заболевания. Хирургическое вмешательство, напротив, направлено на восстановление нормального положения органов и устранение проблемы на анатомическом уровне. Это позволяет достигнуть более устойчивых и долговременных результатов, особенно на поздних стадиях заболевания и значительно улучшить показатели качества жизни у этой категории больных [14]. Однако у лиц старше 80 лет, имеющих едва компенсированные экстрагенитальные заболевания или признаки органной недостаточности предпочтительны консервативные методы лечения.

Таким образом, выбор между консервативными и хирургическим лечением должен базироваться на стадии заболевания, возрасте больной, наличии сопутствующих заболеваний и степени приверженности пациентки к длительному лечению. Хирургический подход является предпочтительным у пожилого возраста, так как он устраняет основную анатомическую проблему и дает более надежный и долгосрочный результат [1, 12, 17, 27, 74]. У лиц старческого возраста оперативное лечение должно быть тщательно выверено и проводиться в минимальных объемах.

Список литературы

1. Атлас анатомии человека. Фрэнк Нэттер; пер. с англ. под ред. Л.Л. Колесникова. -6-е изд. -М.; ГЭОТАР-Медиа. 2018:340-357
2. Бахаев В.В. Выпадение половых органов у женщин: этиология и патогенез. Акушерство и гинекология. 2009;3:7-10
3. Коршунов М.Ю., Сергеева И.В. Удовлетворенность хирургическим лечением у женщин с пролапсом тазовых органов: квантификация и анализ. Журнал акушерства и женских болезней. 2018;67(6):31-37
4. Радзинский В.Е., Майскова И.Ю., Димитрова В.И., Семятов С.М., Кучиева З.Р. Дифференцированный подход к хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин старше 60 лет. Акушерство и Гинекология 2012;(4-2):73-7.
5. Сурминов Е.И., Новиков Е.И. Показатели качества жизни у женщин по поводу пролапса гениталий. Материалы конференции перинатальная медицина. СПб. 2025г.
6. Федорова А. А., Коротких И. Н., Латтева Т. Н. MaillardC., RubodC., NisolleM., CossonM., FoidartJ.Тактика ведения пациентов с пролапсов гениталий. Интерактивная наука. 2017;2(12):78-80.
7. Adjoussou S.A, Bohoussou E., Bastide S.,Letouzey V., Fatton B., de Tayrac R. Functional symptoms and associations of women with genital prolapse. Prog Urol. 2014;24(8):511-17. DOI: 10.1016/j.purol.2013.11.015.
8. Giri A., Hartmann K. E., Hellwege J. N., Edwards D. R. V., Edwards T. L. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2017;217(1):11-26.
9. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Токтар Л.Р. и др. Перинеология. Эстетическая гинекология. Под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала Status Praesens. 2020.
10. Смолнова Т.Ю. Патогенетическое обоснование выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин

репродуктивного возраста. Автореф. дисс. на соиск. ...канд. мед. наук. 1999:22.

11. Bacon C.R. Practical Portfolio Performance Measurement and Attribution. – Copyright © 2004 John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England.

12. Iglesia cB, Smithling Kr. Pelvic organ prolapse. American Family Physician. 2017;96(3):179-85.

13. Минкин К. В., Жукова О. В., Хамзина И. Н. Консервативное лечение пролапса тазовых органов у женщин старшей возрастной группы. Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20(3):34–40.

14. Солуянов М.Ю., Любарский М.С., Королева Е.Г., Ракитин Ф.А. Ошибки и осложнения хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием синтетических материалов. Успехи современного естествознания. 2012;(10): 48-52.

15 Gould M. K., Garcia D. A., Wren S. M. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: antitrombotic therapy and prevention of trombosis, 9 th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012; 141 (2): e227s-e277s.

16. Iglesia cB, Smithling Kr. Pelvic organ prolapse. American Family Physician. 2017;96(3):165-85.

17. Беженарь В.Ф. Влагалищные операции. В.Ф. Беженарь, Е.И. Новиков, Л.В. Василенко, Э.В. Комличенко. СПб.: Издательство «Н-Л».2013:152.

18. Васин Р.В., Филимонов В.Б., Васина И.В. Генитальный пролапс: современные аспекты оперативного лечения (обзор литературы). Экспериментальная и клиническая урология 2017;(1):104-15.

19. Шмидт А.А. Клинические протоколы (гинекология). 4-е изд.,испр. и доп.- Санкт-Петербург: СпецЛит. 2023:110-116

20 Мусин И.И., Ящук А.Г., Зайнуллина Р.М., Нафтулович Р.А., Попова Е.М., Имельбаева А.Г. и соавт. Принцип выбора хирургических

технологий в коррекции пролапса гениталий в различных возрастных группах. Практическая медицина 2017;(7):111-4.

21. Синельников Р. Д., Синельников Я.Р., Синельников А.Я., Атлас анатомии человека: Учеб.пособи.; 2009:284-28.

22. Савельева Г.М., Курбатская Е.В., Власова М.Ю. Проплапс тазовых органов у женщин: современные аспекты диагностики и лечения. Акушерство и гинекология.2018;4:45–51.

23. Шмидт А.А. Клинические протоколы (гинекология). 4-е изд.,испр. и доп.- Санкт-Петербург: СпецЛит. 2023:104-110

24. Коршунов М.Ю., Сергеева И.В, Сазыкина Е.И., Кузьмин И.В. Эффективность применения проленовой сетки у больных с пролапсом передней стенки влагалища: рандомизированное контролируемое исследование. Акушерство и гинекология. 2004;6:42-46.

25. Краснопольский В. И., Буянова С. Н. Опушения и выпадения влагалища и матки. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / ред. В. Н. Прилепская. М: МЕДпрессинформ. 2003:367–396.

26. Попов А.А. и др. Хирургическое лечение осложненных и неосложненных форм пролапса гениталий. Матер. II Зс. Форума «Мать и дитя». 2000:39—41.

27. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., др. Сакроспинальная кольпопексия как профилактика и лечение пролапса гениталий влагалищным доступом. Матер. IV Рос. Форума «Мать и дитя». 2002;2:323—324.

28. Ходжаев Г.Г. Лечение рецидивов опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин: Автореф. дисс. 2003.

29. Bump R.C., Norton P.A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. Obstet. Gynaex. Clin. North. Amer. 1998;25(4):723—746.

30. Новиков Е.И., Сурминов Е.И., Винникова С.В. Значение оценки качества жизни при оперативном недержании стрессового недержания мочи. МЕДЛАЙН.РУ 2018;19:409-411.

31. Жукова О.В., Хамзина И.Н. Консервативное лечение пролапса

тазовых органов у женщин старшей возрастной группы. Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20(3):34–40.

31. Радзинский В.Е., Дурандин Ю.А., Токтар Л.Р., и др. Перинеология. М.: МИА, 2006:320.

32. Семенюк А.А., Битюков Н.Н., Пospelов И.В. Лечение больных с урогенитальным пролапсом и недержанием мочи. Урология. 2006;1:61-64.

33. Кулаков В. И. Адамян Л.В., Мынбаев О.А [и др.] Хирургическое лечение опущения и выпадения влагалища и матки. Оперативная гинекология. 2000: 741–760.

34. Brown J.S., Waetjen L.E., Subak L.L. et al. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997. Am. J. Obstet. Gynecol. 2002;186:712–716.14.

35. Hale D. S., Fenner D. Consistently inconsistent, the posterior vaginal wall. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2016;214(3):314-320.

36. Holbrook A., Schulman S., Witt D. M. Evidence-based management of anticoagulant therapy: antitrombotic therapy and prevention of trombosis, 9 th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012; 141 (2): e152s-e184s.

37. Камоева С. В., Савченко Т. Н., Иванова А. В., Абаева Х. А. Современные генетические аспекты пролапса тазовых органов у женщин. Акушерство, гинекология и репродукция. 2013;7(1):17–21.

37. Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю., Баринаева М.Н., Пушкарь Д.Ю. Недержание мочи при напряжении после хирургического лечения пролапса тазовых органов. Экспериментальная и клиническая урология. 2014; 2:82–87.

38. Ящук А.Г., Мамаева А.В. Причины развития постгистерэктомического пролапса гениталий. Казанский медицинский журнал 2008;(4):492-3.

39. Bo K., Hilde G., Stær-Jensen J. et al. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. 2015;125(3):537–543.
40. Collins S, Lewicky-Gaupp C. Pelvic Organ Prolapse *Gastroenterol Clin North Am*. 2022;51(1):177-193.
41. Безменко А.А., Берлев И.В. Этиология и патогенез генитального пролапса. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2011;LX(1):129–138.
42. Плеханов А.Н., Беженарь В.Ф., Беженарь Ф.В., Епифанова Т.А., Высоцкий М.М. Возможности хирургической коррекции атипичных форм пролапса тазовых органов. *Эндоскопическая хирургия*. 2025;31(2):35-42.
43. Пушкарь Д. Ю., Гумин Л. М. Тазовые расстройства у женщин. М.: МЕДпресс-информ. 2006
44. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н. и др.//Опыт реконструкции тазового дна при пролапсе тазовых органов с использованием системы Prolift®. *Вестн. Российского университета дружбы народов. —Серия медицина (акуш. и гинеколог.)*. 2007;5:267—270. 7. 65.
45. Aleksandrov A. Mesh-less laparoscopic treatment of apical prolapse / A. Aleksandrov, A. V. Smith, B. Rabischong, R. Botchorishvili. *Facts, Views & Vision*. – 2021;13(2):179–181.
46. Fatton B., de Tayrac R., Letouzey V., Huberlant S. Pelvic organ prolapse and sexual function. *Nat. Rev. Urol*. 2020; 17 (7): 373–390.
47. Hagen S., Stark D., Glazener C. M., Dickson S., Barry S. J. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet*. 2014;383:796–806.
48. Айламазян Э.К. Алгоритмы диагностики и хирургического лечения больных с недержанием мочи. *Акушерство и гинекология*. 2007:34-39
49. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. М.: Издательство Медиа Сфера. 2015:56.

50. Савельева Г.М., Курбатская Е.В., Власова М.Ю. Проплапс тазовых органов у женщин: современные аспекты диагностики и лечения. *Акушерство и гинекология*. 2018;4: 45–51.
51. Шалаев О.Н. Генитальный пролапс. *Журнал практического акушера-гинеколога*, 2008; (1): 19–29.
52. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство. EditorГэотар-медиа, 2009;478-484.Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э. Нехирургические методы коррекции пролапса гениталий и нарушений мочеиспускания. *Гинекология*.2016;18(2):28-31
53. Шкарупа Д.Д. Хирургическая реконструкция тазового дна у женщин при недержании мочи и пролапсе тазовых органов (клинико-экспериментальное исследование). автореф. дисс. докт. мед. Наук 2014:44.
54. Barber M.D. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse / M. D. Barber, C. Maher. *Int Urogynecol J*. 2013;11:1783–1790.
- Плеханов А.Н. Современный взгляд на вагинальную хирургию матки — СПб.:Классика-М. 2009:104.
55. Российское общество акушеров-гинекологов. Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов" Клинические рекомендации «Выпадение женских половых органов» М.: 2023. 49с
56. Федорова А.А., Коротких И.Н., Лаптева Т.Н. Тактика ведения пациенток с пролапсом гениталий. *Интерактивная наука*. 2017;2(12):78–80.
57. Cervigni M., Natale F. The use of synthetics in the treatment of pelvic organ prolapse. *Curr. Opin. Urol*. 2001;11(4):429–435.
58. Heit JA, Spencer FA, White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016;41(1):3-14.
59. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Зубова Е.С., и др. Проплапс гениталий. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2017;17(1):37-45
60. Шкарупа Д.Д. Краткие методические рекомендации по реконструкции тазового дна с применением синтетических материалов. Северо-Западный центр пельвиоперинеологии, 2016.

61. Bratzler D. W. Underuse of venousthromboembolism prophylaxis for general surgery patients: physician practices in the community hospital setting. Arch. Intern. Med. 1998;158:1909–1912.
62. Адамян Л.В. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов. Л.В.Адамян, М.А. Блинова, Б.Е. Сашин // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: Материалы Международного конгресса. 2000:622–635.
63. Радзинский В.Е. Перинатология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006:336.
64. Carley M.E., Turner R.J., Scott D.E., Alexander J.M. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. J.Am.Assoc. Gynecol.Laparosc. 1999;6(N.I):85-89.
65. Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов. Клинические рекомендации. Москва, 2021:58.
66. Беженарь В. Ф., Клецель А. Новые алгоритмы применения синтетических материалов в хирургии тазового дна. Ж. акуш. и жен. бол. 2006:71–72.
67. Стрижакова М.А. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению опущения женских половых органов. дис. ... д-ра мед. наук. 2001:28.
68. Шкарупа Д.Д. Разработка нового поколения синтетических имплантов для хирургической коррекции пролапса тазовых органов и стрессового недержания. Вестник урологии. – 2022:109-119.
69. Le Gal G, Righini M, Roy P.M., Sanchez O, et al Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Ann Intern Med. 2006;144 (3);165-71.

70. Kakkar V.V., Balibrea J.L., Martínez-González J. Extended prophylaxis with bemiparin for the prevention of venous thromboembolism after abdominal or pelvic surgery for cancer: the CANBESURE randomized study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2010; 8:1223–9.
71. Родионова Т. И. Пропалс органов малого таза у женщин пожилого возраста: тактика ведения. *Акушерство и гинекология*. 2021;10:68–73.
72. Афанасова Е.П. Реконструктивно–пластические операции на тазовом дне при пролапсе гениталий. автореф. дисс. ... канд. мед.наук: 2011:19.
73. Fleischer K, Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. *PostReproductiveHealth*. 2020;26(2):79-85.
74. Профилактика, диагностика и лечение тромбоза глубоких вен. Рекомендации российских экспертов, *Флебология*. 2023;17(3):152-296.
75. Тотчиев Г.Ф. Гинекологическое здоровье и качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса гениталий. автореф.дисс 2006:41.
76. Beer M., Kuhn A. Surgical techniques for vault prolapsed: a review of the literature. *Europ. J. Obstet. Gynaec. Reprod. Biol.* 2005; 119(2):144—155.
77. Васин Р.В., Филимонов В.Б., Мнихович М.В., Каприн А.Д., Костин А.А., Васина И.В. Морфологическая структура и иммуногистохимический анализ стенок влагалища у женщин с пролапсом гениталий. *Урология* 2019;(6):12-20
78. Плеханов А.Н., Беженарь В.Ф., Беженарь Ф.В., Епифанова Т.А. Преимущества применения модифицированной операции кольпоклеизиса у пациенток с атипичными формами пролапса тазовых органов. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2024;73(6):142–150.
79. Полянин Д.Ф., Лукач А.А., Британ М.С., Ольховикова С.В. Решение проблемы тазового пролапса при помощи системы Prosima. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2011:67.
80. Радзинский В.Е. Шалаев О.Н. Плаксина Н.Д. и др. Первый клинический опыт использования системы ПРОЛИФТ для

реконструкции тазового дна при хирургическом лечении опущения и выпадения внутренних половых органов. Акушерство и гинекология. 2007; 2: 61-66).

81. Стуров Н.В. Использование бемипарина в качестве средства профилактики венозных тромбозов в общей хирургии и оперативной онкологии. Трудный пациент. 2012;12(10):16–20.

82. Тарабрин О.А., Туренко А.В., Щербаков С.С. Использование бемипарина в комплексной профилактике и коррекции нарушений гемокоагуляции у больных раком тела матки на этапах хирургического лечения. Здоровье женщины. 2010;4 (50):130–133.

83. Шинкарев С.А. Варианты пластики тазового дна: достоинства и недостатки (обзор). Столетняя школа кадров, научного поиска, методической помощи практическому здравоохранению: Сборник научных статей. "Научная книга", 2018:200-202.

84. Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP. Int Urogynecol J.2013;24:1803-13.

85. Lyman G.H. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline.J Clin Oncol. 2013; 31.

86. Беженарь Ф.В. Дифференциальный подход к выбору метода хирургического лечения пациенток с редкими, осложненными и рецидивирующими формами генитального пролапса автореферат дис. кандидата медицинских наук : 3.1.4.Москва, 2024

87. М.Е. Вирхаут Использование pessaries при влагалищном пролапсе. Журнал Эффективная фармакотерапия 2 2012г

88. Клинические рекомендации – Выпадение женских половых органов – 2024-2025-2026 (11.07.2024) – Утверждены Минздравом РФ

REFERENCES

1. Atlas of Human Anatomy. Frank Natter; translated from English. Edited by L.L. Kolesnikov. -6th edition. - Moscow: GEOTAR-Media. 2018:340-357
2. Bakhaev V.V. Prolapse of the genital organs in women: etiology and pathogenesis. *Obstetrics and Gynecology*. 2009;3:7-10
3. Korshunov M.Yu., Sergeeva I.V. Satisfaction with surgical treatment in women with pelvic organ prolapse: quantification and analysis. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2018;67(6):31-37
4. Radzinsky V.E., Maiskova I.Yu., Dimitrova V.I., Semyatov S.M., Kuchieva Z.R.. Differentiated approach to surgical correction of genital prolapse in women over 60 years old. *Obstetrics and Gynecology* 2012;(4-2):73-7.
5. Surminov E.I., Novikov E.I. Quality of life indicators in women with genital prolapse. *Proceedings of the conference "Perinatal Medicine"*. St. Petersburg. 2025.
6. Fedorova A.A., Korotkikh I.N., Latteva T.N., Maillard C., Rubod C., Nisolle M., Cosson M., Foidart J. Tactics of managing patients with genital prolapse. *Interactive Science*. 2017;2(12):78-80.
7. Adjoussou S.A., Bohoussou E., Bastide S., Letouzey V., Fatton B., de Tayrac R. Functional symptoms and associations of women with genital prolapse. *Prog Urol*. 2014;24(8):511-17. DOI: 10.1016/j.purol.2013.11.015.
8. Giri A., Hartmann K. E., Hellwege J. N., Edwards D. R. V., Edwards T. L. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017;217(1):11-26.
9. Radzinsky V.E., Orazov M.R., Toktar L.R., and others. *Perineology. Aesthetic Gynecology*. Ed. by V.E. Radzinsky. Moscow: Editorial Board of Status Praesens. 2020.
10. Smolnova T.Y. Pathogenetic Substantiation of the Choice of Surgical Correction Method for Genital Prolapse in Women of Reproductive Age. *Abstract of Cand. Sci. (Medicine) Dissertation*. 1999:22.

11. Bacon C.R. Practical Portfolio Performance Measurement and Attribution. – Copyright © 2004 John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England.
12. Iglesia cB, Smithling Kr. Pelvic Organ Prolapse. American Family Physician. 2017;96(3):179–85.
13. Minkin K. V., Zhukova O. V., and Khamzina I. N. Conservative treatment of pelvic organ prolapse in older women. Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2020;20(3):34–40.
14. Soluyanov M. Yu., Lyubarsky M. S., Koroleva E. G., and Rakitin F. A. Errors and complications in surgical treatment of pelvic organ prolapse using synthetic materials. Advances in Modern Natural Science. 2012;(10):48–52.
- 15 Gould M. K., Garcia D. A., Wren S. M. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9 th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012; 141(2):e227s-e277s.
16. Iglesia cB, Smithling Kr. Pelvic organ prolapse. American Family Physician. 2017;96(3):165-85.
17. Bezhenar V.F. Vaginal operations. V.F. Bezhenar, E.I. Novikov, L.V. Vasilenko, E.V. Komlichenko. SPb.: Publishing house "N-L".2013:152.
18. Vasin R.V., Filimonov V.B., Vasina I.V. Genital prolapse: modern aspects of surgical treatment (literature review). Experimental and clinical urology 2017;(1):104-15.
19. Schmidt A.A. Clinical protocols (gynecology). 4th ed., corrected and supplemented. - St. Petersburg: SpetsLit. 2023:110-116
- 20 I. Musin.I. n., Yashchuk A. N.G. N., Zainullina R. N.M. N., Naftulovich R. N.A. N., Popova E. N. M. N., Imelbaeva A. N.G. N. and co-authors. The principle of choosing surgical technologies in the correction of genital prolapse in different age groups. Practical Medicine 2017;(7):111-4.
21. Sinelnikov RD, Sinelnikov Ya.R., Sinelnikov A.Ya., Atlas of Human Anatomy: Textbook.; 2009:284-28.

22. Sinelnikov RD, Sinelnikov Y.R., Sinelnikov A.Ya., Pelvic Organ Prolapse in Women: Modern Aspects of Diagnosis and Treatment. Obstetrics and Gynecology. 2018;4:45-51.
23. Schmidt AA. Clinical Protocols (Gynecology). 4th ed., corrected and enlarged. - St. Petersburg: SpetsLit. 2023:104-110
24. Korshunov M.Yu., Sergeeva I.V., Sazykina E.I., Kuzmin I.V. Efficacy of Prolene Mesh in Patients with Anterior Vaginal Wall Prolapse: A Randomized Controlled Trial. Obstetrics and Gynecology. 2004;6:42–46.
25. Krasnopolsky V. I., Buyanova S. N. Prolapses of the Vagina and Uterus. Diseases of the Cervical, Vaginal, and Vulvar Diseases / ed. V. N. Prilepskaya. Moscow: MEDpressinform. 2003:367–396.
26. Popov A. A. and others. Surgical Treatment of Complicated and Uncomplicated Forms of Genital Prolapse. Proceedings of the II Third Session of the Mother and Child Forum. 2000:39–41.
27. Radzinsky V. E., Shalaev O. N., and others. Sacrospinal colpopexy as a prevention and treatment of genital prolapse through vaginal access. Proceedings of the IV Russian Forum "Mother and Child". 2002; 2:323–324.
28. Khodzhaev G.G. Treatment of recurrent prolapse and prolapse of the internal genital organs in women: Abstract of PhD thesis. 2003.
29. Bump R.C., Norton P.A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. Obstet. Gynaec. Clin. North. Amer. 1998;25(4):723–746.
30. Novikov E.I., Surminov E.I., Vinnikova S.V. The importance of assessing quality of life in surgical treatment of stress urinary incontinence. MEDLINE.RU 2018;19:409–411.
31. Zhukova O.V., Khamzina I.N. Conservative treatment of pelvic organ prolapse in older women. Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2020;20(3):34–40.
31. Radzinsky V.E., Durandin Yu.A., Toktar L.R., and others. Perineology. Moscow: MIA, 2006:320.

32. Semenyuk A.A., Bityukov N.N., and Pospelov I.V. Treatment of patients with urogenital prolapse and urinary incontinence. *Urology*. 2006;1:61–64.
33. Kulakov V.I., Adamyan L.V., Mynbaev O.A., et al. Surgical treatment of prolapse and uterine prolapse. *Operative Gynecology*. 2000: 741–760.
34. Brown J.S., Waetjen L.E., Subak L.L. et al. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002;186:712–716.14.
35. Hale D. S., Fenner D. Consistently inconsistent, the posterior vaginal wall. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;214(3):314-320.
36. Holbrook A., Schulman S., Witt D. M. Evidence-based management of anticoagulant therapy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9 th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2012; 141(2):e152s-e184s.
37. S. Kamoeva, V. N., D. Savchenko, A. N. Ivanova, V. N. Abayeva, H. N. A. N. Modern genetic aspects of pelvic organ prolapse in women. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2013;7(1):17–21.
37. Tupikina N.V., Kasian G.R., Gvozdev M.Yu., Barinova M.N., Pushkar D.Yu. Stress urinary incontinence after surgical treatment of pelvic organ prolapse. *Experimental and Clinical Urology*. 2014; 2:82–87.
38. Yashchuk A.G., Mamaeva A.V. Causes of posthysterectomy genital prolapse. *Kazan Medical Journal* 2008;(4):492-3.
39. Bo K, Hilde G, Stær-Jensen J. et al. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*. 2015;125(3):537–543.
40. Collins S, Lewicky-Gaupp C. Pelvic Organ Prolapse *Gastroenterol Clin North Am*. 2022;51(1):177–193.
41. Bezmenko A.A., Berlev I.V. Etiology and pathogenesis of genital prolapse. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2011;LX(1):129–138.
42. Plekhanov A.N., Bezhenar V.F., Bezhenar F.V., Epifanova T.A., Vysotsky M.M. Possibilities of surgical correction of atypical forms of pelvic organ prolapse. *Endoscopic surgery*. 2025;31(2):35 42.

43. Pushkar D. Yu., Gumin L. M.. Pelvic disorders in women. Moscow: MEDpress-inform. 2006
44. Radzinsky V.E., Shalaev O.N., and others.//Experience with pelvic floor reconstruction in pelvic organ prolapse using the Prolift® system. Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. —Series Medicine (Obstructive and Gynecological). 2007;5:267–270.7. 65.
45. Aleksandrov A. Mesh-less laparoscopic treatment of apical prolapse / A. Aleksandrov, A. V. Smith, B. Rabischong, R. Botchorishvili. Facts, Views & Vision. – 2021;13(2):179–181.
46. Fatton B., de Tayrac R., Letouzey V., Huberlant S. Pelvic organ prolapse and sexual function. Nat. Rev. Urol. 2020; 17 (7): 373–390.
47. Hagen S., Stark D., Glazener C. M., Dickson S., Barry S. J. Individualized pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomized controlled trial. Lancet. 2014;383:796–806.
48. Aylamazyan E.K. Algorithms for diagnostics and surgical treatment of patients with urinary incontinence. Obstetrics and Gynecology. 2007:34-39
49. Russian clinical guidelines for the diagnosis, treatment, and prevention of venous thromboembolic complications. Moscow: Media Sfera Publishing House. 2015:56.
50. Savelyeva G.M., Kurbatskaya E.V., and Vlasova M.Yu. Pelvic organ prolapse in women: modern aspects of diagnosis and treatment. Obstetrics and Gynecology. 2018;4: 45–51.
51. Shalaev O.N. Genital prolapse. Journal of practical obstetrician-gynecologist, 2008; (1): 19–29.
52. Kulakov V.I., Savelyeva G.M., Manukhin I.B. Gynecology. National Guidelines. EditorGeotar-media, 2009; 478-484.
53. Shkarupa D.D. Surgical Reconstruction of the Pelvic Floor in Women with Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (Clinical and Experimental Study). Abstract of a Doctor of Medicine Dissertation. Science 2014: 44.

54. Barber M.D. Epidemiology and Outcome Assessment of Pelvic Organ Prolapse / M. D. Barber, C. Maher. *Int Urogynecol J*. 2013; 11: 1783–1790.
- Plekhanov A.N. A Modern View of Vaginal Surgery of the Uterus — St. Petersburg: Classic-M. 2009: 104.
55. Russian Society of Obstetricians and Gynecologists. All-Russian Public Organization "Russian Society of Urologists" Clinical Guidelines "Prolapse of Female Genital Organs" Moscow: 2023. 49 p.
56. Fedorova A.A., Korotkikh I.N., Lapteva T.N. Tactics of managing patients with genital prolapse. *Interactive Science*. 2017; 2 (12): 78-80.
57. Cervigni M, Natale F. The use of synthetics in the treatment of pelvic organ prolapse. *Curr. Opin. Urol*. 2001;11(4):429–435.
58. Heit JA, Spencer FA, White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016;41(1):3–14.
59. Buyanova SN, Shchukina NA, Zubova ES, et al. Genital prolapse. *Russian Bulletin of Obstetrics and Gynecology*. 2017;17(1):37–45.
60. Shkarupa DD. Brief guidelines for pelvic floor reconstruction using synthetic materials. North-West Center of Pelvioperineology, 2016.
61. Bratzler D. W. Underuse of venousthromboembolism prophylaxis for general surgery patients: physician practices in the community hospital setting. *Arch. Intern. Med*. 1998;158:1909–1912.
62. Adamyan L. V. Modern concepts of surgical treatment of prolapse and pelvic genital prolapse. L. V. Adamyan, M. A. Blinova, B. E. Sashin // *Endoscopy in diagnostics, treatment and monitoring of women's diseases: Proceedings of the International Congress*. 2000:622–635.
63. Radzinsky V. E. Perinatology: diseases of the female perineum in obstetric-gynecological, sexological, urological, and proctological aspects. Moscow: OOO "Medical Information Agency", 2006:336.
64. Carley ME, Turner RJ, Scott DE, Alexander JM. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc*. 1999; 6 (N. I): 85-89.

65. Phlebitis and thrombophlebitis of superficial vessels. Clinical guidelines. Moscow, 2021: 58.
66. Bezhenar VF, Kletsel A. New algorithms for the use of synthetic materials in pelvic floor surgery. J. Obstetrics and Women's Bol. 2006: 71–72.
67. Strizhakova MA. Modern approaches to the diagnosis and surgical treatment of prolapse of female genital organs. Diss. ... Doctor of Medicine. 2001: 28.
68. Shkarupa D.D. Development of a new generation of synthetic implants for surgical correction of pelvic organ prolapse and stress incontinence. Vestnik urologii. – 2022:109–119.
69. Le Gal G, Righini M, Roy P.M., Sanchez O, et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Ann Intern Med. 2006;144 (3);165–71.
70. Kakkar V.V., Balibrea J.L., Martínez-González J. Extended prophylaxis with bemiparin for the prevention of venous thromboembolism after abdominal or pelvic surgery for cancer: the CANBESURE randomized study. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2010; 8:1223–9.
71. Rodionova T. I.. Pelvic organ prolapse in elderly women: management tactics. Obstetrics and Gynecology. 2021;10:68–73.
72. Afanasova E. P. Reconstructive plastic surgery on the pelvic floor for genital prolapse. Abstract of a PhD diss.: 2011:19.
73. Fleischer K, Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. PostReproductiveHealth. 2020;26(2):79–85.
74. Prevention, diagnosis, and treatment of deep vein thrombosis. Recommendations of Russian experts. Phlebology. 2023;17(3):152–296.
75. Totchiev G.F. Gynecological health and quality of life of women after surgical correction of genital prolapse. Abstract of diss. 2006:41.
76. Beer M., Kuhn A. Surgical techniques for vault prolapse: a review of the literature. Europ. J. Obstet. Gynaec. Reprod. Biol. 2005; 119(2):144–155.
77. R. Vasin.V. N. V. Filimonov.B. N. M. Mnikhovich.V. N. A. Kaprin.D. A. Kostin.A. N. I. Vasina.V. N. Morphological structure and immunohistochemical

analysis of the vaginal walls in women with genital prolapse. *Urology* 2019;(6):12-20

78. Plekhanov A.N., Bezhenar V.F., Bezhenar F.V., Epifanova T.A. Advantages of using a modified colpocleisis operation in patients with atypical forms of pelvic organ prolapse. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2024;73(6):142–150.

79. Polyanin D.F., Lukach A.A., Britan M.S., Olkhovikova S.V. Solving the problem of pelvic prolapse using the Prosima system. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2011:67.

80. Radzinsky V.E., Shalaev O.N., Plaksina N.D. and others. The first clinical experience of using the PROLIFT system for pelvic floor reconstruction in surgical treatment of prolapse and prolapse of the internal genital organs. *Obstetrics and Gynecology*. 2007; 2: 61-66).

81. Sturov N.V. Use of bemiparin as a means of preventing venous thrombosis in general surgery and surgical oncology. *Difficult patient*. 2012;12(10):16–20.

82. Tarabrin O.A., Turenko A.V., Shcherbakov S.S. Use of bemiparin in complex prevention and correction of hemocoagulation disorders in patients with uterine cancer at the stages of surgical treatment. *Women's health*. 2010;4 (50):130–133.

83. Shinkarev S.A. Pelvic floor plastic surgery options: advantages and disadvantages (review). A century-old school of personnel, scientific research, and methodological assistance to practical healthcare: Collection of scientific articles. "Scientific Book", 2018:200-202.

84. Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP. *Int Urogynecol J*.2013;24:1803-13.

85. Lyman G.H. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2013; 31.

86. Bezhenar F.V. Differential approach to the choice of surgical treatment method for patients with rare, complicated, and recurrent forms of genital prolapse

Abstract of Candidate of Medical Sciences dissertation: 3.1.4. Moscow, 2024

87. M.E. Vierhout Use of pessaries for vaginal prolapse. Effective Pharmacotherapy Journal, No. 2, 2012

88. Clinical Guidelines – Prolapse of Female Genital Organs – 2024–2025–2026 (July 11, 2024) – Approved by the Russian Ministry of Health