

Ищенко А.А.¹, Ищенко А.И.^{1,2}, Александров Л.С.¹, Гилядова А.В.¹

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОРРЕКЦИЮ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ, В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва;

²Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, 119045, г. Москва

Для корреспонденции: Ищенко Антон Анатольевич – канд. мед. наук, зав. отделением онкогинекологии университетской клинической больницы № 4 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва; e-mail: ra2001_2001@mail.ru

Введение. Пропалс тазовых органов – полиэтиологическое заболевание, проявляющееся смещением матки и стенок влагалища до вульварного кольца или выходом за его пределы. В основе данной патологии лежит функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и мышц тазового дна, к которым приводят различные этиологические факторы – физические, генетические, психологические, возрастные, гормональные, ятрогенные. Пропалс органов малого таза является актуальной проблемой в связи с высокой частотой встречаемости среди женщин как репродуктивного, так и пожилого возраста.

В данной статье рассмотрена эффективность критериев отбора пациенток с различной степенью пролапса гениталий для проведения хирургической коррекции в условиях гинекологического отделения городского родильного дома.

Материал и методы. В выборку испытуемых включены пациентки с исходным, постгистерэктомическим, рецидивным передним и апикальным пролапсом гениталий II–IV степени по классификации POP-Q в возрастной когорте 45–70 лет, не имеющие системных заболеваний, или с компенсированным системным заболеванием, не вносящим существенных ограничений в физическую и социальную активность. В зависимости от выраженности пролапса тазовых органов пациенткам выполнялись различные виды хирургического лечения.

У 5 пациенток с неполным выпадением матки произведена лапароскопическая экстраперитонеальная лигатурная гистеросуспензия и пластика стенок влагалища с использованием сетчатых имплантатов, у 1 пациентки с полным выпадением матки выполнена влагалищная экстирпация матки с экстраперитонеальной кольпосуспензией и пластикой стенок влагалища с использованием сетчатого имплантата. Женщинам со смежной гинекологической патологией (24 пациентки) выполнены лапароскопические (22) и лапаротомические (2) операции по поводу основного заболевания и пластика стенок влагалища (в том числе у 19 больных с использованием сетчатых имплантатов). В одном случае пациентке с элонгацией шейки матки и опущением передней стенки влагалища выполнена модификация Манчестерской операции с использованием сетчатого имплантата. У 3-х пациенток с изолированным опущением передней стенки влагалища выполнена пластика стенки влагалища с установкой сетчатого имплантата.

Результаты. После проведённых хирургических вмешательств не отмечено ни одного интраоперационного, а также раннего или позднего послеоперационного осложнения. Оценка результативности проведённого хирургического лечения, проведённая в сроки от 12 мес до 5 лет, выявила 1 случай рецидива заболевания в виде выпадения культи шейки матки у пациентки 58 лет, с последующим проведением ей промоноксификации культи шейки матки сетчатым имплантатом.

Заключение. Высокая анатомическая (94,4%) и функциональная (96,8%) эффективность проведённого хирургического лечения пролапса органов малого таза позволяют судить об убедительности критериев отбора пациенток для хирургической коррекции пролапса гениталий в условиях гинекологического отделения родильного дома.

Ключевые слова: пролапс гениталий; цистоцеле; элонгация шейки матки; пластика стенок влагалища с использованием сетчатого имплантата; экстраперитонеальная лигатурная гистеросуспензия; экструрзия сетчатого имплантата; Ретцьево пространство.

Для цитирования: Ищенко А.А., Ищенко А.И., Александров Л.С., Гилядова А.В. Возможности проведения хирургических вмешательств, направленных на коррекцию пролапса тазовых органов, в условиях гинекологического отделения городского родильного дома. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2018; 5(2): 83-87.
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-2-83-87>

Ishchenko A.A.¹, Ishchenko A.I.^{1,2}, Aleksandrov L.S.¹, Gilyadova A.V.¹

POSSIBILITIES OF THE IMPLEMENTATION OF SURGICAL INTERVENTIONS AIMED AT CORRECTING THE PROLAPSE OF PELVIC ORGANS, IN THE CONDITIONS OF THE GYNECOLOGICAL DEPARTMENT OF THE MUNICIPAL MATERNITY HOSPITAL

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation;

²V.F. Snegirev Clinic of Obstetrics and Gynecology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119045, Russian Federation

Introduction. Prolapse of pelvic organs is a polyetiological disease, manifested by the displacement of the uterus and the walls of the vagina to the vulvar ring or out of it. At the base of this pathology, there is the functional inconsistency of the ligament apparatus of internal genital organs and pelvic floor muscles occurring due to the impact of various physical, genetic, psychological, age, hormonal, iatrogenic etiological factors. Prolapse of the pelvic organs is an actual problem due to the high incidence of both reproductive and elderly women. This article considers the effectiveness of criteria for selection patients with different degrees of prolapse of the genitals for the implementation of surgical correction in conditions of the gynecological department of the municipal maternity hospital.

Material and methods. The sample included patients with initial, post-hysterectomized, recurrent anterior and apical prolapse of the genitalia of II–IV degree according to POP-Q classification in the age cohort of 45–70 years who do not have systemic diseases, or with a compensated systemic disease that does not introduce significant limitations in physical and social activity. Depending on the severity of pelvic prolapse, patients underwent various types of surgical treatment. In 5 patients with incomplete uterine prolapse, there was performed laparoscopic extraperitoneal ligature hysterostension and vaginal wall plasty using reticular implants, and in the 1 patient with the complete prolapse of the uterus, there was made the vaginal extirpation of the uterus with extraperitoneal colposuspension vaginal walls plasty using a reticular implant.

Women with adjacent gynecological pathology (24 patients) underwent laparoscopic (22) and laparotomic (2) operations for the main disease and the plasty of the vaginal walls (including 19 patients using reticular implants). In one case, a patient with elongation of the cervix and the lowering of the anterior wall of the vagina there was performed a modification of the Manchester operation using a reticular implant. In 3 patients with the isolated prolapse of the anterior wall of the vagina, the vaginal wall plasty was made with the installation of a reticular implant.

Results. After the surgical interventions, no intraoperative, as well as early or late postoperative complications were noted. The evaluation of the effectiveness of the performed surgical treatment according to follow up in the period of from 12 months to 5 years, revealed 1 case of the recurrence of the disease in the form of cervical stump prolapse in a 58-year-old patient managed with succeed promonofixation of the cervical stump with a reticular implant.

Conclusion. The high anatomical (94.4%) and functional (96.8%) efficacy of the surgical treatment of the prolapse of pelvic organs allow judging the persuasiveness of selection criteria for surgical correction of the genital prolapse in conditions of the gynecological department of the maternity hospital.

Key words: prolapse of genitals; cystocele; elongation of the cervix; plasty of the vaginal walls using a reticular; extraperitoneal ligature; hysterostension; reticular implant extrusion; retzius space.

For citation: Ishchenko A.A., Ishchenko A.I., Aleksandrov L.S., Gilyadova A.V. Possibilities of the implementation of surgical interventions aimed at correcting the prolapse of pelvic organs, in the conditions of the gynecological department of the municipal maternity hospital. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal.* 2018; (2): 83-87 (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-2-83-87>

For correspondence: Anton A. Ishchenko, M.D., Ph.D., Head of the Department of Oncogynecology of the University Clinical Hospital No. 4 of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation. E-mail: ra2001_2001@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 22.03.2018

Accepted 24.04.2018

Введение

Пролапс гениталий, или грыжа тазового дна – заболевание, при котором происходит смещение матки и стенок влагалища в сторону вульварного кольца с выходом или без выхода за пределы последнего. В его развитии важную роль играют физические, генетические и психологические факторы. Основные из них – возраст, наследственность, роды и родовые травмы, тяжёлая физическая работа, повышение внутрибрюшного давления, рубцы после перенесённых воспалительных заболеваний и хирургических вмешательств, изменения в продукции половых стероидов, оказывающие влияние на реакцию гладкой мускулатуры, неспособность поперечнополосатой мускулатуры обеспечить полноценность тазового дна и т. д. Под влиянием одного или нескольких из перечисленных факторов наступает функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и мышц тазового дна.

Пролапс органов малого таза на протяжении многих лет продолжает оставаться в центре внимания хирургов и гинекологов в связи с тенденцией к увеличению заболеваемости не только среди пожилых женщин, но и женщин молодого и среднего возраста [1–4]. Частота пролапса органов малого таза варьирует в пределах 15–30% среди женщин репродуктивного и пожилого возраста [5–9]. Наиболее эффективным методом лечения пролапса органов малого таза является хирургический, так как консервативное лечение не предотвращает прогрессирования заболевания, а применение гормо-

нальной терапии может приводить к возникновению ряда осложнений [10–13]. Стоит отметить, что частота рецидивов по данным различных авторов достигает 33,3–40%. В связи с тем, что большая часть пациенток, страдающих пролапсом, – это женщины пожилого возраста с отягощённым соматическим анамнезом, выполнение хирургических операций зачастую возможно только в условиях специализированного гинекологического отделения многопрофильной городской больницы либо гинекологического стационара. Помимо этого, данные операции связаны с длительным наркозом, а также осложнениями (mesh-ассоциированными и общехирургическими). По данным литературы, частота интраоперационных осложнений составляет около 1,9–6,6% (перфорация мочевого пузыря, перфорация париетальной брюшины, кровотечения), послеоперационных осложнений – порядка 0,8–28%, стриктура уретры – 1,3%, гематомы и повреждения кишечника – 0,67%, задержка мочи – 10%. Однако в последнее время в связи с изменением подхода к организации здравоохранения и созданием медицинских кластеров изменяются и возможности родильных домов. Благодаря слиянию ряда отдельных родильных домов с многопрофильным стационаром у врачей появился доступ к самому современному оборудованию. Упростилась возможность подключения к обследованию пациенток ряда узконаправленных специалистов. Всё это в свою очередь позволяет более точно определять объёмы хирургических вмешательств и оценивать их ри-

ски, а значит, расширять показания к хирургическому лечению в рамках родильного дома. Помимо этого появление симуляционных центров позволяет повышать практический опыт врачей акушеров-гинекологов. Всё вышеперечисленное даёт основание рассматривать гинекологическое отделение родильного дома как полноценное хирургическое отделение, в котором возможно проведение хирургического лечения больных, в том числе и сложных категорий.

Цель исследования – определить критерии отбора пациенток, направляемых на хирургическое лечение – коррекцию пролапса тазовых органов, проводимую в условиях гинекологического отделения городского родильного дома.

Материал и методы

Исследование проводилось в гинекологическом отделении родильного дома № 4 Москвы с апреля 2009 г. по май 2014 г.

В исследование включили 34 пациентки, страдающие пролапсом тазовых органов II–IV степени по классификации POP-Q, которым были проведены различные виды корригирующих хирургических вмешательств. Возраст испытуемых колебался в пределах 45–70 лет, средний возраст составил 51,5 года.

Критерии включения в исследование. На амбулаторном этапе проведено полное лабораторное и инструментальное обследование, включавшее в себя анализы крови (общий, биохимический, коагулограмма), электрокардиограмму, рентгенографию органов грудной клетки, эхокардиографию, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, при необходимости магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза, комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) в случае наличия у пациентки «симптомов нижних мочевыводящих путей».

По результатам обследования состояние здоровья пациенток оценивали в соответствии с классификацией соматического статуса Американского общества анестезиологов (ASA). Все пациентки соответствовали 1 или 2 классу: пациенты, не имеющие системных заболеваний, и пациенты с компенсированным системным заболеванием, не вносящим существенных ограничений в физическую и социальную активность.

По форме и выраженности пролапса в исследование были включены больные с цистоцеле при переднем пролапсе II–IV степени, постгистерэктомическим передним и апикальным пролапсом II–IV степени; рецидивом пролапса тазовых органов с развитием цистоцеле при переднем и апикальном пролапсе II–IV степени.

Критерии исключения из исследования: больные с соматическим статусом, соответствующим 3 классу по классификации ASA и выше (пациенты со средне-тяжёлыми и тяжёлыми системными заболеваниями с нарушением функций); поливалентная аллергическая реакция в анамнезе как фактор риска развития реакции отторжения сетчатого имплантата; активная или

латентная инфекция мочеполовой системы или иной локализации; посттравматическая или врождённая деформация костей таза.

Средний возраст пациенток составил $51,5 \pm 1,8$ года. Средний возраст наступления естественной менопаузы составил $50,0 \pm 2,6$ года, медиана – 50 лет. По результатам анализа соматического здоровья у пациенток отмечены следующие отклонения: нарушения сердечного ритма – у 8 (23,5%) пациенток, варикозная болезнь – у 14 (41,2%), недостаточность клапанного аппарата сердца – у 6 (17,6%), грыжи различной локализации – 6 у (17,6%), дискинезия жёлчевыводящих путей – у 10 (29,4%). Сахарный диабет отмечен у 3 (8,3%) пациенток. Ранее перенесли гинекологические операции в объёме тотальной или субтотальной гистерэктомии 5 (14,7%) пациенток; 27 (79,4%) женщин перенесли 2 и более родов. Более чем у половины (61,3%) пациенток отмечены различные травмы мягких родовых путей в анамнезе.

Всех пациенток госпитализировали накануне операции. Подготовку кишечника проводили по стандартной методике. Хирургические вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом у 29 (85,2) пациенток, 4 (11,7%) пациентки прооперированы с использованием спинальной анестезии, 1 пациентке выполнен внутривенный наркоз.

В зависимости от выраженности пролапса выполняли следующие вмешательства. У 5 (14,7%) пациенток, страдающих неполным выпадением матки, произведена лапароскопическая экстраперитонеальная лигатурная гистеросуспензия и пластика стенок влагалища с использованием сетчатых имплантатов. Одной пациентке (2,94%) с полным выпадением матки выполнена влагалищная экстирпация матки с экстраперитонеальной кольпосуспензией и пластикой стенок влагалища с использованием сетчатого имплантата. Среди исследуемых были женщины со смежной гинекологической патологией (24 пациентки), им были выполнены лапароскопические (22) и лапаротомические (2) операции по поводу основного заболевания и пластика стенок влагалища (в том числе у 19 больных с использованием сетчатых имплантатов). В одном случае пациентке с элонгацией шейки матки и опущением передней стенки влагалища выполнена модификация Манчестерской операции с использованием сетчатого имплантата. У 3 пациенток с изолированным опущением передней стенки влагалища выполнена пластика стенки влагалища с установкой сетчатого имплантата.

Результаты хирургической коррекции пролапса тазовых органов оценивали по данным объективного обследования, инструментальных и дополнительных методов исследования, в том числе и УЗИ тазового дна для оценки положения сетчатого протеза. Все пациентки заполняли специальные анкеты-вопросники, специфические в отношении дисфункции тазовых органов (PFDI-20) и качества жизни (PFIQ-7).

Период наблюдения в послеоперационном периоде составил от 12 мес до 5 лет, в среднем 48 мес.

Результаты и обсуждение

Проведён анализ продолжительности вмешательств, интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений, возникших при проведённом хирургическом лечении, длительности реабилитации.

Продолжительность операций различалась в зависимости от выполняемого объёма операции в пределах 80–160 мин и в среднем составила 115 ± 17 мин.

Интраоперационно проводился контроль за гемодинамическими показателями пациенток, в том числе за уровнем артериального давления, оксигенацией. Ни у одной пациентки не отмечено дестабилизации контролируемых показателей.

Общая кровопотеря также различалась в зависимости от объёма хирургического вмешательства. У 6 (17,6%) пациенток кровопотеря составила около 100–150 мл, у 18 (52,9%) – 150–200 мл. Кровопотеря более 200 мл отмечена у 10 (29,5%) пациенток.

По данным литературы, в группе пациенток, у которых применяют синтетические имплантаты, объём кровопотери больше по сравнению с бессетчатыми технологиями. Однако по результатам нашего исследования не выявлено значительной корреляции между объёмом кровопотери при использовании сетчатых протезов или без них.

Ни в одном случае хирургическое лечение не осложнило течение сопутствующей общесоматической патологии, что в свою очередь не потребовало дополнительных консультаций профильных специалистов и перевода пациенток в специализированные отделения.

Применение современных синтетических имплантатов в реконструктивной хирургии тазового дна сопряжено с возникновением не только интраоперационных, но и послеоперационных осложнений, как mesh-ассоциированных, так и общехирургических. Нами не отмечено ни одного случая возникновения значимых гематом промежности, Рециева пространства, тазовой клетчатки. За период наблюдения не выявлено таких осложнений, как эрозия слизистой влагалища, экстррузия сетчатого имплантата, диспареуния. Болевой синдром отмечен в раннем послеоперационном периоде у 3-х пациенток и купирован с применением нестероидных противовоспалительных препаратов. Таких интраоперационных осложнений, как ранение соседних органов, также не отмечено. Отдалённые результаты прослежены в сроки от 12 мес до 5 лет. Рецидив заболевания (через 2 года) наблюдался в 1 (2,4%) случае в виде выпадения культи шейки матки у пациентки 58 лет. Впоследствии ей была выполнена промостофиксация культи шейки матки сетчатым имплантатом.

Долгосрочная (3 года) анатомическая (объективная) эффективность после коррекции пролапса тазовых органов составила 94,4%, функциональная эффективность – 96,8%.

Таким образом, критериями отбора для хирургического лечения генитального пролапса в условиях гинекологического отделения родильного дома являются:

- соматический статус пациентки;
- наличие опыта у хирургического персонала в проведении данных операций;
- использование принципов fast track хирургии и патронажного наблюдения.

Заключение

Проведённый анализ показал, что при соблюдении критериев для отбора пациенток на хирургическое лечение пролапса тазовых органов хирургическое лечение возможно в условиях гинекологического отделения городского родильного дома. Результаты проведённых хирургических вмешательств свидетельствуют о высокой долгосрочной эффективности лечения, а также о низкой частоте возникновения интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Полякова Н.С., Добронецкий В.С. Лечение опущения женских половых органов. *Казанский мед. журнал*. 1990; 71(1): 37-40.
2. Краснополянский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д., Балашов В.П. Диагностика типов недержания мочи у женщин при пролапсе гениталий. *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*. 1999; (3): 20-3.
3. Буянова С.Н., Савельев С.В., Гришин В.Л., Сенчакова Г.Н. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий. *Акушерство и гинекология*. 2001; (3): 39-43.
4. Danielson C.O. Prolapse of the uterus and vagina-clinical and therapeutic aspects; review of six hundred cases. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 1997; 36 (Suppl. 1): 1-129.
5. Кулаков В.И., Бакулева Л.П., Карамышев В.К. Альтернативный подход к хирургической коррекции невраправных положений матки. *Акушерство и гинекология*. 1995; (6): 35-6.
6. Буянова С.Н., Краснополянская И.В., Федоров А.А. *Способ хирургического лечения пролапса гениталий*. Патент РФ № 2242942; 2004.
7. Нестеров Ф.В., Холодков В.А. Опыт хирургического лечения пролапса стенок влагалища с использованием синтетических материалов. В кн.: *Материалы VII Российского форума «Мать и дитя»*. М.; 2005: 463-4.
8. Wattiez A., Canis M., Mage G. Промостофиксация в лечении пролапса гениталий. В кн.: *Кулаков В.И., Адамян Л.В., ред. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней*. М.: Пантори; 2000: 578-92.
9. Vierhout M.E. Diagnosis of uterovaginal prolapse. *Ned. Tijdschr. Geneesk*. 2004; 148(49): 2432-6.
10. Рижинашвили И.Д., Аристов А.С. Корректирующий метод лечения при выпадениях матки и влагалища с применением апоневротического лоскута и его результаты. В кн.: *Краснополянский В.И., ред. Диагностика и реконструктивно-хирургические методы лечения заболеваний репродуктивной системы женщины*. М.; 1998: 55-8.
11. Бакулева Л.П., Кулаков В.И., Карамышев В.К. *Способ лечения нарушений положения матки и опущения стенок влагалища*. Патент РФ № 2036618; 2002.
12. Цой А.С. Модифицированная лапароскопически-ассистированная влагалищная гистерэктомия. *Проблемы репродукции*. 2005; (1): 8-11.
13. Van de Loo J.W. Surgical therapy of uterine prolapse with modified Le Fort Operation. *Ned. Tijdschr. Geneesk*. 1990; 94 (19): 1357-64.

REFERENCES

1. Polyakova N.S., Dobronetskiy V.S. Treatment of the prolaps of female genital organs. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1990; 71(1): 37-40. (in Russian)
2. Krasnopol'skiy V.I., Buyanova S.N., Petrova V.D., Balashov V.P. Diagnosis of types of urinary incontinence in women with prolapse

- of genitals. *Vestnik Rossiyskoy assotsiatsii akusherov-ginekologov*. 1999; (3): 20-3. (in Russian)
3. Buyanova S.N., Savel'ev S.V., Grishin V.L., Senchakova G.N. Some aspects of the pathogenesis of prolapse of the genitals. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2001; (3): 39-43. (in Russian)
4. Danielson C.O. Prolapse of the uterus and vagina-clinical and therapeutic aspects; review of six hundred cases. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1997; 36 (Suppl. 1): 1-129.
5. Kulakov V.I., Bakuleva L.P., Karamyshev V.K. An alternative approach to surgical correction of irreversible uterine positions. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1995; (6): 35-6. (in Russian)
6. Buyanova S.N., Krasnopol'skaya I.V., Fedorov A.A. *The Method of Surgical Treatment of Genital Prolapse*. Patent RF № 2242942; 2004. (in Russian)
7. Nesterov F.V., Kholodkov V.A. The experience of surgical treatment of vaginal walls prolapse with the use of synthetic materials. In: *Materials of the VII Russian forum "Mother and Child". [Materialy VII Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya»]*. Moscow; 2005: 463-4. (in Russian)
8. Wattiez A., Canis M., Mage G. Promontofixation in the treatment of genital prolapse. In: *Kulakov V.I., Adamyan L.V., ed. Endoscopy in the diagnosis, treatment and monitoring of female diseases. [Endoskopiya v diagnostike, lechenii i monitoringe zhenskikh bolezney]*. Moscow: Pantori; 2000: 578-92. (in Russian)
9. Vierhout M.E. Diagnosis of uterovaginal prolapse. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2004; 148 (49): 2432-6.
10. Rizhinashvili I.D., Aristov A.S. Corrective method of treatment for uterus and vaginal prolapse with aponeurotic flap and its results. In: *Krasnopol'skiy V.I., ed. Diagnosis and reconstructive-surgical methods of treatment of diseases of the reproductive system of a woman. [Diagnostika i rekonstruktivno-khirurgicheskiye metody lecheniya zabolevaniy reproduktivnoy sistemy zhenshchiny]*. Moscow; 1998: 55-8. (in Russian)
11. Bakuleva L.P., Kulakov V.I., Karamyshev V.K. *A Method for Treating Disorders of the Uterine Position and the Descent of the Walls of the Vagina*. Patent RF № 2036618; 2002. (in Russian)
12. Tsoy A.S. Modified laparoscopically-assisted vaginal hysterectomy. *Problemy reproduktivnoy sistemy zhenshchiny*. 2005; (1): 8-11. (in Russian)
13. Van de Loo J.W. Surgical therapy of uterine prolapse with modified Le Fort Operation. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 1990; 94 (19): 1357-64.

Поступила 22.03.2018

Принята к печати 24.04.2018