

АННОТАЦИЯ

на диссертационную работу
Меирмановой Алии Оналбаевны на тему: «Дифференцированный
подход к реконструктивно-пластической хирургии генитального
пролапса и сочетанной гинекологической патологии у женщин в пери- и
постменопаузе» представленную на соискание степени
доктора (PhD) по специальности 8D10141 — «Медицина»

Научные консультанты:

д.м.н., профессор,
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии
КазНУ имени аль-Фараби,
главный научный сотрудник НАО
«Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии»
Курманова Алмагуль Медеубаевна

д.м.н., профессор кафедры
акушерства и гинекологии
с курсом клинической генетики
НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова»
Омарова Гульжахан Кашкинбаевна

Зарубежный консультант:

д.м.н., профессор
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1
Бухарского Государственного медицинского института
им. Абу Али ибн Сино (г. Бухара, Узбекистан)
Ихтиярова Гульчехра Акмаловна

Актуальность темы исследования

Существует устойчивая тенденция к росту распространённости ПТО во многих странах мира, связанный с увеличением продолжительности жизни и деторождения, что может стать проблемой глобального масштаба [1, 2]. С увеличением продолжительности жизни число женщин, обращающихся за медицинской помощью, в том числе хирургической, значительно растет [1].

Генитальный пролапс (опущение и выпадение тазовых органов) и стрессовое недержание мочи остаётся одной из наиболее актуальных проблем в современной гинекологии, особенно среди женщин в пери- и постменопаузе. Пролапс тазовых органов (ПТО) у женщин является полиэтиологическим заболеванием, возникающим вследствие опущения или выпадения органов малого таза вследствие дистрофии и несостоятельности связочного аппарата матки и мышц тазового дна, повышения внутрибрюшного давления [2-5].

Прогнозируется, что к 2050 году число женщин, страдающих симптоматическим пролапсом тазовых органов, увеличится примерно на 50% [3]. Согласно базе данных MarketScan Commercial Claims and Encounters (США), предполагаемый риск хирургического вмешательства по поводу ПТО и НМ у женщин в возрасте 80 лет составляет 20,0% [3].

Нынешняя популяция женщин проводит одну треть своей жизни в возрастном периоде пери- и постменопаузы, а возраст является одним из наиболее значимых факторов риска развития генитального пролапса. Тем не менее, несмотря на возрастную предрасположенность, генитальный пролапс не следует рассматривать исключительно как проблему пожилого возраста, так как на долю пациенток до 45 лет приходится до 37,5% больных [3, 4, 5]. В настоящее время отмечается тенденция к омоложению пациенток с выпадением женских половых органов, средний возраст которых не превышает 50 лет, среди которых удельная частота женщин репродуктивного возраста достигает 26%.

У женщин в пери- и постменопаузе с ГП нередко встречается сопутствующие гинекологические заболевания и могут быть самостоятельным показанием к проведению хирургического лечения.

Современная гинекологическая практика всё чаще сталкивается с пациентками, у которых наряду с генитальным пролапсом имеются множественные гинекологические заболевания, такие как генитальный эндометриоз, миома матки, новообразования яичников и маточных труб, спаечная болезнь, гиперпластические процессы эндометрия, патология шейки матки. По данным литературы, у 18–30% больных с миомой матки отмечается сочетание с генитального пролапса различной степени, а у 10–35% с наличием миомы отмечается недержание мочи, в 45% случаев у женщин генитальный эндометриоз сочетается с миомой матки.

Возможности предоперационного обследования пациенток с генитальным пролапсом характеризуются высокой диагностической точностью, что позволяет выявлять не только основную патологию, но и сопутствующие гинекологические заболевания, также требующие хирургической коррекции. В подобных случаях перед врачом, принимающим решение о хирургическом лечении ГП, встает

задача выбора наиболее рационального метода одномоментного оперативного лечения у пациенток, имеющих не одну, а несколько заболеваний органов малого таза. Это требует индивидуализированного подхода с учётом возраста, соматического и гинекологического статуса женщины, а также применения современных малоинвазивных технологий [7].

Таким образом, наличие сочетанной гинекологической патологии у женщин с ГП существенно усложняет не только клиническую картину, но и планирование объема хирургического лечения, так как сочетание генитального пролапса с сопутствующей гинекологической патологией у пациенток в пери- и постменопаузе требует дифференцированного подхода к проведению хирургического лечения. Это подчёркивает необходимость мультидисциплинарного подхода и комплексного планирования хирургического лечения у данной категории пациенток.

Цель исследования:

Усовершенствование реконструктивно-пластической хирургии у женщин с генитальным пролапсом и сочетанной патологией репродуктивных органов в пери- и постменопаузе.

Задачи исследования:

1. Изучить медико-социальные и клинические характеристики пациенток с генитальным пролапсом и сочетанной патологией репродуктивных органов в пери- и постменопаузе.

2. Разработать и внедрить алгоритм персонализированной, одномоментной реконструктивно-пластической хирургии у женщин в пери- и постменопаузе в зависимости от вида, степени генитального пролапса и сопутствующей гинекологической патологии.

3. Изучить преимущества индивидуального подхода к одномоментной хирургической коррекции у женщин с генитальным пролапсом и сочетанной гинекологической патологией в пери- и постменопаузе (ЛАВГ/ВГ + пластика тазового дна).

4. Провести сравнительную оценку качества жизни у женщин после одномоментного хирургического лечения генитального пролапса и сочетанной патологии репродуктивных органов малого таза в пери- и постменопаузе.

Методы исследования: Материалом исследования явились пациентки с ГП и СИ, имеющих в анамнезе сочетанную гинекологическую патологию, подлежащих хирургической коррекции.

Был проведен ретроспективный анализ 350 историй болезни пациенток с диагнозом ГП, СИ с сочетанными гинекологическими заболеваниями находившихся на стационарном лечении в клиниках города Алматы - ГККП на ПХВ «Городская клиническая больница №7», АО «Medical Park», АО «Центральная клиническая больница», НЦАГП, ГККП на ПХВ «Городская клиническая больница №1», ГКП на ПХВ «Городской родильный дом №1», ГКП на ПХВ «Городской родильный дом №5» в период 2018-2022 гг.

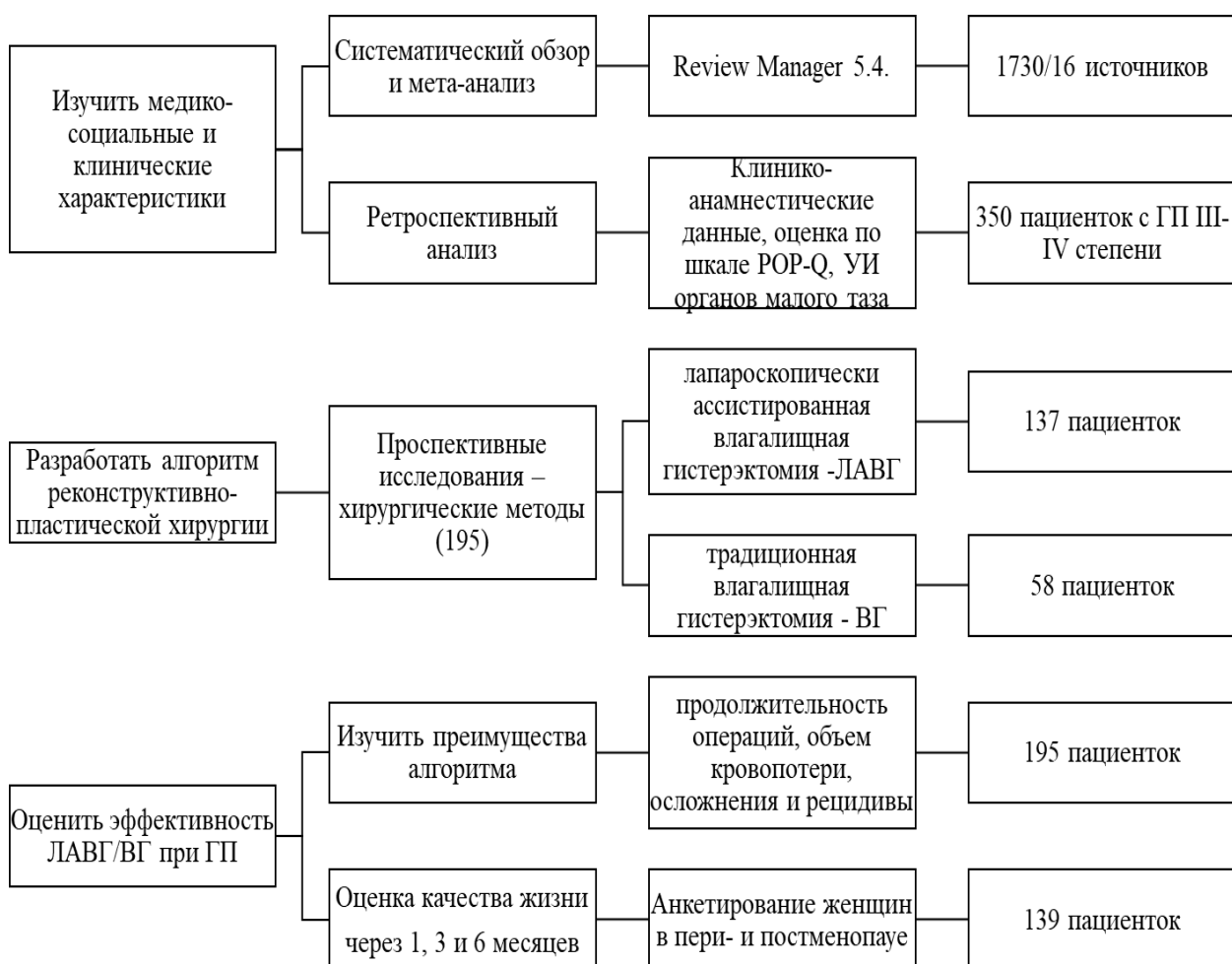
На следующем этапе для дальнейшего обследования отобрано 195 пациенток из 350 госпитализированных пациенток с различными формами генитального

пролапса, что составило 50% выборки. Обследование проводились на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом клинической генетики Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова (таблица 2.1).

Объем исследования пациенток с ГП и СИ

Исследования	Всего
Клинические	195
Градация степени ГП по шкале POP-Q	195
УЗИ органов малого таза	195
УЗИ тазового дна	50
Анкетирование по опроснику «Самооценка качество жизни женщин с генитальным пролапсом и сопутствующей гинекологической патологией»	139
Оценка динамики качества жизни и уровня активности (I-COL, PFDI-20)	60

Для решения поставленных задач был разработан дизайн исследования



Изучены медико-социальные и клинические особенности женщин с генитальным пролапсом и сопутствующей гинекологической патологией в перименопаузальном и постменопаузальном периоде. Проанализированы такие факторы, как возраст пациенток, анамнез тяжёлого физического труда, высокая степень паритета, особенности соматического и репродуктивного анамнеза, наличие обменно-эндокринных нарушений (в частности, ожирения), а также гормональные изменения, характерные для менопаузального перехода. Также установлена высокая распространённость сопутствующей гинекологической патологии, утяжеляющей клиническое течение заболевания.

Обследование проводилось в литотомическом положении пациентки. В данном положении осуществлялись: осмотр наружных половых органов, проба Вальсальвы и кашлевой тест для оценки функционального состояния органов малого таза и мочевыделительной системы. Осмотр наружных половых органов включал оценку состояния малых и больших половых губ, преддверия влагалища, половой щели, стенок влагалища, уретры, задней спайки, области заднего прохода и промежности. Оцениваемые параметры включали наличие гиперемии, язв, трещин, зияние, пролапс слизистой, а также высоту промежности, рубцовые деформации и тургор кожи.

Проба Вальсальвы проводилась при натуживании, фиксировалось наличие или усиление пролапса, а также эпизоды непроизвольного подтекания мочи. Кашлевая проба заключалась в последовательных кашлевых толчках на фоне полного вдоха. Подтекание мочи при кашле расценивалось как проявление стрессового недержания мочи.

Для объективной количественной оценки степени опущения тазовых органов использовалась система Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q, ICS, 1996). Осмотр выполнялся в зеркалах Симпса: с использованием заднего ложкаобразного зеркала и подъемника для оценки степени пролапса передней и задней стенок влагалища. Измерения параметров проводились с использованием сантиметровой линейки или маточного зонда с градуированной шкалой.

В соответствии с системой POP-Q определялись шесть анатомических точек (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp) и три дополнительных маркера (GH, PB, TVL) относительно плоскости гименального кольца. Оценка проводилась при натуживании у всех 195 пациенток с пролапсом тазовых органов. Также всем пациенткам было выполнено УЗИ органов малого таза, а у 50 женщин дополнительно проведено УЗИ тазового дна для комплексной визуализации анатомических структур.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения GraphPad Prism версии 10 (GraphPad Software Inc.), предназначенного для биомедицинских исследований и анализа данных. Результаты представлены в виде средних значений $\pm$ стандартное отклонение (SD) и диапазонов. Для проверки нормальности распределения применялся тест Шапиро–Уилка. Для анализа количественных данных использовались непараметрические методы: тест Уилкоксона для связанных выборок применялся при сравнении медиан двух зависимых выборок с целью выявления

различий между парными значениями. Для оценки различий между группами применялись как непараметрические, так и параметрические критерии: U-критерий Манна–Уитни, χ^2 -критерий Пирсона, а также корреляционный анализ по Спирмену и Пирсону. Статистическая значимость различий определялась при уровне $p < 0,05$.

В соответствии с Хельсинкской декларацией, для проведения научного исследования получено одобрение локального этического комитета при Казахском медицинском университете «ВШОЗ», номер протокола заседания №1 от 25.09.2019, оно признано этичным и соответствующим всем требованиям медицинской этики и безопасности пациентов.

Объекты исследования: женщины в пери- и постменопаузе с генитальным пролапсом и сопутствующей гинекологической патологией, которым были выполнены различные методы хирургического лечения и реконструкции тазового дна, составили исследуемую группу — 195 пациенток. В зависимости от методов хирургического вмешательства они были распределены на две группы: основную — 137 женщин, которым проведена лапароскопическая ассистированная вагинальная гистерэктомия (ЛАВГ), и сравнительную — 58 женщин, перенесших вагинальную гистерэктомию (ВГ).

Критерии включения: пациентки с подтвержденным диагнозом ГП (II–IV степени) согласно классификации POP-Q, сопутствующие доброкачественные образования внутренних половых органов (миома матки, новообразования яичников, гиперпластические процессы эндометрия, аденомиоз), возраст старше 45 лет, признаки несостоятельности анатомо-функциональных структур тазового дна, подтвержденные данными ультразвукового исследования, дисфункция нижних мочевых путей (стрессовое недержание мочи), подтвержденная данными комплексного уродинамического исследования, пациентки пожилого возраста с высоким риском операции (АГ, ИБС, СД, ХОБЛ в стадии компенсации), в том числе анестезиологическим, из-за сопутствующей соматической патологии.

Критерии исключения: пациентки с острыми воспалительными заболеваниями и обострениями хронических воспалительных процессов урологической, гинекологической и проктологической сферах, с острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей, с высоким риском операции, в том числе анестезиологическим, из-за сопутствующей соматической патологии (АГ, ИБС, СД, ХОБЛ в стадии декомпенсации), с онкологическими заболеваниями органов малого таза (рак шейки и тела матки, яичников и др.), с выраженными психическими расстройствами, которые могут повлиять на восприятие и соблюдение рекомендаций по лечению и реабилитации, ювенильный и детородный возраст, с подтвержденным диагнозом ГП (I степени), согласно классификации POP-Q, врожденные дисплазии соединительной ткани.

Предмет исследования: Особенности одномоментного хирургического лечения генитального пролапса у женщин при наличии сопутствующей гинекологической патологии в пери- и постменопаузе.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Пациентки с генитальным пролапсом и сопутствующей гинекологической патологией в пери- и постменопаузе имеют некоторые медико-социальные и клинические особенности: возраст, занятость в сферах тяжёлого физического труда, высокий паритет, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (многорожавшие, многоплодные, травматичные роды), избыточная масса тела и ожирение, длительное течение ГП и ее тяжёлая степень, наличие стрессовой инконтиненции и сопутствующих хронических заболеваний, таких как сахарный диабет, ХОБЛ, воспалительные заболевания органов малого таза.
2. Разработанный алгоритм персонализированного, одномоментного хирургического лечения пациенток с генитальным пролапсом и сочетанной гинекологической патологией в пери- и постменопаузе способствует повышению эффективности реконструктивно-пластической хирургии тазового дна, позволяет уменьшить объём интраоперационной кровопотери, минимизировать риски послеоперационных осложнений и рецидивов, а также сократить кратность оперативных вмешательств.
3. Совершенствование хирургической тактики при персонализированном, одномоментном выполнении ЛАВГ+реконструктивно-пластических операций у женщин с генитальным пролапсом и сочетанной гинекологической патологией в пери- и постменопаузе способствует не только восстановлению анатомо-функциональных показателей тазового дна, но и устранению сопутствующей гинекологической патологии, что повышает эффективность хирургического лечения, снижает риск рецидивов и отдаленных осложнений, существенно улучшает качество их жизни.

Основные результаты исследования:

По задаче №1. При анализе медико-социальных и клинических характеристик пациенток с генитальным пролапсом и сопутствующей гинекологической патологией в пери- и постменопаузе установлено, что возрастной фактор оказывает значительное влияние на выраженность клинических проявлений и выбор тактики лечения. Наибольший удельный вес составили пациентки в возрасте 60-69 лет 41,0% ($p=0,307$), затем 50-59 лет – 30,3% ($p=0,024$). Следует отметить, что удельный вес пациенток старше 50 лет составил 85,1% (166). Судя по всему, именно этот фактор – возраст на фоне менопаузы является определяющим в развитии ГП и СИ.

Высокий паритет (5 и более беременностей) выявлен как значимый фактор, способствующий развитию генитального пролапса. В группе ВГ он зафиксирован в 79,3% случаев, что достоверно превышает показатели группы ЛАВГ (48,9%).

Высокий индекс массы тела (≥ 30) значительно чаще встречается у пациенток группы ЛАВГ 41.6% по сравнению с группой ВГ 22.4% ($p=0,028$). Это согласуется с данными литературы: ожирение ассоциировано с увеличением внутрибрюшного давления и, как следствие, с более выраженными формами

пролапса, требующими лапароскопической коррекции.

Следует отметить, что дисфункция тазовых органов была у 99,5% пациенток, нарушение мочеиспускания – у 71,3%, нарушение функции кишечника – у 7,2%, сексуальные расстройства - у 23,6%.

Среди репродуктивных и других факторов риска, статистически значимым фактором является менопауза, которая чаще встречается у пациенток с ГП, подвергшихся ВГ. Остальные факторы риска не показывают значительных различий между двумя группами.

Опущение женских половых органов в более тяжелых степенях (3 и 4 степени) преобладает в группе ВГ: 84,5% пациентов имеют 4 степень опущения, что значительно выше, чем в группе ЛАВГ (51,1%). Также в группе ВГ 12,1% пациентов имеют 3 степень опущения, в то время как в группе ЛАВГ — 40,1%. Однако более высокая частота 4 степени в группе ВГ указывает на тенденцию к более выраженному опущению ($p=0,001$).

У большинства пациенток наблюдается выраженная степень деформации и патологической подвижности структур тазового дна, что может требовать дальнейшего хирургического вмешательства. Наиболее распространёнными нарушениями у 31 женщин, являются недостаточность пуборектальной мышцы (62%), у 32 женщин наблюдались различные формы цистоцеле (64%).

По задаче №2. Разработан алгоритм одномоментной, персонализированной, реконструктивно-пластической хирургии у женщин в пери- и постменопаузе в зависимости от вида и степени генитального пролапса и сочетанной гинекологической патологии.

Гистерэктомия проведена у 100 % (195) пациенток с ГП, причем у 70,3% (137) - ЛАВГ с придатками, 29,8% (58) - ВГ без придатков. Для исключения возможных рецидивов ГП у каждой 2-ой пациентки произведена фиксация культи влагалища к крестцово-маточным связкам по Mc-Callow, у каждой 3-ей - субуретральная пликация по Kelly.

Анализ проведенного хирургического лечения выявил, что у 93,5% пациенток с ГП использовались комбинированные реконструктивно-пластические операции на органах малого таза, включающие от 2-х до 8-и операций в зависимости от стадии ГП.

По задаче №3 Среди 195 пациенток с ГП и СИ наиболее часто встречались следующие сопутствующие гинекологические заболевания: миома матки — у 117 пациенток (60%), эндометриоз — у 57 пациенток (29,2%), новообразования яичников — у 29 пациенток (15%), гиперплазия эндометрия — у 16 пациенток (8,2%). Комбинированные патологии были выявлены у 75% пациенток. Из них сочетание эндометриоза и миомы матки было обнаружено у 98 пациенток (50,3%), миомы матки и образований яичников — у 23 пациенток (11,8%), миомы матки и гиперплазии эндометрия — у 12 пациенток (6,2%). Комбинированные патологии, такие как эндометриоз с миомой (51,1% в группе ЛАВГ и 48,3% в группе ВГ, $p = 0,719$), миома с образованием яичника (13,1% и 8,7% соответственно, $p = 0,371$) и миома с гиперплазией эндометрия (6,6% и 5,1% соответственно, $p = 0,694$), также не продемонстрировали достоверных различий

между группами. Помимо гинекологической патологии, у обследованных пациенток с генитальным пролапсом также выявлялись сопутствующие соматические заболевания. Наиболее распространёнными из них были: у 46,7% женщин - хроническая артериальная гипертензия (ХАГ), у каждой четвёртой пациентки - избыточная масса тела и ожирение (по индексу массы тела — ИМТ), у 13,3% обследованных - ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Проведения ЛАВГ потребовало значительно больше времени (в среднем 2 часа 30 минут $\pm$ 50 минут) по сравнению с проведением ВГ (в среднем 1 час 37 минут $\pm$ 44 минут), что показало статистическую значимость при сравнении различия длительности между этими группами ($P < 0,001$).

Кровопотеря в ходе хирургического лечения составило от 100 до 500 мл со средним объемом кровопотери 168 $\pm$ 87,6 мл. При проведении ЛАВГ объем кровопотери составил 127,6 $\pm$ 64,3 мл, а при проведении ВГ объем кровопотери составил 185,3 $\pm$ 90,7 мл, что так же показало статистическую значимость при сравнении различия между этими группами ($P < 0,001$).

Частота инфекционных осложнений была достоверно выше в группе ВГ (6,89%) в сравнении с группой ЛАВГ (1,46%, $p = 0,044$), что может быть связано с особенностями доступа и обработки тканей. Повреждение соседних органов (в одном случае — мочевого пузыря) отмечено только при ВГ, но статистической значимости это отличие не достигло ($p = 0,123$).

Через 6 месяцев после вмешательства анатомическое восстановление тазового дна было достигнуто у большинства пациенток обеих групп: в 96,35% случаев после ЛАВГ и в 89,66% после ВГ, статистическая значимость различий отсутствует ($p = 0,064$).

По задаче №4. Было проведено анкетирование для оценки качества жизни у женщин в пери- и постменопаузе с генитальным пролапсом и сочетанной гинекологической патологией.

В группе ЛАВГ наблюдается более значительное улучшение чем в группе ВГ, с более высоким процентом пациенток с отличной самооценкой через 6 месяцев 53,5% против 28,9% ($p=0,001$). В обеих группах доля пациенток с оценкой "хорошая" высока, но динамика перехода из "хорошо" в "отлично" в группе ЛАВГ выражена сильнее.

В опросе приняли участие 195 женщин до операции, 30 женщин после операции через 3 месяцев. Таким образом, по сравнению с исходными данными, наблюдалось резкое снижение выраженности тазовых симптомов, особенно в категории «выраженная степень», доля которой снизилась с 70,3% до 0%. Это свидетельствует о высокой эффективности проведённого хирургического вмешательства.

Пациентки из группы ЛАВГ в большей степени удовлетворены результатами лечения (88,1%) по сравнению с группой ВГ (76,3%), что указывает на более высокую эффективность ЛАВГ.

Научная новизна результатов исследования:

1. Детализированы медико-социальные и клинические особенности женщин в пери- и постменопаузе с генитальным пролапсом в сочетании с другой

патологией репродуктивных органов малого таза.

2. Разработан и внедрен алгоритм одномоментного хирургического лечения с учетом вида и степени генитального пролапса, сопутствующей гинекологической патологии, возрастных особенностей женщин в перименопаузе/постменопаузе, позволяющий устранить рецидивы и отдаленные риски для их здоровья «Методология ведения пациенток с генитальным пролапсом, стрессовой инконтиненцией и сопутствующей гинекологической патологией» №58440 от 22.05.25.

3. Изучены преимущества комбинаций лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомией (ЛАВГ) с реконструктивно-пластической хирургией тазового дна относительно вагинальной гистерэктомии (ВГ) у женщин с генитальным пролапсом и сопутствующей гинекологической патологией в пери- и постменопаузе.

4. В сравнительном аспекте оценено качество жизни у женщин после одномоментного хирургического лечения генитального пролапса и сопутствующей гинекологической патологией в пери- и постменопаузе (ЛАВГ+реконструкция тазового дна) относительно группы женщин с ВГ. С использованием разработанных нами опросников «Адаптированный специализированный опросник I-COL для оценки влияния недержания мочи на качество жизни пациентов» №58436 от 22.05.2025 и «Адаптированный опросник PFDI оценки нарушения функции тазового дна у женщин» №58359 от 21.05.2025.

Теоретическая значимость:

Расширение и систематизация научных представлений о патогенезе генитального пролапса с сочетанной гинекологической патологией и стрессовой инконтиненции в контексте репродуктивных факторов риска. Выявленные значимые предрасполагающие факторы, ведущие к развитию пролапса тазовых органов, позволяют обосновать необходимость комплексной оценки сопутствующей гинекологической патологии при планировании хирургического лечения.

Разработка, апробация и внедрение одномоментного хирургического метода лечения генитального пролапса и стрессовой инконтиненции, учитывающего анатомо-функциональные особенности и сопутствующую гинекологическую патологию, способствует формированию нового подхода к коррекции данных нарушений. Результаты исследования могут служить теоретической основой для дальнейших научных разработок в области реконструктивно-пластической хирургии органов малого таза, урогинекологии и персонализированного подбора тактики лечения.

Практическая значимость:

1. Проведение оптимальной комбинации реконструктивно-пластических операций на тазовом дне с гистерэктомией позволит улучшить качество жизни пациенток, восстановить функцию смежных органов, устранить стрессовую инконтиненцию, визуализировать очаги генитального эндометриоза, спаечного процесса и одномоментно удалить сопутствующую гинекологическую патологию (миому матки, образования яичников и маточных труб), а также

минимизировать риски рецидивов и повторных оперативных вмешательств.

2. Разработана и внедрена унифицированная оценочная шкала для определения вида и степени генитального пролапса у женщин с сопутствующей гинекологической патологией в пери- и постменопаузе с целью проведения оптимального хирургического вмешательства на органах малого таза. Применение разработанной унифицированной оценочной шкалы облегчает и повышает достоверность диагностики вида и степени ГП, соответственно может быть рекомендована для широкого применения в клинической практике гинекологов, урогинекологов.

3. Разработаны рекомендации по использованию одномоментного подхода к хирургическому лечению генитального пролапса у женщин, имеющих сочетанную гинекологическую патологию: пересмотрены и внедрены Клинические протоколы «Выпадение женских половых органов» (2025), «Стрессовое недержание мочи у женщин» (2025).

Личный вклад докторанта: автором лично сформировано направление и программа исследования, проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме. Составлена программа сбора и обработки материала. Все операции ЛАВГ и ВГ выполнены автором лично (ассистент и хирург). Выполнена статистическая обработка данных, проведена интерпретация и обсуждение результатов, сформулированы положения, выносимые на защиту, а также сделаны выводы и даны практические рекомендации. Кроме того, пересмотрены и внедрены в практическое здравоохранение клинические протоколы: «Выпадение женских половых органов» и «Стрессовое недержание мочи у женщин» №239 от 29.09.2025.

Выводы

1) Медико-социальные и клинические особенности женщин с генитальным пролапсом и сочетанной патологией репродуктивных органов малого таза в пери и постменопаузе: 85,1% пациенток в возрасте 50 лет и старше, средний возраст 58,6 лет, у 17,4% пациенток профессиональная деятельность была связана с тяжёлым физическим трудом, большинство с высоким паритетом, каждая третья многорожавшие, у 30,8% - травмы родовых путей, у 41,6% высокий индекс массы тела, у 100% пациенток отмечалась длительная продолжительность ГП (1-5 лет), причём, у каждой второй пациентки - более 2-х лет, у двух/трети пациенток наблюдались хронические соматические заболевания, такие как ХАГ - 46,7%, обменно-эндокринные заболевания (ожирение, сахарный диабет) - 20,51%, ИБС - 13,3%. У женщин с генитальным пролапсом в пери-, постменопаузе высокая частота сопутствующих гинекологических заболеваний, иногда нескольких: миома матки - у 60% пациенток, генитальный эндометриоз — у 29,2%, новообразования яичников – у 15%, гиперпластические процессы эндометрия - у 8,2%.

2) У пациенток с генитальным пролапсом в пери-, постменопаузе, оперированных с использованием ЛАВГ, достоверно чаще отмечалась сопутствующая гинекологическая патология: миома матки (63,8% против 58,4% в группе ВГ, $p = 0,482$), генитальный эндометриоз (32,9% против 20,7%, $p = 0,088$), образования яичников (16,1% против 12,1%, $p = 0,679$).

3) Внедрение персонализированной стратегии одномоментного хирургического лечения пациенток с ГП и сопутствующей гинекологической патологией (ЛАВГ с последующей пластикой тазового дна) достоверно улучшило клинические результаты относительно ВГ за счет объёма кровопотери (64,3 против 90,7), ранней послеоперационной реабилитации (53,5% против 28,9% у женщин с ВГ) и оптимальной комбинации: ЛАВГ у 91,4%, ЛАВГ с придатками (43,8%), кульдопластика (34%), транспозиция мочевого пузыря (42,1%), пликация уретры и передняя/задняя кольпотомия/ррафия (82,8%), леваторо-, перинеопластика (58,1%) пациенток.

4) У пациенток с генитальным пролапсом и сочетанной гинекологической патологией в пери- и постменопаузе с индивидуализированным подходом (ЛАВГ + реконструктивно-пластические операции на органах малого таза) качество жизни женщин через 6 месяцев достоверно лучше, чем в группе с ВГ, что проявлялось высокой степенью удовлетворённости лечением (94,2% против 87,9% в группе с ВГ), достоверным снижением клинических проявлений дисфункции тазовых органов с 70,3% до 0%.

Апробация результатов диссертации:

Основные положения и результаты работы неоднократно докладывались на Международных и Республиканских Научно-практических конференциях:

1. «Дифференцированный подход к реконструктивно-пластической хирургии генитального пролапса у женщин» (V Международный научно-образовательный форум «Ана мен бала» Алматы, 2022);
2. «Стрессовая инконтиненция у женщин генитальным пролапсом в пери- и постменопаузе: горизонты лечения» (II Центрально-азиатский конгресс урологов САСУ-23. Междисциплинарный подход в лечении урологических заболеваний Алматы, 2023);
3. «Стрессовая инконтиненция и генитальный пролапс» (XII Международный конгресс КАРМ Алматы, 2024);
4. «Лапароскопически ассистированная влагалищная гистерэктомия в комплексном лечении генитального пролапса у женщин с сопутствующей гинекологической патологией: клинический опыт (Международной научно-практической конференции Science and Youth: Conference on the quality of medical care and health literacy, КМУ ВШОЗ Алматы, 2024);
5. «К вопросу рационального лечения стрессовой инконтиненции и генитального пролапса у женщин» (Қазақстан Республикасындағы босандыру қызметінің өзекті сұрақтары: мәселелері мен шешім жолдары. Халықаралық қатысуымен Республикалық ғылыми-тәжірибелік конференция Алматы, 2024).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 5 печатных работ, из них 1 **статья** с импакт-фактором в журнале, индексируемом в базе данных Scopus:

1. Electronic Journal of General Medicine. 2023, 20(2), em446 e-ISSN: 2516-3507. Review Article, процентиль - 78%, CiteScore 3.3 «Surgical management of genital prolapse and combined gynecological pathologies in women: A meta-

analysis»;

а также 2 **статьи** в журналах, рекомендованных Комитетами по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан:

1. Реконструктивно-пластическая хирургия генитального пролапса у женщин в пери- и постменопаузе (обзор литературы) ВЕСТНИК КАЗНМУ №1 (64) – 2023 [DOI: 10.53065/p5436-5377-1265-1](https://doi.org/10.53065/p5436-5377-1265-1). ISSN: 2524-0684. e-ISSN: 2524-0692.

2. Индивидуальный подход в хирургическом лечении генитального пролапса у женщин: сравнительный анализ методов и результаты лечения. Репродуктивная медицина (Центральная Азия). 2024;4:122-129. DOI:<https://doi.org/10.37800/RM.4.2024.432>. ISSN: 3078-5057. eISSN: 3078-5065

Две статьи, опубликованные по результатам научных трудов в материалах международных конференций:

1. Медико-социальные аспекты пациенток с генитальным пролапсом. Акушерство, гинекология и перинатология. Алматы. - №1-2, 2019 г.

2. Different treatment tactics of the pelvic organ prolapse according to the type and the degree of the prolapse: A narrative review. Vol. 1 No. 1 (2022): Futurity Medicine: March. E-ISSN: 2956-672X

5 - Свидетельства о внесении в Государственный реестр прав на объекты, охраняемых авторским правом (№31657 от 09.01.2023 года, №55226 от 26.02.2025 года; №58359 от 21.05.2025 года, №58436 от 22.05.2025 года, №58440 от 22.05.2025 года).

Сведения о внедрении:

1. «Гибридная операция по коррекции генитального пролапса и стрессовой инконтиненции у женщин» реализован в практику отделения гинекологии Центральной Городской Клинической Больницы (акт внедрения)

2. «Влагалищная экстирпация культи шейки матки» реализован в практику отделения гинекологии городского родильного дома №5 г.Алматы (акт внедрения)

3. «Операция по коррекции генитального пролапса и стрессовой инконтиненции у женщин влагалищным доступом» реализован в практику отделения гинекологии городского родильного дома №1 г.Алматы (акт внедрения)

4. «Гибридная операция по коррекции генитального пролапса и стрессовой инконтиненции у женщин» также внедрена и реализована в ГЮЛ на ПХВ «Областной Перинатальный центр МЗ». г.Туркестан.

5. «Алгоритм ведения пациенток с генитальным пролапсом и сопутствующей гинекологической патологией с применением лапароскопической влагалищной гистерэктомии (ЛАВГ)» реализован в практику отделения гинекологии НЦАГП, г.Алматы (акт внедрения)

6. Клинические протоколы №239 от 29.09.2025.

– «Выпадение женских половых органов» (пересмотрен и внедрен)

– «Стрессовое недержание мочи у женщин» (пересмотрен и внедрен).

Разработаны подробные рекомендации по применению одномоментного подхода, позволяющего оптимизировать тактику и улучшить исходы лечения.

Внедрения в учебный процесс:

1. Г.К.Омарова, А.О.Меирманова, А.Д.Нисанбаев «Мультидисциплинарное обучение путем командной работы на примере «Топографическая анатомия мочеполовой системы у женщин, интраоперационные риски и урологические ятрогенные осложнения, их профилактика» (сроки внедрения 2020-2022) в симуляционный центр от 21.05.2025г.
2. Г.К.Омарова, Ш.М.Садуакасова, А.О.Меирманова «обучение путем командной работы на примере «Безопасное акушерство: ведение физиологических родов» (сроки внедрения 2020-2022) в симуляционный центр от 21.05.2025г.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из нормативных ссылок, определений, списка сокращений и обозначений, а также 3 глав: введения, обзор литературы, материала и методов исследования, главы результатов собственных исследований, заключения, выводов, приложений. Работа изложена на 116 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 29 таблицами, 2 рисунками, 3 приложениями. Указатель литературы состоит из 80 источников, из них 8 на русском и 72 на иностранных языках.