

ВЫВОДЫ

1. Диагностика гранулематозов ЖКТ невозможна без клинико-anamnestических данных пациента, лабораторной и эндоскопической картины поражений
2. Встречаемость гранулематозных поражений на материале эндоскопических биопсий гистологической лаборатории ЦНИЛ УГМУ составила 0,17% (24 из 14 084 случаев)
3. В нашей выборке чаще всего встречались гранулемы, ассоциированные с ВЗК (46%), на втором месте гранулемы инородных тел (33%), гранулемы при Нр-гастрите (4%), гранулемы с неустановленной этиологией составили - 16% случаев
4. Залог успеха в диагностике заболеваний ЖКТ является работа врачей-специалистов в мультидисциплинарной команде «гастроэнтеролог-эндоскопист-патоморфолог»

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Brown, I. Granulomas in the gastrointestinal tract: deciphering the Pandora's box / I. Brown, M.P. Kumarasinghe // Virchows Archiv. – 2018. – Vol. 472, № 1. – P. 3-14.
2. Kaenkumchorn, T. Ulcerative Colitis / T. Kaenkumchorn, G. Wahbeh // Gastroenterology Clinics of North America. — 2020. — Vol. 49, № 4. — P. 655-669.
3. Comprehensive Review of Infectious Granulomatous Diseases of the Gastrointestinal Tract / S. Amarnath, L. Deeb, J. Philipose [et al.] // Gastroenterology Research and Practice. — 2021. — Vol. 2021. — P. 1-20.
4. Granulomatous ulcerative colitis: a re-appraisal of the mucosal granuloma in the distinction of Crohn's disease from ulcerative colitis / U. Mahadeva, J. P. Martin, N. K. Patel, A. B. Price // Histopathology. – 2002. – Vol. 41, №. 1. – P. 50-55.
5. DeRoche, T. C. Pulse Granulomas of the Gastrointestinal Tract and Gallbladder: Report of Five Cases / T. C. DeRoche, G. A. Gates, A. R. Huber // Case Reports in Pathology. – 2017. – Vol. 2017. — P. 1-5.
6. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: part 1: diagnosis and medical management / F. Gomollón. A. Dignass. V. Annese [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis. – 2017. – Vol. 11, №. 1. – P. 3-25.
7. Crohn's disease versus Yersinia enterocolitica infection—case report—a difficult differential diagnosis / C. M. G. de Almeida, F.C. Maluf, V. P. Lanzoni [et al.] // Journal of Coloproctology. — 2018. — Vol. 38, № 04. — P. 343-345.

Сведения об авторах

Г.В. Перцатий* – студент лечебно-профилактического факультета

В.В. Харькова – ординатор

Г.А. Мороз – врач патологоанатом гистологической лаборатории отдела общей патологии ЦНИЛ УГМУ, ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины

Information about the authors

G.V. Pertsatiy – student of the Faculty of Treatment and Prevention

V.V. Kharkova – postgraduate student

G.A. Moroz – pathologist, assistant professor of Department of Pathology and Forensic Medicine

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

BreadWithPepper@gmail.com

УДК: 616-091.0

ПРИЧИНЫ ГИСТЕРЭКТОМИЙ В СИТУАЦИЯХ MATERNAL NEAR MISS («ЕДВА НЕ УМЕРШАЯ МАТЬ») ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРИЖИЗНЕННЫХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОСЛЕРОДОВЫХ МАТОК

Праздничкова Екатерина Дмитриевна¹, Буров Гордей Леонидович¹, Спирин Алексей Васильевич^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 1 город Екатеринбург»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В связи с достижением низких показателей материнской смертности в Российской Федерации актуальным становится аудит ситуаций maternal near miss (NM). Поскольку одним из критериев NM является гистерэктомия, то при проведении аудита важное значение имеют результаты прижизненных патологоанатомических исследований операционного материала. **Цель исследования** – анализ причин гистерэктомий в ситуациях NM по результатам прижизненных патологоанатомических исследований послеродовых маток. **Материал и методы.** Материалом работы послужили результаты прижизненного патологоанатомического исследования послеродовых маток, удаленных в ситуациях NM в ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» и ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница №1 город Екатеринбург» за период с 2017-го по 2023-й гг. Анализировали клинические данные по историям родов и обменным картам беременных и морфологические данные по протоколам прижизненного патологоанатомического исследования и гистологическим препаратам. Статистическую обработку данных

проводили с помощью программы Microsoft Excel 2016. **Результаты.** Ведущими критическими акушерскими синдромами (КАС), приведшими к ситуации NM и потребовавшими удаления матки, стали кровотечение – 56,67% (n=17), сепсис – 33,33% (n=10) и сочетание сепсиса с кровотечением – 6,67% (n=2). Наиболее частой причиной развития акушерского кровотечения являлась послеродовая субинволюция матки – 7 наблюдений (41,17%). Наиболее частой причиной развития септического процесса в матке служил хориоамнионит, обусловленный длительным безводным периодом (5 случаев – 50%). **Выводы.** Особенностью акушерской патологии в последние годы стала коморбидность, проявляющаяся в смене ведущих факторов патогенеза КАС, в связи с чем при аудите NM целесообразно выделять факультативную и облигатную причины КАС.

Ключевые слова: maternal near miss, критический акушерский синдром, послеродовая матка, прижизненное патологоанатомическое исследование

CAUSES OF HYSTERECTOMIES IN MATERNAL NEAR MISS SITUATIONS ACCORDING TO THE RESULTS OF LIFETIME PATHOLOGO-ANATOMICAL STUDIES OF POSTPARTUM UTERUSES

Prazdnichkova Ekaterina Dmitrievna¹, Burov Gordey Leonidovich¹, Spirin Alexey Vasilievich^{1,2}

¹Ural State Medical University

²Central City Clinical Hospital № 1

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. In connection with the achievement of low maternal mortality rates in the Russian Federation, the audit of maternal near miss (NM) situations is becoming relevant. Since one of the criteria of NM is hysterectomy, the results of lifetime pathological and anatomical studies of surgical material are of great importance in the audit. **The aim** of the study was to analyse the causes of hysterectomies in NM situations according to the results of lifetime pathological and anatomical studies of postpartum uteruses. **Material and methods.** The material of the study was the results of lifetime pathological and anatomical examination of postpartum uteruses removed in NM situations in GBUZ SO "Ekaterinburg Clinical Perinatal Centre" and GBUZ SO "Central City Clinical Hospital No. 1 in Ekaterinburg" for the period from 2017 to 2023. Clinical data on delivery histories and exchange cards of pregnant women and morphological data on protocols of lifetime pathological and histological examination and histological preparations were analysed. Statistical data processing was performed using Microsoft Excel 2016. **Results.** The leading critical obstetric syndromes (CAS) that led to NM and required uterine removal were haemorrhage 56.67% (n=17), sepsis 33.33% (n=10) and combination of sepsis and haemorrhage 6.67% (n=2). The most common cause of obstetric haemorrhage was postpartum uterine subinvolution - 7 observations (41.17%). The most frequent cause of uterine septic process was chorioamnionitis due to prolonged anhydrous period (5 cases - 50%). **Conclusion.** The peculiarity of obstetric pathology in recent years has become comorbidity, which manifests itself in the change of leading factors in the pathogenesis of ASD, in connection with which it is advisable to distinguish facultative and obligatory causes of ASD when auditing NM.

Keywords: maternal near miss, critical obstetric syndrome, postpartum uterus, lifetime pathological examination

ВВЕДЕНИЕ

В связи с достижением низких показателей материнской смертности в Российской Федерации, в последние годы все более актуальным становится аудит ситуаций maternal near miss, определяемых ВОЗ как «тяжело больная беременная или недавно родившая женщина, оказавшаяся при смерти, но выжившая после осложнений, возникших во время беременности, родов или в течение 42 дней после прерывания беременности» [1]. Одним из критериев NM является гистерэктомия (M.E. Reichenheim et al., 2009), выполненная в связи с развитием угрожающего жизни женщины и/или плода осложнения беременности, родов или послеродового периода [2,3]. Прижизненные патологоанатомические (гистологические) исследования удаленных послеродовых маток позволяют уточнить причины и основные звенья патогенеза критических акушерских состояний. В связи с этим анализ причин гистерэктомий, произведенных в ситуациях NM, по результатам прижизненных патологоанатомических исследований операционного материала имеет неопределимое значение при проведении аудита NM, направленного на снижение частоты радикальных акушерских вмешательств и предотвращение случаев материнской смерти, что определяет актуальность настоящей работы.

Цель исследования – провести анализ причин гистерэктомий в ситуациях NM по результатам прижизненных патологоанатомических исследований послеродовых маток.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом работы послужили результаты прижизненного патологоанатомического исследования послеродовых маток, удаленных в ситуациях NM в ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» и ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница №1 город Екатеринбург» за период с 2017-го по 2023-й гг. Патологоанатомические (гистологические) исследования удаленных маток выполнены в патологоанатомическом отделении ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница №1 город Екатеринбург» (заведующий – к.м.н. А.В. Спирин).

Исследуемую группу составили 30 случаев. При выполнении работы анализировали клинические данные по историям родов и обменным картам беременных, а также морфологические данные по протоколам прижизненного патологоанатомического исследования и гистологическим препаратам. По каждому случаю выделяли возраст пациентки, срок беременности и ведущий критический акушерский синдром, приведший к ситуации NM и потребовавший удаления матки, а также вызвавшую его причину. Полученные данные вносили в таблицу и подвергали статистической обработке с помощью прикладной статистической программы Microsoft Excel 2016.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст пациенток составил от 19 до 47 лет (средний – $31 \pm 7,19$). Срок беременности – от 17 до 41 недели (средний $33 \pm 6,62$).

Ведущими АКС, приведшими к ситуации NM и потребовавшими удаления матки, стали следующие: кровотечение – 56,67% (n=17), сепсис – 33,33% (n=10) и сочетание сепсиса с кровотечением – 6,67% (n=2). В двух случаях гистерэктомия выполнялась в плановом порядке – ее причиной послужили вращение плаценты в зоне рубца после кесаревых сечений и предлежание плаценты с вращением ее в стенку матки в зоне рубца после кесаревых сечений.

Наиболее частой причиной развития акушерского кровотечения являлась послеродовая субинволюция матки – 7 наблюдений (41,17%), на втором месте – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – 5 пациенток (29,41%) и на третьем месте – анафилактоидный синдром беременной – 2 пациентки (11,76%). Единичными наблюдениями представлены следующие причины: предлежание плаценты с вращением ее в стенку матки – 1 (5,88%), разрыв матки в зоне рубца после кесарева сечения – 1 (5,88%) и послеродовое гипотоническое кровотечение – 1 (5,88%).

Следует отметить, что из 7 случаев послеродовой субинволюции матки в 4 она последовала после плановых преждевременных оперативных родов по поводу предлежания плаценты в сочетании с ее очаговым вращением в стенку матки в зоне рубца после кесаревых сечений и миомэктомии. Данная патология стала преобладающей в последние два года.

Во всех случаях сепсиса первичным септическим очагом являлась матка. Наиболее частой причиной развития воспалительного процесса в матке служил хориоамнионит (5 случаев – 50%), обусловленный в 4 наблюдениях длительным безводным периодом и в одном наблюдении – внутриутробной гибелью плода. В 2 (20%) наблюдениях причиной развития сепсиса стал неполный инфицированный выкидыш и по одному случаю имели место разные причины, а именно: развитие воспаления на фоне послеродовой субинволюции матки; вследствие плацентита, обусловленного инфарктами плаценты на фоне облитерационной васкулопатии маточно-плацентарных артерий и один случай с неуточненной причиной. В 4 (40%) наблюдениях сепсис протекал в форме септического шока.

В случаях сочетания сепсиса с акушерским кровотечением (n=2) в обоих наблюдениях причиной септического процесса послужил хориоамнионит вследствие длительного безводного периода, а причиной кровотечения – послеродовая субинволюция матки.

Следует отметить, что монокаузальный генез КАС имел место в 14 наблюдениях, что составило 46,67%. Пример: ПОНРП → маточное кровотечение; разрыв матки в зоне рубца после кесарева сечения → кровотечение; длительный безводный период → хориоамнионит/септическая матка. В 53,33% (n=16) наблюдали бикаузальный генез КАС. Пример: предлежание плаценты в сочетании с вращением ее в стенку матки в зоне рубца после

кесаревых сечений → плановые преждевременные оперативные роды → послеродовая субинволюция матки → послеродовое маточное кровотечение. В данном примере предлежание плаценты в сочетании с вращением ее в стенку матки в зоне рубца после кесаревых сечений выступает в роли факультативной (потенциальной) причины кровотечения, а послеродовая субинволюция матки становится облигатной (реальной) причиной послеродового маточного кровотечения. Таким образом, при бикаузальном генезе имеем дело с заменой одного патогенетического фактора другим, в связи с чем при анализе КАС в ситуациях NM считаем целесообразным выделять факультативную (потенциальную) и облигатную (реальную) причины КАС.

В качестве иллюстрации ситуации NM с бикаузальным генезом КАС приводим следующее клинико-морфологическое наблюдение.

Повторнобеременная (настоящая беременность третья), повторнородящая М., 34 лет, поступила в акушерский стационар в неотложном порядке в связи с угрозой преждевременных родов в сроке беременности 33 недели 1 день. Две предыдущие беременности закончились родоразрешением путем кесарева сечения. Течение настоящей беременности осложнилось предлежанием плаценты с УЗИ и МРТ признаками вращающейся плаценты в нижней трети передней и задней стенок матки. После проведенного консервативного лечения, сопровождавшегося положительной динамикой, принято решение об абдоминальном родоразрешении. На 6-е сутки госпитализации в плановом порядке выполнено кесарево сечение корпоральным доступом. Извлечен живой ребенок мужского пола, массой 2280 г, длиной 49 см. Во время операции в области рубца на матке в нижнем сегменте определялось грыжевое выпячивание стенки матки в зоне локализации плаценты. Рубец иссечен вместе с плацентой в пределах здоровых тканей. Плацента отделена. Проведена метропластика.

Ранний послеродовой период протекал без осложнений. Через три часа после окончания операции возникло маточное кровотечение с массивной кровопотерей в форме геморрагического шока, что потребовало для его остановки удаления матки в рамках поэтапного гемостаза. Послеоперационный период после гистерэктомии протекал без особенностей. Пациентка выписана на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Удаленные матка и плацента направлены на патологоанатомическое исследование в патоморфологические лаборатории разных учреждений здравоохранения. При патологоанатомическом исследовании матки в ее нижнем сегменте обнаружены элементы маточно-плацентарного ложа в виде лакунарно трансформированных кровеносных сосудов, элементов плацентарной ткани и инвазивного цитотрофобласта. Маточно-плацентарные артерии имели пустой, не содержащий тромбов и форменных элементов красной крови просвет, в части из них визуализировались сохранившаяся мышечная оболочка, очаговая пролиферация интимы и узкий просвет (рис.4). Вены маточно-плацентарной области также были лакунарно трансформированы, с многочисленными красными тромбами в их просвете – тромбы выполняли просвет венозных лакун преимущественно частично, без полной обтурации (рис.3). Кровеносные сосуды маточно-плацентарной области имели широкий просвет – без признаков сдавления извне. В нижнем сегменте матки, в зоне маточно-плацентарного ложа, визуализировались фрагменты плацентарной ткани с вросшими в миометрий вплоть до сосудистого слоя ворсинами, часть из которых пролабировала в просвет венозных лакун за счет деструкции стенок крупных вен миометрия вследствие замещения их промежуточным трофобластом и фибрином. Зона вращающейся плаценты в миометрий имела неровную границу за счет «бухт» плацентарного ложа, в области которых ворсины непосредственно контактировали с миометрием, элементы децидуальной оболочки в зоне пенетрации ворсин отсутствовали (рис.1). В обнаруженных в матке фрагментах плаценты визуализировались ангиоматоз ворсин и очаговые ишемические инфаркты с наличием в зонах некроза «замурованных» в фибрин некротизированных плацентарных ворсин. В строме нижнего сегмента матки визуализировались также оставшиеся после иссечения элементы рубца в виде очагового разрастания фиброзной ткани с малочисленными кровеносными

сосудами (рис.2). Вне маточно-плацентарной зоны в стенке матки отмечалось острое малокровие сосудистого русла.

Заключение:

Основное заболевание. Субинволютивная матка после плановых преждевременных абдоминальных родов в 34 недели.

Осложнения. Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение (клинически). Острое малокровие сосудистого русла матки. Геморрагический шок (клинически).

Фоновая патология. Полное предлежание плаценты (*placenta previa*) в сочетании с очаговым врастанием ее в стенку матки (*placenta increta*) в зоне рубца после кесаревых сечений в прошлом.

В представленном случае ведущим КАС, приведшим к ситуации «near miss» и потребовавшим удаления матки, стало раннее послеродовое кровотечение с массивной кровопотерей в форме геморрагического шока, обусловленное послеродовой субинволюцией в сочетании с гипотонией матки после плановых преждевременных абдоминальных родов в 34 недели, предпринятых в связи с полным предлежанием плаценты (*placenta previa*) в сочетании с очаговым врастанием ее в стенку матки (*placenta increta*) в зоне рубцовых изменений после нескольких кесаревых сечений в прошлом. Морфологическим маркером послеродовой субинволюции матки в данном наблюдении стал незавершенный (частичный, неполный) тромбоз лакунарно трансформированных кровеносных сосудов маточно-плацентарной области, а морфологическими маркерами гипотонии – истончение и дряблость стенки нижнего сегмента матки в сочетании с широким просветом кровеносных сосудов маточно-плацентарной области, свидетельствовавшим об отсутствии должного сдавления их просвета извне, опосредованного сокращением матки. Причиной послеродовой субинволюции послужила неготовность матки к родам.

Таким образом, в данном случае отчетливо прослеживается бикаузальный генез АКС, а именно: патология в виде предлежания плаценты в сочетании с очаговым врастанием ее в стенку матки в зоне рубца после кесаревых сечений представляла собой потенциальную угрозу развития маточного кровотечения, что позволяет рассматривать ее в качестве факультативной причины КАС, а послеродовая субинволюция матки стала реальной причиной послеродового маточного кровотечения, что позволяет рассматривать ее в качестве облигатной причины КАС.

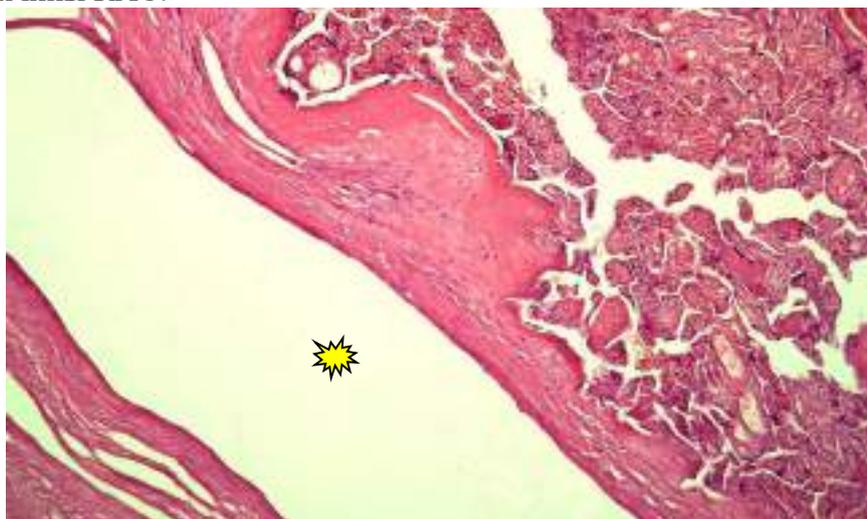


Рис. 1. Зона врастания плаценты в миометрий до сосудистого слоя (*placenta increta*) – пенетрация миометрия ворсинками с наличием бухт плацентарного ложа и отсутствием в зоне пенетрации ворсин децидуальной оболочки; острое малокровие венозного русла матки (пустой, не содержащий форменных элементов крови, просвет вены сосудистого слоя матки). *Окраска гематоксилином и эозином; ×50*
(Звездочкой обозначен просвет лакунарно трансформированной вены сосудистого слоя матки).

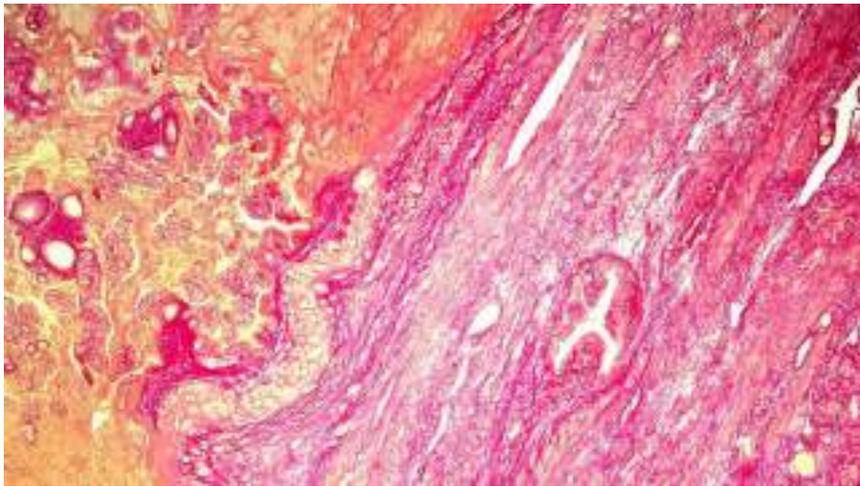


Рис. 2. Маточно-плацентарное ложе: приращение плаценты в зоне фиброзного рубца матки.
Окраска тикрофуксином по ван-Гизону; ×50



Рис. 3. Маточно-плацентарное ложе – лакунарно трансформированные вены с красными тромбами, частично выполняющими их просвет. *Окраска гематоксилином и эозином; ×50*

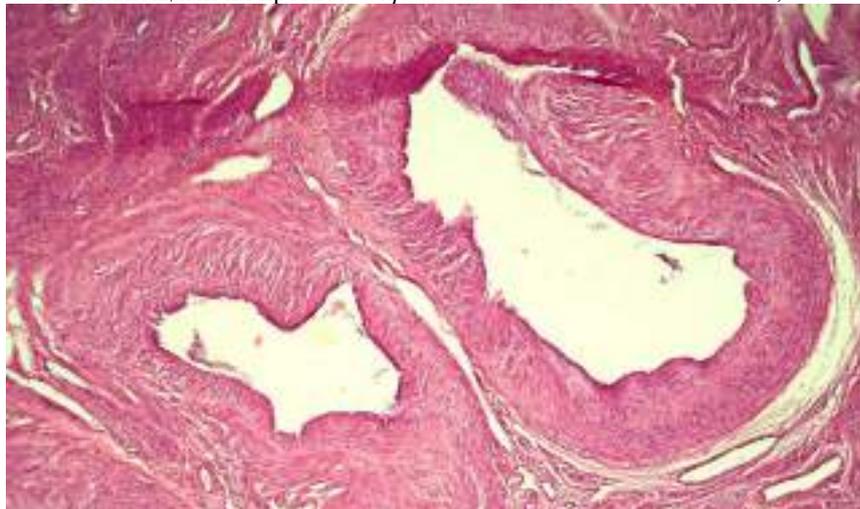


Рис. 4. Маточно-плацентарные артерии: незавершенная гестационная трансформация (сохранившаяся мышечная оболочка, узкий просвет сосудов), морфологические признаки послеродовой субинволюции (отсутствие тромбов в просвете сосудов и отсутствие признаков их сдавления извне вследствие сокращения матки), острое малокровие (пустой, не содержащий форменных элементов крови, просвет сосудов).

Окраска гематоксилином и эозином; ×50

ВЫВОДЫ

1. Ведущими критическими акушерскими синдромами, приводящими к ситуациям maternal near miss с необходимостью гистерэктомии, являются маточные кровотечения и сепсис.

2. Лидирующей причиной маточных кровотечений в последние годы стала субинволюция матки после плановых преждевременных оперативных родов по поводу предлежания плаценты в сочетании с ее очаговым вращением в стенку матки в зоне рубца после кесаревых сечений и миомэктомии.

3. Наиболее частой причиной развития септического процесса в матке служит хориоамнионит, обусловленный длительным безводным периодом.

4. Особенностью акушерской патологии в последние годы стала коморбидность, проявляющаяся в смене ведущих факторов патогенеза акушерских критических синдромов, в связи с чем при аудите ситуаций maternal near miss целесообразно выделять факультативную и облигатную причины акушерских критических состояний.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. WHO maternal death and near-miss classifications / R. Pattinson, L. Say, J. P. Souza [et al.] // Bulletin of the World Health Organization. – 2009. – Vol. 87. – P. 734-734A.
2. Severe acute obstetric morbidity (near-miss): a review of the relative use of its diagnostic indicators / M. E. Reichenheim, F. Zylbersztajn, C. L. Moraes [et al.] // Archives of gynecology and obstetrics. – 2009. – Vol. 280. – P. 337-343.
3. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health / J. P. Souza, J. G. Cecatti, A. Faundes [et al.] // Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – Vol. 88, N 2. – P. 113-119.
4. Профилактика тяжелых акушерских осложнений в условиях мегаполиса / А. С. Оленев, Е. Н. Сонгорова, В. А. Новикова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – Т. 18, №. 6. – С. 9-16.
5. Филиппов, О. С. Материнская смертность в Российской Федерации в 2020 году: первый год пандемии COVID-19 / О. С. Филиппов, Е. В. Гусева // Проблемы репродукции. – 2022. – Т. 28, №. 1. – С. 8-28.

Сведения об авторах

Е.Д. Праздничкова* — студентка педиатрического факультета

Г.Л. Буров – студент лечебно-профилактического факультета

А.В. Спиринов – кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины

Information about the authors

E.D. Prazdnichkova* — Student

G.L. Burov – Student

A.V. Spirin – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**
prazdnichkovakaterina@yandex.ru

УДК 616.62-007.43

ИЗМЕНЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Радомская Мария Алексеевна¹, Богданова Анна Михайловна^{1,2}, Ураков Андрей Владимирович²

¹Кафедра анатомии, оперативной хирургии и топографической анатомии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Генитальный пролапс является важной мировой проблемой в урогеникологии. Заболевание вызывает у женщин физический и психологический дискомфорт. Пролапс не является жизнеугрожающим состоянием, однако в значительной мере ухудшает качество жизни. **Цель исследования** – провести анализ изменений анатомических показателей по системе POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) и качества жизни у пациенток через год после хирургического лечения. **Материал и методы.** Проведен анализ данных анамнеза жизни пациентов, диагноза, а также предоперационных и послеоперационных осмотров, в гинекологическом отделении ГБУЗ СО ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга, с диагнозом генитальный пролапс 3 степени, согласно МКБ-10 N81: пролапс тазовых органов. Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Microsoft Excel. **Результаты.** В исследовании были отобраны пациентки сходные по большинству критериев. Возраст пациенток составил Me 66 (p2563- p7569) лет. **Выводы.** В ходе хирургического лечения восстанавливается анатомически правильная структура тазового дна, возобновляется нормальное положение органов и вследствие этого угасают клинические проявления генитального пролапса, повышается качество жизни пациенток.

Ключевые слова: Генитальный пролапс, пролапс тазовых органов, несостоятельность мышц тазового дна.