

УДК 618.14/.15-007.44-089

ІВАНЕНКО С.В., СЕНЧУК А.Я., ЧЕРМАК І.І.

Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології  
Національної академії медичних наук України»,  
м. Київ

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»,  
кафедра акушерства та гінекології.  
м. Київ

## ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ТА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ПРОЛАПСОМ ГЕНІТАЛІЙ

*Хворі з пролапсом геніталій належать до груп середнього і високого ступеня ризику виникнення тромбоемболічних (ТЕУ) і запальних ускладнень, що обумовлено наявністю генітальних і екстрагенітальних захворювань, ускладненим акушерським анамнезом, урогенітальними та гормональними порушеннями у спо-лученні зі змінами мікробіоценозу піхви.*

**Матеріал і методи дослідження.** Науковий пошук автори зосередили на уточненні факторів ризику тромбоемболічних ускладнень та розробці нових підходів до діагностики і визначенні шляхів підвищення ефективності лікування і профілактики післяопераційних ускладнень у хворих із пролапсом геніталій.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Запропоновано високоєфективний метод оптимізації хірургічного лікування, прогнозування та профілактики ТЕУ та запальних ускладнень після вагінальної гістеректомії у хворих із пролапсом. Суть методу полягає в тому, що до та після черезпіхвової екстирпації матки призначали еластичну компресію нижніх кінцівок, приймання венотоніка, уведення низькомолекулярних гепаринів, антибіотиків та ректально препарату Дістрептаза, який має антитромботичну, протеолітичну і фібринолітичну дію. Упровадження методу в клініку дало змогу скоротити післяопераційний ліжко-день на 2,7 доби, знизити кількість запальних ускладнень на 30%, запобігти ТЕУ у 100% випадків.

**Висновки.** Вважаємо за доцільне широке використання запропонованого методу оптимізації хірургічного лікування, прогнозування та профілактики ТЕУ і запальних ускладнень після вагінальної гістеректомії у хворих з пролапсом. Суть методу полягає в тому, що до та після черезпіхвової екстирпації матки необхідно призначати еластичну компресію нижніх кінцівок, приймати венотоніки, вводити профілактичні дози НМГ, антибіотики та ректально антитромботичний, фібринолітичний і протеолітичний препарат Дістрептаза.

**Ключові слова:** хворі з пролапсом геніталій, лікування, профілактика тромбоемболічних і запальних ускладнень.

У структурі гінекологічної захворюваності опущення і випадіння внутрішніх статевих органів у жінок є достатньо частою (від 15 до 39 % за даними різних авторів) і складною патологією [1,5,6]. Пролапс геніталій найчастіше потребує оперативного лікування, яке може спричинити тяжкі ускладнення, зокрема запальні і тромбоемболічні. Актуальність проблеми пролапсу статевих органів у жінок визначається також стабільно високою кількістю рецидивів після практично всіх видів хірургічної корекції, що досягає 33% [4,7].

Переважає більшість хворих з пролапсом геніталій перебувають у пре- та постменопа-

узальному періоді і мають велику кількість екстрагенітальної патології, порушення урогенітальної, гормональної, імунної, гемостазіологічної та інших систем організму [2,4].

Невчасна і неефективна профілактика і лікування ТЕУ у пацієнток пре- і постменопаузального періоду, які потребують оперативного лікування, досить часто призводить до фатальних наслідків, інвалідизації пацієнток, суттєво підвищує вартість лікування, вимагає великих затрат на реабілітацію і догляд.

У таких випадках, щоб уникнути лапаротомії, деякі автори пропонують проводити

корекцію шляхом черезпіхвової екстирпації матки з наступним укріпленням кукси піхви [1,6,7].

На підставі означеного вище вважаємо, що проблема підвищення ефективності лікування і профілактики післяопераційних ускладнень у хворих із пролапсом геніталій, передусім ТЕУ, має не тільки медичне, а й велике соціальне значення. Необхідно зосередити науковий пошук на уточненні факторів ризику ТЕУ, на розробці нових підходів до діагностики і визначенні шляхів підвищення ефективності лікування і профілактики післяопераційних ускладнень.

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Уточнити фактори ризику тромбоемболічних ускладнень та розробити нові підходи до підвищення ефективності лікування і профілактики післяопераційних ускладнень у хворих із пролапсом геніталій.

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Клінічні спостереження, клініко-лабораторні, інструментальні та лабораторні методи дослідження, оперативне лікування (чрезпіхвова екстирпація матки) проведені 150 пацієнткам із пролапсом геніталій. Хворих розподілено на репрезентативні групи, до яких увійшли хворі з опущенням та випадінням статевих органів, частині з них був запропонований розроблений нами комплекс профілактики післяопераційних ускладнень (I-ша група – 100 пацієнток), а інших вели за загальноприйнятими методиками (II-га група – 50 пацієнток). Контролем слугували дані обстеження здорових жінок (контрольні групи), які перебували в періоді пре- та постменопаузи та звернулися для профілактичного обстеження.

Соматичне і гінекологічне обстеження проводили за загальноприйнятими методиками і схемами. Стан екосистеми піхви визначали за результатами комплексного бактеріологічного обстеження, яке проводили за 10-12 днів до операції, а також на 4-ту добу після операції. Мікроскопію мазків здійснювали після їх фарбування за Грамом.

Визначення стану показників системи гемостазу проводилося на підставі вивчення показників ланок гемостазу: тромбоцитарний (кількість тромбоцитів, їх агрегаційна спроможність та сумарний індекс агрегації тромбо-

цитів – СІАТ, система зсідання (аутокоагуляційний тест, тромбіновий час, протромбіновий індекс, концентрація фібриногену). Стан системи фібрinolізу визначали за такими показниками: плазмовий лізіс, рівень вільного гепарину, активність антитромбіну III, показники етанолового і протамінсульфатного тестів, концентрація розчинного фібрину в плазмі крові.

Ми виділяли групи низького, помірного і високого ризику виникнення ТЕУ. Усі хворі з опущенням та випадінням статевих органів, які перебували під нашим наглядом, віднесені до групи помірного ризику розвитку ТЕУ. При цьому у хворих, яких ми оперували в об'ємі чрезпіхвової гістеректомії, фактором ризику, пов'язаним з операцією і станом пацієнтки, визначався ризик ІА і ІВ. Це обумовлено обсягом оперативного лікування – чрезпіхвова гістеректомія, з відсутністю (А), чи наявністю (В) факторів ризику ТЕУ, пов'язаних із станом здоров'я хворої, а саме: вік старше 45 років, лейоміома, аденоміоз, патологія ендометрію, прийом ЗГТ, надмірна маса тіла, хвороба серця, гіпертензія, варикозна хвороба, захворювання печінки, щитовидної залози та інші екстрагенітальні захворювання.

Спосіб профілактики ТЕУ містив неспецифічну профілактику: еластична компресія нижніх кінцівок і активне ведення хворих. Крім неспецифічної профілактики, обов'язково призначали специфічну профілактику, яка складалася з призначення Фраксипарину у профілактичних дозах (0,3 мл 1 раз/день підшкірно) за 12 годин до операції, наступні 2 ін'єкції робили через 8 і 32 години після операції.

За наявності у хворих обох груп варикозної хвороби їм призначали, як до операції, так і після неї, судинний препарат Флебодія – по 600 мг 1 раз/добу, протягом 2 – 3 місяців.

За відсутності результатів бактеріологічного дослідження виділень з цервікального каналу інтраопераційно призначали антибактеріальні препарати широкого спектру дії (цефтріаксон по 1гр. в/в). З метою профілактики анаеробної інфекції пацієнткам призначали мератин (100мл. в/в одноразово). Призначались також біопрепарати для нормалізації мікрофлори кишківника і піхви, антигістамінні препарати. Хворим пропонували приймати гепатопротектори і збільшену кількість рідини.

Для ліквідації уrogenітальних порушень та покращення показників вагінального здо-

ров'я за 2 тижні до операції і протягом 1-го місяця післяопераційного періоду додатково місцево (у піхву) пацієнткам I-ої групи рекомендували прийом Овестина у вигляді свічок по 0,5 мг/добу. Хворі II-ої групи додатково до застосування місцевої гормональної терапії (Овестин) отримували внутрішньопіхвово Сибітер-2.

Вважаємо, що для підвищення ефективності лікування і профілактики рецидивів пролапса після черезпіхвової екстирпації матки доцільно використання засобів, які нормалізують кровообіг у тканинах зони операції за рахунок розрушення тромбів в судинах мікроциркуляції, що дає змогу значно підвищити доступ у вогнище запалення антибіотиків, власних імунікомпетентних (макрофаги, моноцити, лімфоцити) і поліпотентних клітин. Усі інші варіанти загоєння призводять до вираженого запального процесу в уражених тканинах, формування грубих рубців, рецидивів патології і порушенню якості життя жінки після операції. До таких препаратів належить препарат Дістрептаза, який добре зарекомендував себе в оперативній гінекології [4,8,9,10,11]. Препарат застосовують у формі прямокишечних свічок, що дає змогу отримати достатню концентрацію препарату в тканинах промежини і піхви завдяки потраплянню активних компонентів (стрептокіназа і стрептодорназа) препарату в прямокишечне венозне сплетіння. Патогенетичним обґрунтуванням доцільності призначення Дістрептази є компенсаторні і патологічні процеси, які відбуваються в ушкоджених тканинах піхви і промежини, а саме: у відповідь на ушкодження в тканинах відбувається спазм і утворення тромбів в судинах мікроциркуляції. Це значно зменшує кровообіг і потрапляння антибактеріальних препаратів до уражених тканин, що обумовлює ішемію, уповільнення репарації і хронізацію запалення. Стрептокіназа и стрептодорназа сприяють повному лізісу сгортків крові, гною та їхній елімінації з вогнища запалення, що відбувається за рахунок фібринолітичної та протеолітичної дії, ліквідації набряку, покращення мікроциркуляції, значного збільшення концентрації антибіотиків, поліпотентних, імунікомпетентних клітин у вогнищі запалення, своєчасної репарації, яка настає в 3 рази швидше, що зменшує ризик рецидиву та розвитку спайкових процесів, формування грубих рубців. Дістрептаза клінічно в 3 рази скоріше ліквідує больовий синдром та

дизуричні явища, в 9 разів прискорює ліквідацію запалення, та запобігає розвитку антибіотикорезистентності, у 70% випадків знижує ризик спайкової хвороби.

Дістрептазу призначали ректально з 2-го дня після операції по 1 свічці 3 рази на добу протягом 3-ох днів і по 1 свічці 2 рази на добу протягом 5 днів.

Об'єктивізації отриманих результатів досягнуто шляхом статистичної обробки матеріалів з використанням пакету аналізу Microsoft Excel та за допомогою комп'ютерних програмних продуктів, які входять у пакет Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Akademik OPEN No Level.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Найчастішими скаргами хворих були такі: тяжкість у нижніх ділянках живота, порушення сечовипускання, а також симптоми, які вказували на наявність атрофічного кольпіту. Так, на сухість і свербіж у піхві скарги лось 19,0% пацієнток у періоді пременопаузи та 39,0% пацієнток у постменопаузальному періоді, диспареунія встановлена у 12,0% та 52,0% хворих пременопаузального та постменопаузального періоду відповідно. Частота рецидивних піхвових інфекцій також переважала у хворих з опущенням та випадінням статевих органів, вона діагностована у цих пацієнток відповідно у 18,0 та 63,0%, дизуричні явища діагностовано у 18,0% та 54,0% випадків відповідно у хворих пре- та постменопаузального періоду.

Контактні кров'яністі виділення відзначалися у 6,0% жінок періоду пременопаузи та у 21,0% постменопаузи.

На підставі отриманих нами результатів досліджень вважаємо, що хворі з пролапсом геніталій належать до групи середнього та високого ступеня ризику виникнення ТЕУ, оскільки більшість з обстежених пацієнток - це жінки постменопаузального періоду, а саме у віці більше 50 років знаходиться більше 70,0% хворих.

У хворих з пролапсом геніталій часто діагностують ожиріння (більше 40% обстежених), в середньому у 10% випадків - анемія, у 1,5 рази частіше, ніж у контрольній групі, наявні хвороби серця і гіпертонічна хвороба, більш ніж у 3 рази частіше реєструвалась варикозна хвороба вен нижніх кінцівок і в 2

рази частіше вони страждали на захворювання шлунково-кишкового тракту.

Аналіз даних дослідження дитородної функції обстежених жінок вказує на безпосередню залежність ризику виникнення опущення та випадіння статевих органів від таких факторів: велика кількість пологів, велика маса дітей, наявність індукованих та стрімких пологів, розривів промежини та епізіотомій, оперативних розроджень через природні статеві шляхи. У хворих із пролапсом геніталій частота вище перерахованих факторів значно збільшується.

У постменопаузальному періоді до 5-ти років як наслідок розвитку гіпоестрогенії виникає виражений дисбіоз піхвової екосистеми, що проявляється чисельною поліморфною умовно-патогенною мікрофлорою, переважно за рахунок анаеробних (*Bacteroides species* - 34,4%, *Peptococcus species* - 32,3%) і аеробних мікроорганізмів (*Streptococcus b.Hemolytic* - 29,8%).

Для жінок з тривалістю постменопаузи від 5 до 10 років характерна наявність малої кількості мікрофлори і майже повна відсутність лактофлори.

Нами виявлене різке зростання гіперкоагуляції, яке проявляється у зниженні кількості тромбоцитів та їхній високій агрегаційній здібності. Нами встановлена також тенденція до підвищення показників згортальної системи, про що свідчить максимальна напруга системи гемостазу у хворих пре- і постменопаузального періоду. Нестійка рівновага показників системи гемостазу у таких пацієнток характерна для I фази (гіперкоагуляція) синдрому ДВЗ.

Про переваги застосованого нами методу профілактики післяопераційних ускладнень свідчить той факт, що через 1 місяць після черепіхвової екстирпації I-ий ступінь атрофії слизової оболонки діагностований нами відповідно у хворих, яких ми вели за запропованою нами (I-ша група) і загальноприйнятою методикою (II-га група) у 46 (92,0%) і у 28 (56,0%), II-ий ступінь атрофії у 4 (8,0%) і 19 (38,0%) пацієнток відповідно III-ій ступінь атрофії не виявлений у хворих I-ої групи і діагностований у 3-х (6,0%) жінок II-ої групи.

Бактеріологічне обстеження пацієнток після загальноприйнятого і запропонованого нами лікування свідчить про значне зниження спектру як аеробних, так і анаеробних мі-

кроорганізмів, а також про значне збільшення виявлення випадків з підвищеною концентрацією лактобацил до  $10^4 - 10^5$  КУО/мл у пацієнток I-ої групи. Ми також відзначили в них збільшення частоти виявлення *Lactobacillus species*.

Аналіз стану системи гемостазу на 3-тю добу після вагінальної гістеректомії свідчить про негативний вплив оперативного втручання, наркозу і крововтрати на його показники. Слід також вказати на необхідність здійснення запропонованих профілактичних заходів, які треба починати до операції і продовжувати у післяопераційному періоді. Це підтверджується менш негативними наслідками операції, а також позитивними зрушеннями показників гемостазу на 3-тю добу після операції у пацієнток I-ої групи.

На підставі отриманих даних обстеження пацієнток I-ої групи на 7-му добу післяопераційного періоду можна стверджувати, що запропонований нами метод профілактики ТЕУ є високоефективним, він позитивно впливає на показники судинно-тромбоцитарного і плазматичного гемостазу, а також на систему фібринолізу в післяопераційному періоді.

За недостатньої уваги до профілактичної терапії (II-га група) основні показники судинно-тромбоцитарного та плазматичного гемостазу не приходять до норми, а етаноловий тест на 7-му добу післяопераційного періоду залишається позитивним у 100% хворих.

Аналіз даних літератури, результати власних досліджень і досвід хірургічного лікування пацієнток з пролапсом геніталій дали нам змогу сформулювати наведені нижче висновки.

## ВИСНОВКИ

Пацієнтки з опущенням і випадінням статевих органів належать до групи ризику виникнення післяопераційних ускладнень, передусім запальних та тромбоемболічних.

Пропонуємо розширити показання до проведення черепіхвової гістеректомії і виконувати цю операцію у таких випадках: неповне або повне випадіння матки (метроцеле II-III); симптомна лейоміома матки; рецидивуючі гіперпластичні процеси ендометрію (за неефективності консервативних методів лікування); аденоміоз; загроза виникнення ТЕУ низького, середнього та високого ступеня тяжкості у хворих із пролапсом геніталій; наяв-

ність у пацієнтки в анамнезі лапаротомічних втручань; наявність будь-якої доброякісної чи передракової патології тіла (міо- і ендометрія) і шийки матки; ожиріння II-го та III-го ступеня тяжкості; рубцеві деформації шкіри передньої стінки черевної порожнини, інтраепітеліальна неоплазія шийки матки.

Вважаємо за доцільне широке використання запропонованого методу оптимізації хірургічного лікування, прогнозування та профілактики ТЕУ і запальних ускладнень після вагінальної гістеректомії у хворих з пролапсом. Суть методу полягає в тому, що до та після черезпіхвової екстирпації матки необхідно призначати еластичну компресію нижніх кінцівок, приймати венотоніки, вводити профілактичні дози НМГ, антибіотики та ректально антитромботичний, фібринолітичний і протеолітичний препарат Дістрептаза. Впровадження методу у клініку дозволяє скоротити післяопераційний ліжко-день на 2,7 доби, знизити кількість запальних ускладнень на 30%, попередити ТЕУ у 100% прооперованих пацієнтів.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Банахевич Р.М. Аналіз причин та методи корекції рецидиву ректоцеле / [Р.М. Банахевич, К.В. Воронін, К.Б. Акімова та ін.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2012. – С.15-18.
2. Бенюк В.А. Оптимизация оперативного лечения пролапса гениталий у женщин. / [В.А. Бенюк, Р.В. Довгалев, Я.М. Винярский, В.Н. Гончаренко] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2012. – С. 28-29.
3. Гладчук И. З., «Профилактика спайкообразования после хирургического лечения бесплодных женщин с миомой матки и эндометриозом. Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – №5 (39). – С. 35-39.
4. Григоренко А.П. Гормональный гомеостаз у жінок з випадінням тазових органів / [А.П.Григоренко, О.Г. Шиманська-Горбатюк, Н.С. Шатковська, В.В. Гарбузюк] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – С. 93-96.
5. Грищенко Н.Г. Патогенетические аспекты пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста / [Н.Г. Грищенко, И.А. Васильева, Шамхи Имен и др.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2012. – С. 126-129.
6. Запорожан В.М. Профілактика інфекційних ускладнень при хірургічному лікуванні геніальних пролапсів з використанням синтетичних імплантів / [В.М. Запорожан, І.З. Гладчук, Н.М. Рожковська та ін.] // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2012. – № 1(9). – С. 61-63.
7. Костев Ф.И. Оптимизация лечения урогенитального пролапса у женщин в условиях многопрофильной университетской клиники. / [Ф.И. Костев, О.В. Лукьянчук, А.М. Чайка, В.В. Сажиненко] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – С. 212-216.
8. Потапов В.А. Стратегия ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у женщин с лейомиомой матки / [В.А. Потапов, Эллуми Мутана, Д.Ю. Степанова, П.И. Польщиков] // Здоровье женщины. – 2012. – №10 (76). – С.34-37.
9. Резниченко Г.И. «Эффективность Дистрептази у профилактики послеоперационных осложнений у жінок при экстирпации матки». Здоровье женщины. – 2012. – №1 (67). – С. 153-156.
10. Сенчук А.Я. Профилактика воспалительных осложнений и рецидивов заболеваний шейки матки после их хирургического лечения / [А.Я. Сенчук, С.С. Саврун, В.В. Самсонова] // Здоровье женщины. – 2014. – № 1 (87). – С. 1-6.

Отримано 15.05.2017

#### РЕЗЮМЕ

#### ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

ИВАНЕНКО С.В., СЕНЧУК А.Я.,  
ЧЕРМАК И.И.

Больные с пролапсом гениталий относятся к группе среднего и высокого риска развития тромбоэмболических (ТЕО) и воспалительных осложнений, что обусловлено наличием генитальных и экстрагенитальных заболеваний, осложненным акушерским анамнезом, урогенитальными и гормональными нарушениями в сочетании с изменениями микробиотенноза влагалища.

**Материал и методы исследования.** Научный поиск авторы сосредоточили на уточнении факторов риска ТЭО и разработке новых подходов к диагностике и определению путей повышения эффективности лечения и профилактики послеоперационных осложнений у больных с пролапсом гениталий.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Предложен высокоэффективный метод оптимизации хирургического лечения, прогно-

зирования и профилактики ТЭО и воспалительных осложнений после вагинальной гистерэктомии у больных с пролапсом. Суть метода заключается в том, что до и после чрезвлагалищной экстирпации матки назначали эластическую компрессию нижних конечностей, прием венотоника, введение низкомолекулярных гепаринов, антибиотиков и ректально препарата Дистрептаза, который имеет антитромботическое, протеолитическое и фибринолитическое действие. Внедрение метода в клиническую практику дало возможность сократить послеоперационный койко-день на 2,7 суток, снизить количество воспалительных осложнений на 30%, предупредить ТЭО в 100% случаев.

**Выводы.** Считаю целесообразным широкое использование предложенного метода оптимизации хирургического лечения, прогнозирования и профилактики ТЭО и воспалительных осложнений после вагинальной гистерэктомии у больных с пролапсом гениталий.

**Ключевые слова:** больные с пролапсом гениталий, профилактика тромбоемболических и воспалительных осложнений.

cal treatment, prognosis and prevention of TEC and inflammatory complications after vaginal hysterectomy in patients with prolapsed were recommended. The method consists in the fact that before and after intravaginal hysterectomy we prescribed elastic compression of the lower extremities, introduction of venotonics, using the low molecular heparin, antibiotics and rectal antithrombotic and fibrinolytic drug Dystreptaza. Implementation of the method in the clinic helped to reduce postoperative hospital stay for 2.7 days, reduced the number of inflammatory complications by 30%, to prevent TEC in 100% of cases.

**Conclusions.** We consider that it is expedient to widely use the proposed method for optimizing surgical treatment, predicting and preventing TEC and inflammatory complications after vaginal hysterectomy in patients with genital prolapse.

**Keywords:** patients with genital prolapse, treatment, prevention of thromboembolic and inflammatory complications.

## SUMMARY

### POSTOPERATIVE PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS AND MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH GENITAL PROLAPSE

S.V. IVANENKO,  
A.Y. SENCHUK, I.I. CHERMAK

It was found that patients with genital prolapse are in the medium and high risk groups of thromboembolic (TEC), and inflammatory complications due to the presence of genital and extragenital diseases, complicated obstetric history, urogenital and hormonal disorders in combination with changes in vaginal microbiota.

**Material and methods of investigation.** The authors focused the Scientific Search on clarifying the risk factors for thromboembolic complications and the development of new approaches to diagnosing and identifying the ways to improve the effectiveness of treatment and prevention of postoperative complications in patients with genital prolapse.

**Results of the study and their discussion.** A highly effective method of optimizing surgi-