

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 618.1-007.44-07-089

МОРОЗ
Наталья Валерьевна

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЫШЦ
ТАЗОВОГО ДНА ПРИ НАЧАЛЬНЫХ И ВЫРАЖЕННЫХ
СТЕПЕНЯХ ИХ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология

Минск 2017

Научная работа выполнена в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: **Малевич Юрий Константинович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Официальные оппоненты: **Дивакова Татьяна Семёновна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и переподготовки кадров учреждения образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Куликов Алексей Анатольевич, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Оппонирующая организация: учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится 22 марта 2017 года в 12⁰⁰ на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.01 при учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, e-mail: uchsovet@bsmu.by, тел. 272 55 98.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «_____» февраля 2017 года.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук, доцент



О. Н. Волкова

ВВЕДЕНИЕ

Пролапс гениталий на сегодняшний день представляет собой важную медицинскую, социальную и этическую проблему. 22 % женщин старше 18 лет имеют различные формы пролапса гениталий, а 7 % из них имеют опущение 3–4 степени тяжести [Steven Swift et al., 2005]. По прогнозу ВОЗ, к 2030 году около 63 млн женщин в мире будут страдать от пролапса гениталий.

Распространенность пролапса гениталий среди женского населения достигает 34,1–56,3 %, а хирургическая коррекция опущения и выпадения внутренних половых органов 15 % от так называемых «больших гинекологических операций», занимая 3-е место в структуре показаний к оперативному лечению после доброкачественных опухолей и эндометриоза [Радзинский В. Е., 2006].

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, озвученным на VIII урологических чтениях (Гродно, 2014), опущение и выпадение половых органов в структуре общей гинекологической заболеваемости в мире составляет 28–38,9 %; что составляет 15 % всех хирургических гинекологических вмешательств. Несмотря на повышение качества акушерской помощи, почти у половины рожавших отмечаются опущения половых органов. Выбор доступа при хирургической патологии тазового дна чаще базируется на личном опыте хирурга или приверженности к определенной технологии, однако при большом количестве вариантов и техник операций, количество рецидивов пролапса гениталий не уменьшается.

Хирургическому лечению подвергаются пациентки старшей возрастной группы, в то время как молодые трудоспособные женщины с начальными признаками заболевания оказываются вне области проведения лечебных и профилактических мероприятий. В то же время уже при первой степени пролапса гениталий нарушается первый физиологический барьер, а именно смыкание половой щели, разобщающее влагалище с внешней средой, препятствующее проникновению и распространению инфекции. Отсутствие замыкания половой щели препятствует синхронному сокращению мышц тазового дна при повышении внутрибрюшного давления. Таким образом, не имея опоры, тазовые органы будут опускаться. Даже при небольших степенях пролапса гениталий 46,26 % женщин отмечают сексуальные расстройства: болезненность и неприятные ощущения во время полового акта, диспареуния, посткоитальные кровянистые выделения из половых путей [4].

В последнее десятилетие поиск путей решения проблемы хирургического лечения пролапса гениталий не прекращается. Число предложенных методов лечения значительно увеличилось, по сравнению с имеющимися в 60–90-х гг. Однако частота рецидивов в настоящее время достигает 58 % [5]. Это побуждает к поиску новых методов хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов и использование оптимальных шовных материалов.

В основе патогенеза пролапса гениталий находится несостоятельность мышц тазового дна. Промежность чаще ассоциировалась с термином «срамная область»,

нежели с областью, ответственной за целый ряд патологических состояний организма и интересующей специалистов разного профиля (сексологов, гинекологов, урологов, проктологов). Четкого определения несостоятельности тазового дна не было дано. Также отсутствует систематизация жалоб, сопоставление их с длительностью заболевания, что важно учитывать при выборе тактики ведения и лечения пациенток.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами и темами. Работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры акушерства и гинекологии БГМУ «Профилактика, диагностика, лечение и реабилитация гинекологической заболеваемости, патологии беременности, родов и послеродового периода в реализации программы демографической безопасности Республики Беларусь» (сроки выполнения: 2013–2018; № государственной регистрации 20130873).

Цель исследования: разработать новые и оптимизировать существующие хирургические методы лечения по восстановлению мышц нижнего и среднего этажей тазового дна при пролапсе тазовых органов.

Задачи исследования:

1. Проанализировать и систематизировать жалобы в зависимости от различной степени выраженности пролапса тазовых органов, несостоятельности мышц тазового дна и времени развития патологии.

2. Разработать УЗ-критерии и промежуточный индекс для оценки анатомо-топографического состояния мышц тазового дна, а также определить критерии контроля за проводимым лечением.

3. Оптимизировать технику типичной кольпоперинеопластики за счет пери-неолифтинга при выраженных степенях пролапса тазовых органов.

4. Разработать технику восстановления мышц тазового дна у женщин репродуктивного возраста с начальными степенями пролапса тазовых органов и начальными признаками несостоятельности тазового дна (малоинвазивная перинеопластика).

Научная новизна состоит в разработанной нами инновационной технике эффективного хирургического лечения (пери-неолифтинг и малоинвазивная перинеопластика) пролапса тазовых органов при начальных и выраженных степенях несостоятельности мышц тазового дна у женщин различных возрастных групп, заключающейся в наложении ромбообразного шва, укрепляющего мышцы среднего и нижнего этажей тазового дна, с использованием длительно рассасывающихся монофиламентных хирургических нитей. Разработаны новая классификация недостаточности мышц тазового дна, делящаяся по причинам возникновения на органическую, функциональную и смешанную и по времени возникновения на первичную и вторичную и ультразвуковые параметры исследования промежности (высота промежности менее 10,5 мм, толщина промежности менее 13,4 мм, ширина m. bulbosavernosus справа и слева менее 13,7 мм; наличие расхождения мышеч-

ных пучков, неоднородности тканей, асимметрии мышечных пучков), выявляющие дефекты мышц тазового дна для дифференцированного выбора метода и объема оперативного лечения пациентов с пролапсом тазовых органов и несостоятельностью мышц тазового дна.

Объект исследования: 143 женщины с различной степенью пролапса тазовых органов и недостаточностью мышц тазового дна. Из них основные группы составили пациенты, которым был выполнен перинеолифтинг – 41 женщина с выраженной степенью пролапса тазовых органов и несостоятельностью мышц тазового дна (1-я основная группа), малоинвазивная перинеопластика – 32 женщины с начальной степенью пролапса тазовых органов и несостоятельностью мышц тазового дна (2-я основная группа). Контрольные группы составили 40 пациентов, прооперированных с использованием типичной, повсеместно применяемой методики кольпоперинеопластики (1-я контрольная группа), и 30 женщин, применявших гимнастику по укреплению мышц тазового дна (2-я контрольная группа).

Предмет исследования: данные клинических и инструментальных методов обследования (УЗИ промежности), метод объективного обследования (промежностный индекс), опросник качества жизни, медицинская документация (форма № 003/у 07), хирургическое лечение при пролапсе тазовых органов и несостоятельности мышц тазового дна.

Положения, выносимые на защиту:

1. Активное выявление жалоб (принудительный опрос о дискомфорте при различных физических нагрузках и особых положениях тела), степень их выраженности и длительность существования позволяют систематизировать и классифицировать несостоятельность мышц тазового дна при пролапсе тазовых органов, что обеспечивает не только раннюю диагностику этой патологии, но и определяет индивидуальную лечебную тактику.

2. Определение промежностного индекса позволяет оценить степень несостоятельности мышц тазового дна: начальным признакам несостоятельности мышц промежности соответствуют 6–7 баллов, умеренным признакам – 3–5 баллов, выраженным признакам – 0–2 балла. Промежностный индекс (увеличение в 1,5–2,1 раза) является критерием эффективности хирургического лечения.

3. Разработанные параметры УЗ-диагностики анатомо-топографического состояния мышц тазового дна (высота промежности, толщина промежности, ширина *m. bulbosavernosus* справа и слева, наличие расхождения мышечных пучков, неоднородность тканей) являются критериями оценки степени несостоятельности мышц и контроля эффективности проводимого лечения в 96 % случаев.

4. Перинеолифтинг – новая методика хирургического лечения пролапса тазовых органов у женщин при выраженной степени несостоятельности мышц тазового дна, повышающая эффективность типичной кольпоперинеопластики, направленная на дополнительное укрепление среднего и нижнего этажей тазового дна,

препятствующая рецидивам пролапса на 15,7 %, улучшающая качество жизни пациентов, состояние мышц промежности по данным промежностного индекса на 26,3 %, УЗ-критерии состояния мышц в 70 % случаев.

4. Малоинвазивная перинеопластика – самостоятельная новая оперативная методика по восстановлению среднего и нижнего этажей мышц тазового дна при начальных стадиях пролапса тазовых органов у женщин путем наложения ромбовидного шва из длительно рассасывающейся монофиламентной нити. Малая травматичность, возможность проведения операции под местной анестезией, в условиях стационара одного дня обеспечивают рациональную экономическую составляющую лечения пациентов и профилактику прогрессирования несостоятельности мышц тазового дна.

Личный вклад соискателя. Диссертационная работа выполнена автором самостоятельно. Научным руководителем оказана консультативная помощь в выборе темы, формулировании цели и задач исследования, положений, выносимых на защиту. Автором самостоятельно проведены патентно-информационный поиск по теме диссертации, анализ отечественной и зарубежной литературы, подбор групп для исследований, клинико-лабораторное инструментальное обследование пациенток, УЗ-исследование промежности, самостоятельно выполнены операции по новым разработанным методикам. Систематизация и обобщение материалов проведенного исследования, статистическая обработка данных, формулирование выводов и практические рекомендации, написание всех разделов диссертации, подготовка иллюстраций выполнено автором самостоятельно.

Все научные результаты диссертации получены автором лично и отражены в научных статьях, соответствующих пункту 18 Положения о присуждении научных степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь (4 в соавторстве – вклад диссертанта 90 %, 2 – единолично, вклад диссертанта – 100%). В соавторстве опубликованы работы в сборниках материалов научных форумов (вклад диссертанта 85 %), инструкция по применению, утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь (вклад диссертанта 70 %). Получен патент Евразийского патентного ведомства № 025132 от 29.09.2016 «Способ малоинвазивной перинеопластики» – вклад диссертанта 70 %.

Апробация результатов диссертации и информация об использовании её результатов. Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы акушерства и гинекологии» (Минск, 2014); научно-практической конференции, посвященной 85-летию профессора Г. И. Герасимовича (Минск, 2015); республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности» (Минск, 2015); I Международном Минском медицинском форуме (Минск, 2015).

Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по применению «Метод лечения пролапса гениталий, повышающий эффективность типичной кольпоперинеопластики» № 068-0715 от 04.09.2015. Результаты исследования внедрены диссертантом лично в работу гинекологических отделений УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска, УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска, УЗ «3-я Центральная клиническая районная поликлиника» г. Минска; УЗ «Витебский областной клинический родильный дом».

Опубликование результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 6 статей в научных рецензируемых журналах, включенных в перечень изданий, соответствующих пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоения ученых званий в Республике Беларусь, объемом 2,6 авторских листа (104 520 печатных знаков), 2 работы в сборниках материалов научных форумов (общий объем – 0,21 авторских листа, 8460 печатных знаков). Без соавторства опубликованы 2 научные работы в рецензируемых журналах. Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по применению (объемом 0,15 авторских листа, 6127 печатных знаков). Получен патент Евразийского патентного ведомства № 025132 от 29.09.2016 «Способ малоинвазивной перинеопластики» объемом 0,51 авторских листа, 20 527 печатных знаков. Общий объем опубликованных материалов – 3,47 авторских листа (139 634 печатных знака).

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 132 страницах, содержит 37 таблиц, 1 формулу, 63 рисунка. Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы с описанием материала и методов исследования и 3-х глав собственных исследований, заключения, библиографического списка, раздела «Приложения». Список использованных источников включает 202 работы, из них 132 русскоязычных авторов; 60 – иностранных; 10 – публикаций соискателя.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В настоящее диссертационное исследование включены 143 пациентки старше 18 лет. Для решения задач исследования, в том числе для разработки техники малоинвазивной перинеопластики и перинеолифтинга, в 2013–2015 гг. автором диссертации прооперировано и обследовано 143 пациента женского пола с пролапсом тазовых органов и различной степенью недостаточности мышц тазового дна. В зависимости от степени пролапса гениталий, степени несостоятельности мышц тазового дна и объема операции 143 пациентки выборки исследования разделили на 4 группы: 1-я основная группа – 41 пациентка с пролапсом тазовых и несостоятельностью мышц тазового дна выраженной степени, которым в последующем была выполнена операция перинеолифлинг, из них 46,3 % составляли пациентки со II степенью пролапса гениталий, 46,3 % – с III степенью пролапса и 7,4 % имели

IV степень данной патологии; 2-я основная группа – 32 пациентки с пролапсом тазовых и несостоятельностью мышц тазового дна начальной степени, которым в последующем была выполнена операция малоинвазивной перинеопластики; 1-я контрольная группа – 40 пациенток с пролапсом тазовых и несостоятельностью мышц тазового дна выраженной степени, которым в последующем была выполнена операция типичной перинеопластики, из них 37,5 % составляли пациентки со II степенью пролапса гениталий, 50% – с III степенью пролапса и 12,5 % имели IV степень данной патологии; 2-я контрольная группа – 30 женщин с пролапсом тазовых и несостоятельностью мышц тазового дна начальной степени, которым в последующем было назначено консервативное лечение.

Пациенткам, составившим выборку исследования, был проведен гинекологический осмотр в зеркалах, собран гинекологический и общеклинический анамнез, общеклинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, взяты мазки на флору, бактериальный посев на флору и чувствительность к антибиотикам, мазок на цитологию. Всем пациенткам был предоставлен опросник качества жизни «Пролапс (тазовых органов), дисфункции (тазового дна) и качество жизни». В опроснике были оценены следующие домены: общее здоровье, симптомы и их восприятие, воздействие симптомов на качество жизни, половую жизнь, физические и социальные возможности, межличностные отношения, эмоциональные проблемы. Оценка проводилась по 3-балльной системе от 0 до 3. Всем пациентам проводилось УЗ-исследование на ультразвуковых сканерах Sonoace X8 и Aloka 3500 линейным датчиком LN 5-12 и вагинальным датчиком 3D4-9ES, объективное исследование, оценивался промежуточный индекс до, после лечения, через 6 и 12 месяцев. Для оценки субъективных признаков несостоятельности тазового дна различной степени были проанализированы жалобы пациенток, которые они предъявляли сами, а также те, которые были получены в ходе активного интервьюирования. Анализ полученных результатов свидетельствует, что все женщины предъявляли какие-либо жалобы самостоятельно или при активной технике сбора анамнеза. Сочетание двух жалоб отмечалось у 5 (3,5 %) пациенток, а сочетание более 10 жалоб – у 27,2 % обследованных женщин. Для получения подтверждения наличия взаимосвязи между предъявляемыми жалобами и другими клиническими или анамнестическими данными был проведен корреляционный анализ.

Сопоставив жалобы с длительностью заболевания и условно разделив их на 3 группы: по степени опущения, по субъективным ощущениям в области половых органов и по оценке половой жизни, а, также, не детализируя жалобы со стороны мочевых путей, очевидно, что по характеру и времени проявления жалобы можно разделить на 3 группы: ранневременные, средневременные, поздневременные. На основании чего разработана новая классификация мышц тазового дна, делящаяся по причинам возникновения на органическую, функциональную и смешанную и по времени возникновения на первичную и вторичную. Для оценки состояния

тазового дна используется много различных клинических и инструментальных приемов, наиболее распространенными из которых являются пальпаторные и функциональные пробы. Из множества известных клинических способов оценки состояния промежности мы выбрали 5, которые просты в выполнении, информативны, не требуют специальной аппаратуры, могут быть осуществлены любым врачом: визуальная и пальпаторная оценка промежности, визуальная оценка степени смыкания половой щели, растяжение вульварного кольца, сила сокращения констриктора куни и определение степени смещаемости стенок влагалища (частично и мочевого пузыря) при натуживании, кашле (проба Вальсальвы) (таблица 1).

Таблица 1. – Оценка состояния промежности (тазового дна)

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
Зияние половой щели	Зияет	Приоткрыта	Сомкнута
Анатомическое состояние промежности и ее толщина	Деформирована тонкая	Незначительная деформация истонченная	Не деформирована достаточная
Проба на сжатие	Отсутствует или – или +	Слабо выраженная или ++	Хорошая или +++
Сопrotивление растяжению	Слабое или – или +	Умеренное или ++	Хорошее или +++
Ощущение кашлевого толчка и смещение тканей	Значительное – или +	Незначительное или ++	Отсутствует или +++

Примечание – Оценка 8–10 баллов – хорошее состояние промежности; 6–7 баллов – начальные признаки несостоятельности промежности; 3–5 баллов – умеренные признаки несостоятельности промежности; 0–2 балла выраженная несостоятельность промежности.

Мы использовали четыре УЗ-критерия состояния мышц тазового дна:

1. Толщину промежности – расстояние от верхушки датчика, введенного во влагалище и обращенного к промежности до кожи промежности. Данный параметр позволяет оценить толщину глубокой, участвующей в формировании среднего слоя тазового дна и поверхностных мышц промежности, участвующих в формировании наружного слоя мышц тазового дна.

2. Высоту промежности – расстояние от задней поверхности влагалища до передней поверхности прямой кишки.

3. Ширину (толщину) *m. bulbosavernosus*, с каждой стороны.

4. Наличие или отсутствие расхождения мышечных волокон *m. bulbosavernosus*, патологических структур и их асимметрию (таблица 2).

Таблица 2. – УЗ-критерии здоровой промежности у женщин без признаков несостоятельности тазового дна ($M \pm m$)

Параметр	Все ($n = 20$)	Рожавшие ($n = 10$)	Не рожавшие ($n = 10$)
Высота промежности, мм	10,9±0,2	10,6±0,2	11,2±0,3
Толщина промежности, мм	12,8±0,13	12,8±0,1	12,9±0,3
Ширина <i>m. bulbosavernosus</i> справа, мм	13,8±0,8	13,7±0,4	13,8±0,3
Ширина <i>m. bulbosavernosus</i> слева, мм	13,8±0,3	13,8±0,4	13,9±0,3

Ни у одной из женщин не наблюдалось расхождения мышечных пучков тазового дна. Для неизмененных структур тазового дна характерны: толщина промежности не менее 10,5 мм, высота промежности не менее 13,4 мм, ширина мышечных пучков (*m. bulbocavernosus*) не менее 13,7 мм, отсутствие в области сухожильного центра патологических структур и асимметрии. Изменение хотя бы одного из указанных выше параметров свидетельствует о *несостоятельности мышц тазового дна*. Статистическая обработка результатов произведена с помощью компьютерной программы STATISTIC (V. 6.0) компании StatSoft, а также Exel for Windows (2003) Нормальность распределения варианта в выборке определялась по критерию Колмогорова–Смирнова, Шапиро–Уилка. Оценка статистической значимости различий производилась при использовании U-критерия Манна–Уитни (для непараметрических выборок независимых переменных), критерию Вилкоксона (для непараметрических выборок зависимых переменных) и t-критерия Стьюдента (для параметрических выборок независимых переменных). Различия считали достоверными при величине безошибочного прогноза 95,5 % ($p < 0,05$). Сравнение качественных показателей проводили с помощью критериев χ^2 и χ^2 с поправкой Йетса для малых выборок. Для определения наличия корреляции между изучаемыми параметрами применялся корреляционный анализ по Спирмену.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Возрастной состав обследованных женщин варьировал в пределах от 25 до 84 лет. Средний возраст 1-й основной (ПЛ) и 1-й контрольной (ТП) групп был сопоставим и составил соответственно $56,1 \pm 1,7$ и $60,2 \pm 1,6$ года ($z = -1,7$; $p = 0,08$); во 2-й основной и 2-й контрольной группах и $42,1 \pm 2,0$ и $45,8 \pm 1,7$ года ($z = 1,5$; $p = 0,13$) соответственно. Из них служащих было 61 человек (42,7 %, 95 % ДИ 30,3–55,1 %), рабочих – 24 (16,8 %, 95 % ДИ 1,5–32,1 %), учащихся – 2 (1,4 %, 95 % ДИ 0,0–24,4 %), временно неработающих – 4 (2,8 %, 95 % ДИ 0,0–21,5 %), пенсионеров – 52 (36,4 %, 95 % ДИ 32,3–49,5 %), статистически значимых различий в исследуемых группах нет.

В 1-й основной и 1-й контрольной группах было статистически меньше женщин, длительность пролапса гениталий у которых не превышала 3-х лет $5,0 \pm 0,2$ и $5,3 \pm 0,2$ соответственно, по сравнению с аналогичным количеством женщин во 2-й основной и 2-й контрольной группах $1,9 \pm 0,16$ и $2,1 \pm 0,15$ соответственно ($\chi^2 = 42,7$, $p = 0,0001$ и $\chi^2 = 48,3$, $p = 0,0001$ соответственно). Группы женщин 1-й основной (ПЛ) и 1-й контрольной (ТП) были сопоставимы по наличию менструаций. 2-я основная (МП) и 2-я контрольная (К) группы женщин были сопоставимы по длительности менопаузы, а также сопоставимы по количеству беременностей в анамнезе.

Среди генитальной патологии у 143 обследованных женщин преобладала миома матки, которая была в анамнезе у 28,0 % (95 % ДИ 14,1–41,9 %) женщин, на втором месте по распространенности в исследуемой выборке были инфекции,

передаваемые половым путем 16,8 % (95 % ДИ 1,5–32,1 %), и эрозии шейки матки 14,0 % (95 % ДИ 0,0–29,6 %). Статистически значимых закономерностей в распределении генитальной патологии среди женщин, принадлежащих к различным группам исследования, не выявлено. Среди экстрагенитальной патологии в анамнезе 143 женщин наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы у 36,4 % (95 % ДИ 23,3–49,5 % женщин), включая ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, пороки сердца и т. д., варикозное расширение вен у 27,3 % (95 % ДИ 13,3–41,3 % пациенток), нарушения жирового обмена у 16,1 % (95 % ДИ 0,7–31,5 % включенных в исследование женщин). Группы женщин 1-й основной (ПЛ) и 1-й контрольной (ТП) были сопоставимы по количеству беременностей, родов в анамнезе, а также по вариантам исходов родов; 2-я основная (М) и 2-я контрольная (К) группы женщин были сопоставимы по количеству беременностей в анамнезе и исходам родов. Среди женщин из 2-й контрольной группы статистически значимо больше женщин, у которых было 3 и больше родов в анамнезе, а среди женщин 2-й основной группы значимо больше женщин, у которых было 2-е родов.

При изучении взаимосвязи между количеством предъявляемых жалоб и другими исследуемыми параметрами была установлена выраженная обратная отрицательная взаимосвязь с промежностным индексом ($r_s = -0,78$) и выраженная прямая положительная взаимосвязь с длительностью заболевания ($r_s = 0,73$). Применяв «активный стиль» при сборе анамнеза, мы выявили ряд жалоб, ранее не предъявляемых женщинами, не вошедших в классику гинекологии, характеризующих современных образ жизни женщины, а также появляющихся до выраженных клинических проявлений пролапса.

Среднее значение ПИ в 1-й основной и 1-й контрольной группах $3,6 \pm 0,2$ и $3,1 \pm 0,1$. Через год после проведения операций состояние промежности статистически значимо улучшилось (соответственно $7,6 \pm 0,09$ и $5,6 \pm 0,1$). Причем, после проведения операции перинеолифтинга промежностный индекс статистически оказался значимо выше, чем после проведения кольпоперинеопластики ($z = -7,4$; $p = 0,0001$), а состояние расценивается как «хорошее состояние промежности». Во 2-й основной и контрольной группах ПИ составило $6,4 \pm 0,1$ и $6,5 \pm 0,1$ ($z = -0,69$, $p = 0,43$) соответственно. Среднее значение ПИ оказалось статистически значимо ниже через год после проведения консервативного лечения $8,6 \pm 0,08$ и $5,8 \pm 0,15$ ($z = 6,7$, $p = 0,0001$).

Были проанализированы УЗ-критерии состояния тазового дна у женщин различных групп до назначения лечения (таблица 3).

У всех женщин 1-й группы (основная и контрольная), 2-й основной группы, а также 96,7 % женщин 2-й контрольной группы наблюдался «диастаз» (расхождение мышечных пучков), неоднородность мышц тазового дна. Во всех указанных параметрах были обнаружены изменения, свидетельствующие о *несостоятельности мышц тазового дна*.

Таблица 3. – УЗ-критерии состояния тазового дна у женщин различных групп до назначения лечения ($M \pm m$)

Параметр	1-я основная группа	2-я основная группа	1-я контрольная группа	2-я контрольная группа
Высота промежности, мм	6,3±2,0	7,2±0,5	6,0±1,8	9,5±0,3
Толщина промежности, мм	6,9±1,6	8,1±0,3	6,8±1,5	8,9±0,2
Ширина <i>m. bulbosavernosus</i> справа, мм	7,1±1,5	8,4±0,3	7,78±1,5	8,9±0,2
Ширина <i>m. bulbosavernosus</i> слева, мм	7,0±1,5	8,3±0,3	7,75±1,5	9,5±0,3

Все хирургические методы лечения пролапса и опущения тазовых органов связаны с восстановлением мышц тазового дна. Во всех странах мира для этих целей используется операция кольпоперинеопластика. При выполнении типичной кольпоперинеопластики соединяются только отдельные пучки *m. levator ani* (верхний этаж мышц), а мышцы среднего этажа (*m. transversus perinei profundus*) и нижнего этажа (наружный слой мышц – *constrictor cunni*, *m. transversus perinei superficialis*) по существующей и распространенной методике соединить невозможно из-за произошедших в них дистрофических изменений, значительного расхождения и др. Это приводит к рецидивам опущения, требует применения синтетических материалов (эндопротезов), расширению раневой поверхности операционного поля и другим неблагоприятным последствиям. В связи с этим очевидна необходимость укрепления не только верхнего этажа тазового дна, представленного леваторами, но и среднего и нижнего. Однако средний и нижний этажи тазового дна при проведении типичной кольпоперинеопластики не укрепляются. Доступ к глубокой и поперечной мышцам промежности при такой оперативной технике получить не представляется возможным. По существу, мышечный массив тазового дна восстанавливается не полностью.

Технические моменты разработанной нами методики перинеолифтинга:

- наложение оригинального ромбообразного шва;
- применение монофиламентных длительно рассасывающихся нитей (180–210 дней).

Показания к проведению перинеолифтинга:

- пациентки с выраженными степенями пролапса гениталий;
- отказ или противопоказания для применения сетчатого эндопротеза;
- как дополнение к типичной кольпоперинеопластике.

Разработанную нами методику мы применили у 41 женщин в отделении оперативной гинекологии УЗ «б-я ГКБ» г. Минска в возрасте 29–80 лет, оперированных по поводу выраженных степеней пролапса гениталий. При данной патологии были выполнены следующие виды оперативного лечения: манчестерская операция, кольпоперинеолеваторопластика, влагалищная экстирпация матки с пластикой передней стенки влагалища, кольпоперинеолеваторопластикой, дополненные

перинеолифтингом при каждой операции. Все операции и послеоперационный период протекали без осложнений. Клинико-лабораторные показатели после проведения операций в обеих группах статистически значимо не отличались, что свидетельствует о незначительном влиянии оперативного вмешательства на систему гомеостаза. Наблюдение в течение 6–12 мес. после операции свидетельствует о выраженном клиническом эффекте (состоятельность тазового дна) и существенном улучшении качества жизни у всех пациенток. После проведения операций состояние промежности (ПИ) статистически значимо улучшилось (соответственно $7,6 \pm 0,09$ и $5,6 \pm 0,1$). Причем после проведения операции перинеолифтинга промежуточный индекс статистически оказался значимо выше, чем после проведения кольпоперинеопластики ($z = -7,4$; $p = 0,0001$). После проведения оперативных вмешательств анализируемые УЗ-параметры состояния тазового дна в обеих группах статистически значимо улучшились, по сравнению с исследованием, проведенным сразу после оперативного вмешательства. Однако в контрольной группе через год при сравнении с показателями после операции показатели статистически значимо ухудшились, а в основной группе они остались статистически не различными (таблица 4).

Таблица 4. – Сравнительная характеристика параметров УЗИ, полученных через год после проведения операции у женщин в основной и контрольной группах

Показатель	После проведения операций	Через год после проведения операций
Высота промежности, мм	$z = 0,8$; $p = 0,4$	$z = -2,82$; $p = 0,004^*$
Толщина промежности, мм	$z = -2,25$; $p = 0,02^*$	$z = -4,69$; $p = 0,0003^*$
Ширина m. bulbocavernosus справа, мм	$z = -3,08$; $p = 0,0024^*$	$z = -5,64$; $p = 0,0001$
Ширина m. bulbocavernosus слева, мм	$z = -3,4$; $p = 0,0006^*$	$z = -5,44$; $p = 0,0001^*$

Примечание – * различия статистически значимы.

В контрольной группе через год после проведения операции расхождение мышечных пучков отмечается у 70 % обследованных женщин, тогда как в основной группе эти признаки несостоятельности тазового дна отсутствовали. Проведя сравнение всех показателей качества жизни в каждой группе до и после лечения, достигнутый уровень значимости по критерию Вилкоксона в 1-й основной группе $p = 0,0001$, в первой контрольной группе $p = 0,0001$ соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о том, что по всем показателям качества жизни в 1-й основной и 1-й контрольных группах после проведенного лечения показатели КЖ статистически значимо изменились по всем исследуемым параметрам. Через год после проведения операции качество жизни оценивалось как высокое, причем качество жизни в основной группе было статистически значимо выше, чем в контрольной ($z = 2,08$, $p = 0,032$).

Известно, что при начальных стадиях несостоятельности тазового дна клинические признаки пролапса отсутствуют. В настоящее время есть два принципиаль-

но различных подхода к лечению несостоятельности тазового дна – консервативный и хирургический. Приведенные методы на сегодняшний день отдельно от хирургического лечения применяется редко. Основным их недостатком является то, что область применения указанных консервативных мероприятий ограничена самыми ранними стадиями пролапса гениталий без значительных анатомических и функциональных нарушений, наличием противопоказаний к хирургическому лечению, беременностью или планированием ее в ближайший год, предоперационной подготовкой, послеродовой реабилитацией тазового дна [2]. Кроме того, не всегда консервативными методами можно восстановить эластичность мышц влагалища. В тех случаях, когда есть значительные послеродовые травмы, деформация промежности и опущение стенок влагалища, единственный эффективный способ решить проблемы – хирургический.

Принципиальные технические моменты разработанной методики малоинвазивной перинеопластики:

- наложение оригинального ромбовидного шва;
- применение монофиламентных длительно рассасывающихся нитей (180–210 дней) (рисунок 1).

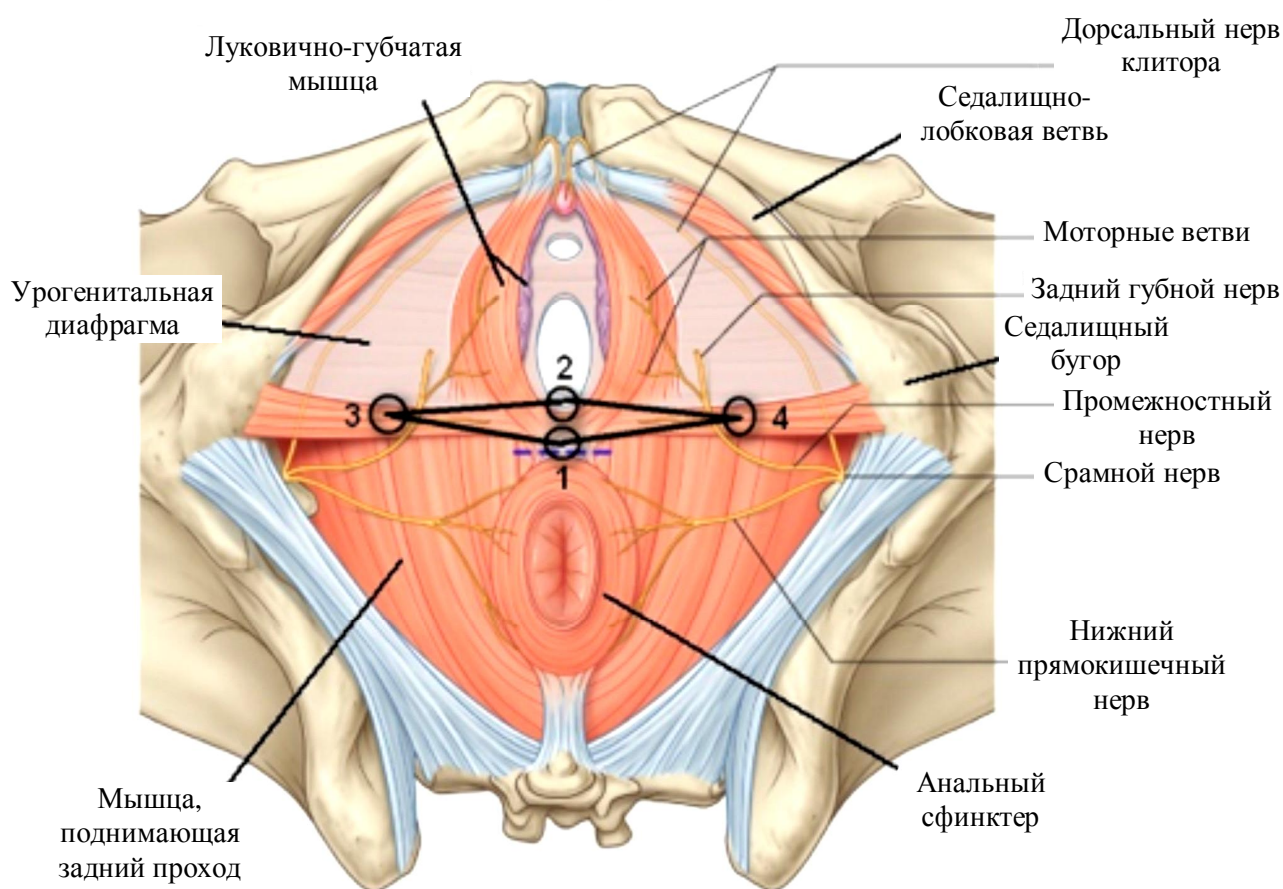


Рисунок 1. – Схема наложения ромбовидного шва

Показания к операции:

- 1) деформация промежности.
- 2) начальные признаки несостоятельности мышц тазового дна.
- 3) зияние половой щели и связанное с ним увеличение частоты неспецифических кольпитов.
- 4) дискомфорт половой жизни.
- 5) опущение влагалища I степени.

Мы прооперировали 32 пациентки с начальными проявлениями недостаточности мышц тазового дна. Продолжительность операции составила $18,5 \pm 4,1$ минут, а средняя кровопотеря – $38,8 \pm 13,3$ мл. Отсутствовали изменения основных параметров гомеостаза, убедительно свидетельствующие о хорошей переносимости организмом оперативных вмешательств с применением новой методики малоинвазивной перинеопластики. Малая травматичность применяемых технологий лечения, доступность, достижение быстрого результата стали основой для реализации концепции «хирургии одного дня», так как главная выгода от «хирургии одного дня», или «хирургии краткосрочного пребывания» – экономия финансовых ресурсов. До начала лечения большинство женщин, входивших в исследуемые группы (90,6 % в основной группе и 93,3 % – в контрольной) имели начальные признаки несостоятельности промежности, средние значения промежностного индекса в обеих группах были сопоставимы ($z = -0,69$, $p = 0,43$) и составили $6,4 \pm 0,12$ в основной группе (МП) и $6,5 \pm 0,1$ в контрольной (К). После применения техники малоинвазивной операции состояние промежности статистически значимо улучшилось и расценивалось как «хорошее» у всех женщин 2-й основной группы.

Отмечается положительная динамика изменений УЗ-параметров промежности сразу после малоинвазивной операции, результаты которой сохраняются и спустя год после вмешательства. Исследования, назначенные после проведения консервативного лечения, показали отсутствие динамики изменения УЗ-параметров мышц промежности. Повторные исследования, проведенные через 6 месяцев и год, выявили статистически значимое ухудшение параметров тазового дна, по сравнению с состоянием до начала лечения ($z = -6,35$; $p = 0,0001$). Через год после проведения малоинвазивной операции качество жизни у пациенток основной группы статистически значимо улучшилось ($z = 4,9$, $p = 0,0001$) и оценивалось как «высокое», причем качество жизни в основной группе стало статистически значимо выше, чем в контрольной ($z = 6,0$, $p = 0,0001$). Качество жизни пациенток, которым было назначено консервативное лечение, не изменилось ($z = 0,8$, $p = 0,4$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. В связи с интеллектуальным развитием женщин, современным образом жизни, занятием различными видами спорта применение активного «стиля» выявления жалоб позволяет выявить ранние признаки несостоятельности мышц тазового дна. Систематизация жалоб, сопоставление с длительностью заболевания дает возможность разделить их на ранневременные, средневременные и поздневременные, что ложится в основу классификации недостаточности мышц тазового дна и учитывается при выборе тактики ведения и лечения пациентов [5, 6, 7, 9].

2. Комплексная визуальная и пальпаторная оценки промежности, визуальная оценка степени смыкания половой щели, растяжение вульварного кольца, сила сокращения констриктора куни и определение степени смещаемости стенок влагалища (частично и мочевого пузыря) при натуживании, кашле (проба Вальсальвы) должна быть выражена в баллах, что в результате их суммирования формирует показатель «промежностный индекс». Начальной степени несостоятельности мышц тазового дна соответствует «промежностный индекс» в 6–7 баллов, выраженной степени несостоятельности мышц тазового дна – 0–2 балла. Показатель «промежностный индекс» позволяет охарактеризовать также степень восстановления мышц тазового дна после различного вида лечения пациентов с пролапсом тазовых органов. Так после типичной кольпоперинеопластики через 1 год «промежностный индекс» увеличивается в 1,8 раза, после перинеолифтинга – в 2,1 раза, после малоинвазивной перинеопластики – в 1,3 раза [5, 6, 7, 9].

3. Ультразвуковыми критериями нормального состояния мышц тазового дна у рожавших женщин являются: толщина промежности – не менее 10,5 мм, высота – не менее 13,4 мм, ширина мышечных пучков *m. bulbocavernosus* – не менее 13,7 мм с каждой стороны, отсутствие в области сухожильного центра патологических структур, асимметрии и неоднородности. Изменение хотя бы одного из указанных выше параметров свидетельствует о несостоятельности мышц тазового дна. Ультразвуковая картина несостоятельности мышц тазового дна характеризуется отсутствием нормальных анатомических взаимоотношений, отсутствием сухожильного центра промежности, расхождением медиальных краев *m. bulbocavernosus* с нарушением геометричности контура (неровные, деформированные края, нечеткий контур и др.), уменьшением толщины промежности – менее 2,5 мм, высоты – менее 4,2 мм, ширины мышечных пучков *m. bulbocavernosus* – менее 4,8 мм с каждой стороны. В 40,6 % случаев только эхографически возможно выявить наличие рубцов тканей промежности, усугубляющих ее несостоятельность и прогрессирование пролапса тазовых органов. Эхографические характеристики мышц промежности (асимметрия мышечных пучков, истончение, их неоднородность) позволяют принять решение о расширении объема хирургического вмеша-

тельства методом дополнительной фиксации среднего и нижнего слоя мышечных пучков тазового дна [2, 3, 4, 5].

4. Разработанная инновационная методика хирургического вмешательства «перинеолифтинг» по укреплению среднего и нижнего этажей мышц тазового дна основана на двух технических моментах: а) наложении оригинального ромбообразного шва, сближающего и поддерживающего мышцы среднего и нижнего слоя мышц промежности; б) применении монофиламентной длительно (180–210 дней) рассасывающейся нити, формирующей прочный каркас тазового дна без потери эластичности тканей в раннем и позднем постоперационном периоде. Методика перинеолифтинга повышает эффективность типичной кольпоперинеопластики за счет одновременного укрепления не только глубокого слоя мышц (*m. levator ani*) тазового дна, но и мышц среднего (*m. transversus perinei profundus*) и нижне-наружного слоя (*constrictor cunni, m. transversus perinei superficialis*). Преимущества выполнения перинеолифтинга наряду с кольпоперинеопластикой через 1 год после хирургического вмешательства по сравнению с типичной кольпоперинеопластикой основаны на повышении промежностного индекса ($z = -7,4$; $p = 0,0001$) в 1,3 раза, улучшении УЗ-критериев состояния промежности, качества жизни пациентов ($z = 2,08$; $p = 0,032$) в 1,2 раза [2, 4, 6, 9].

5. Разработанная инновационная методика хирургического вмешательства «малоинвазивная перинеопластика» в трех модификациях (с завязыванием узла на одной из латеральных сторон, перинеопластика с выкраиванием слизистой из задней стенки влагалища, перинеопластика без наложения швов на кожу) эффективно восстанавливает тазовое дно у женщин с пролапсом тазовых органов и несостоятельностью мышц тазового дна только при начальной степени, соответствует концепции «хирургия одного дна». Через 1 год после малоинвазивной перинеопластики в сравнении с пациентами, применявшими физические упражнения, для устранения несостоятельности мышц тазового дна промежностный индекс увеличился ($z = -0,69$, $p = 0,43$) в 1,5 раза, улучшились УЗ-критерии состояния промежности, качество жизни повысилось ($z = 6,3$, $p = 0,0001$) в 3,1 раза [1, 2, 3, 6, 8, 10].

Рекомендации по практическому использованию

1. Методика активного выявления жалоб и разделение их по характеру и времени проявления на 3 группы: ранневременные, средневременные, поздневременные дают четкие представления о сути патологии, именуемой «**несостоятельность мышц тазового дна**», патогенетическая классификация позволяют современному гинекологу более четко определять оптимальную тактику ведения пациентов с пролапсом гениталий [5, 9].

2. Балльная оценка состояния промежности с использованием 5 клинических приемов: визуальная и пальпаторная оценка промежности, визуальная оценка степени смыкания половой щели, растяжение вульварного кольца, сила сокращения

констриктора куни и определение степени смещаемости стенок влагалища (частично и мочевого пузыря) при натуживании, кашле (проба Вальсальвы) информативны, не требуют специальной аппаратуры, могут быть осуществлены в условиях любого гинекологического кабинета учреждения здравоохранения [1, 5, 9].

3. Для оценки состояния промежности необходимо использовать следующие УЗ-критерии:

а) толщина промежности – расстояние от верхушки датчика, введенного во влагалище и обращенного к промежности до кожи промежности;

б) высота промежности – расстояние от задней поверхности влагалища до передней поверхности прямой кишки;

в) ширина (толщина) *m. bulbocavernosus* с каждой стороны;

г) наличие или отсутствие расхождения мышечных волокон *m. bulbocavernosus*, патологических структур и их асимметрии [2, 3, 4, 5, 9, 10].

4. Дополнительное наложение ромбообразного шва монофиламентной длительно рассасывающейся нитью не только оправдано, но и целесообразно при выполнении типичной кольпоперинеопластики, особенно у женщин с выраженными степенями пролапса половых органов, отказе или противопоказаниях для применения сетчатого эндопротеза, для повышения эффективности в дополнение к типичной кольпоперинеопластике [1, 4, 6, 9].

5. Показаниями для наложения ромбообразного шва в области среднего и нижнего этажа тазового дна с использованием монофиламентной длительно рассасывающейся нити являются: деформация промежности, несостоятельность мышц тазового дна, зияние половой щели и связанное с ним увеличение частоты неспецифических кольпитов, дискомфорт половой жизни, опущение влагалища I степени [1, 2, 6, 10].

6. Основными техническими этапами операции для восстановления нижнего и среднего этажей тазового дна являются следующие: после обработки операционного поля производят надрезы кожи промежности, слизистой влагалища 1–1,5 см внутрь от задней спайки и по 2,0 см по обе стороны от задней спайки по направлению к верхним краям седалищных бугров. Надрезы кожи производят скальпелем. В эти разрезы проводят монофиламентную синтетическую длительно рассасывающуюся нить по часовой стрелке. Нить проводится через волокна поверхностной и глубокой поперечной мышцы промежности. Концы нити связывают без чрезмерного натяжения в области промежности, формируя правильную анатомию тазового дна и входа во влагалище. Разрезы на коже ушивают ПГА 2/0 швами, которые снимают на 5 сутки. Локализация надрезов на коже определяется строго индивидуально в зависимости от выраженности и степени нарушения анатомо-физиологических соотношений промежности и вульвы [1, 2, 4, 8, 9, 10].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых научных журналах

1. Малевич, Ю. К. Обоснование новых хирургических подходов к восстановлению тазового дна / Ю. К. Малевич, **Н. В. Мороз** // Медицинская панорама. – 2014. – № 9. – С. 62–63.
2. Малевич, Ю. К. Малоинвазивная перинеопластика / Ю. К. Малевич, **Н. В. Мороз** // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2015. – № 2. – С. 45–51.
3. **Мороз, Н. В.** УЗИ в оценке тазового дна / Н. В. Мороз // Вестник ВГМУ. – 2015. – № 2, том 14. – С. 31–37.
4. Малевич, Ю. К. Перинеолифтинг / Ю. К. Малевич, **Н. В. Мороз** // Военная медицина. – 2015. – № 2. – С. 73–75.
5. Малевич, Ю. К. Несостоятельность тазового дна, определение, классификация, тактика / Ю. К. Малевич, **Н. В. Мороз** // Медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 25–29.
6. **Мороз, Н. В.** Эффективность методов хирургического восстановления тазового дна / Н. В. Мороз // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2015. – № 5. – С. 25–34.

Материалы конгресса, форума

7. Мороз, Н. В. Опыт применения сетчатого эндопротеза «Гинефлекс» при оперативном лечении пролапса гениталий / В. Л. Силява, **Н. В. Мороз**, Е. В. Никитина, К. Ф. Агабеков // X юбилейный форум «Мать и Дитя»: материалы X юбилейного форума, Москва, 29 сент. – 2 окт. 2009 г. // МЕДИ-Экспо. – М., 2009. – С. 407–408.
8. Малевич, Ю. К. Новый способ малоинвазивной перинеопластики / Ю. К. Малевич, **Н. В. Мороз** // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: материалы XVIII Междунар. конгр. с курсом эндоскопии, Москва, 9–12 июня 2015 г. // МЕДИ-Экспо; под ред. Г. Г. Сухих, Л. В. Адамяна. – М., 2015. – С. 170–172.

Инструкция по применению

9. Малевич, Ю. К., **Мороз, Н. В.** Метод лечения пролапса гениталий, повышающий эффективность типичной кольпоперинеопластики / Ю. К. Малевич, Н. В. Мороз. – Инструкция по применению: утв. Мин-вом здравоохранения Респ. Беларусь 04.09.2015, рег. № 068-0715. – Минск, 2015. – 4 с.

Патент на изобретение

10. Способ малоинвазивной перинеопластики: Евразийское патентное ведомство / Ю. К. Малевич, Н. В. Мороз, А. В. Чураков; заявитель Ю. К. Малевич, Н. В. Мороз, А. В. Чураков; № 2025132 от 30.11.2016; опубл. // Афіцыйны бюл. / Нац. Цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2016 – С. 22.

Мароз Наталля Валер'еўна

Хірургічныя метады аднаўлення мышц тазавага дна пры пачатковых і выяўленых ступенях іх няздольнасці

Ключавыя словы: няздольнасць тазавага дна, пралапс тазавых органаў, хірургічнае лячэнне, якасць жыцця, ультрагукавое даследаванне, прамежнасны індэкс, малаінвазіўная перынеапластыка, перынеаліфтынг.

Мэта даследавання: распрацаваць новыя і аптымізаваць існуючыя хірургічныя прыёмы па ўзнаўленні ніжняга і сярэдняга паверха тазавага дна.

Метады даследавання: клініка-лабараторны, ультрагукавы, аб'ектыўны, статыстычны, метады анкетавання.

Атрыманыя вынікі і іх навізна. Навуковая навізна заключаецца ў распрацоўцы і ўкараненні новай інавацыйнай тэхнікі хірургічнага лячэння пачатковых і выяўленых ступеняў няздольнасці тазавага дна ў жанчын розных узроставых груп з выкарыстаннем монафіламентнай ніткі, якая доўга разыходзіцца. Патагенетычная класіфікацыя «няздольнасць мышц тазавага дна» дазваляе сучаснаму гінеколагу больш дакладна вызначаць аптымальную тактыку вядзення пацыентаў с пралапсам геніталій. Бальная ацэнка стану прамежнасці (прамежнасны індэкс) з'яўляецца інфарматыўным і аб'ектыўным метадам клінічнай ацэнкі стану палавых органаў. УГ-крытэрыі ацэнкі нармальнага стану тазавага дна: шырыня прамежнасці не менш 10,5 мм, вышыня – 13,4 мм, таўшчыня m. bulbocavernosus не менш 13,7 мм і адсутнасць «дыястазу» паміж імі – з'яўляюцца найбольш інфарматыўнымі для масавага выкарыстання ў практыцы гінеколага з мэтай дыягностыкі стану прамежнасці і кантролю за эфектыўнасцю правядзення лячэння. Малаінвазіўная перынеапластыка эфектыўна і надзейна аднаўляе тазавае дно ў жанчын рэпрадуктыўнага ўзросту, пасля якой прамежнасны індэкс павялічыўся ў 1,5 раза, УГ-крытэрыі палепшыліся, а якасць жыцця – ў 3,1 раза. Перынеаліфтынг дапаўняе, але не замяняе кольпаперынеапластыку, і з'яўляецца высокаэфектыўнай метадыкай, якая паляпшае не толькі якасць жыцця пацыентаў, але і прыносіць немалы эканамічны эффект з прычыны прафілактыкі рэцыдываў пралапса геніталій.

Рэкамендацыі па выкарыстанні: вынікі гэтай працы можна будзе выкарыстоўваць у практычнай дзейнасці ўрача акушэра-гінеколага для павышэння якасці хірургічнага лячэння няздольнасці тазавага дна.

Галіна прымянення: акушэрства і гінекалогія.

РЕЗЮМЕ

Мороз Наталья Валерьевна

Хирургические методы восстановления мышц тазового дна при начальных и выраженных степенях их несостоятельности

Ключевые слова: несостоятельность тазового дна, пролапс тазовых органов, хирургическое лечение, качество жизни, ультразвуковое исследование, промежностный индекс, малоинвазивная перинеопластика, перинеолифтинг.

Цель исследования: разработать новые и оптимизировать существующие хирургические приемы по восстановлению нижнего и среднего этажа тазового дна.

Методы исследования: клиничко-лабораторный, ультразвуковой, объективный, статистический, метод анкетирования.

Полученные результаты и их новизна. Научная новизна состоит в разработке и внедрении новой инновационной техники хирургического лечения начальных и выраженных степеней несостоятельности тазового дна у женщин различных возрастных групп с использованием длительно рассасывающихся монофиламентных хирургических нитей. Патогенетическая классификация «несостоятельности мышц тазового дна» позволяют современному гинекологу более четко определять оптимальную тактику ведения пациентов с пролапсом гениталий. Балльная оценка состояния промежности (промежностный индекс) является информативным и объективным методом клинической оценки состояния наружных половых органов. УЗ-критерии оценки нормального состояния тазового дна: ширина промежности не менее 10,5 мм, высота – 13,4 мм, толщина m. bulbosavernosus не менее 13,7 мм и отсутствие «диастаза» между ними – являются наиболее информативными для массового использования в практике гинеколога, для диагностики состояния промежности и для контроля за эффективностью проводимого лечения. Малоинвазивная перинеопластика эффективно и надежно восстанавливает тазовое дно у женщин репродуктивного возраста, после которой промежностный индекс увеличился в 1,5 раза, УЗ-критерии улучшились, а качество жизни – в 3,1 раза. Перинеолифтинг, дополняя, но не заменяя типичную кольпоперинеопластику – высокоэффективная методика, улучшает не только качество жизни пациентов, но и приносит немалый экономический эффект ввиду профилактики рецидивов пролапса гениталий.

Рекомендации по использованию: результаты данной работы можно будет использовать в практической работе врача акушера-гинеколога для повышения качества хирургического лечения несостоятельности тазового дна.

Область применения: акушерство и гинекология.

SUMMARY

Moroz Natallia

Surgical restoration of the muscles pelvic floor during the initial and you-expression degrees insolvency

Key words: pelvic floor dysfunction, pelvic organ prolapse, surgical treatment, quality of life, ultrasound imaging examination, perineal index, low-invasive perineoplasty, perineolifting.

Aim of research: to develop new and optimize surgical approaches in the repair of middle and outer layers of the pelvic floor.

Methods of doing research: clinical laboratory method, ultrasound imaging, objective method, statistical method, questionnaire.

Findings and newness of the research. This scientific newness of the research shows the new innovative surgical technique in the treatment of early and late stages pelvic floor dysfunction in women of different age groups with the use of long-term absorbable monofilament suture. The pathogenetic classification of the term “pelvic floor dysfunction”, allows the modern gynecologist to determine with more accuracy, the optimal tactics or line of management for patients with genital prolapse. Scoring system for evaluation of pelvic floor function (perineal index) is not only simple but also very informative objective method for comprehensive evaluation of pelvic floor function. The ultrasound criteria for normal pelvic floor assessment: width of the pelvic floor no less 10.5 mm, length – no less 13.4 mm, the thickness of m. bulbospongiosus – no less 13.7 mm and no diastasis between these muscles – are the most informative for large-scale use in the practice of gynecologist for diagnosis of pelvic floor dysfunction, pelvic floor dynamic control and for the evaluation of the effectiveness of different treatment approaches. Low-invasive perineoplasty effectively repairs pelvic floor in reproductive women, after which the perineal index increased by 1.5 times, ultrasound criteria – increased and improve their quality of life in 3.1 times. Perineolifting supplements but not replaces traditional colpoperineoplasty, is a high effective approach to repair pelvic floor function without the use of transvaginal mesh, this method does not only improve the quality of life but also is very cost-effective because it prevents pelvic organ prolapse.

Recommendations for use: the findings can be incorporated in the practice of gynecologist to improve the efficacy of the surgical treatment of pelvic floor dysfunction.

The area of application: obstetrics and gynecology.

Подписано в печать 06.02.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,37. Тираж 60 экз. Заказ 84.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.