

На правах рукописи

ТИГИЕВА АННА ВЯЧЕСЛАВОВНА

**НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва

2014

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов».

Научный руководитель:

профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН
доктор медицинских наук, профессор

Г.Ф. Тотчиев

Официальные оппоненты:

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор

И.Б. Манухин

профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 лечебного факультета
ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор

А.И. Давыдов

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии».

Защита диссертации состоится «__»_____ 2014 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 в Российском университете дружбы народов (117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д. 6).

С диссертационной работой можно ознакомиться в Учебно-научном информационном библиотечном центре (Научная библиотека) РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

Автореферат разослан «__»_____2014 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

М.Г. Лебедева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Проплапс тазовых органов (ПТО) — одна из широко распространенных в гинекологической практике болезней, частота которой не имеет тенденции к снижению. Тазовый пролапс и дисфункция ежегодно поражают 300-400 тысяч женщин в степени, требующей хирургической коррекции (DeLancey J., 2005). Проблема усугубляется и тем, что не менее одной трети пациенток – женщины репродуктивного возраста (Куликовский В.Ф., 2008; Нечайкин А.С., 2011).

Разными авторами приводятся противоречивые эпидемиологические данные о частоте пролапса гениталий в женской популяции репродуктивного возраста. Так, по данным отечественных авторов (Адамян Л.В. с соавт., 2007) доля пролапса тазовых органов составляет 28,0-38,9% среди гинекологических заболеваний, распространенность этого заболевания у женщин моложе 30 лет достигает 10,1%, в возрасте от 30 до 45 лет — 40,2% (Awwad J. et al., 2012).

Существует мнение, что проблема пролапса гениталий приобретает характер эпидемии (Palm S.J., 2009). Ряд авторов прогнозируют увеличение числа тазовых пролапсов в два раза в последующие 30 лет, считая, что доля женщин репродуктивного возраста увеличится более чем на 50% (Luber K.M., 2001; DeLancey J., 2005).

Отдельные авторы связывают «омоложение» пролапса с развитием генерализованной дисплазии соединительной ткани (Смольнова Т.Ю., 2009; Масленников А.В., 2014), малые формы которой встречаются с частотой 6,7% у женщин перименопаузального возраста, а у женщин фертильного возраста — 22,2% - 25,0% (Crépin G. et al., 2007). В то же время дисплазия соединительной ткани как первичная причина несостоятельности тазового дна (НТД) возможна только у женщин, страдающих пролапсом гениталий и не имевших в анамнезе беременности более 20 недель, однако число этих женщин составляет всего 1% (Deval B. et al., 2002).

Наиболее часто обсуждаемым является вопрос о приоритетной роли акушерской травмы промежности как пускового механизма в развитии НТД (Wu J.M. et al., 2009; Serati M. et al., 2010). В то же время некоторые исследователи связывают формирование НТД с акушерской травмой промежности, являющейся следствием проведенных оперативных пособий (Bortolini M.A.T. et al., 2010), а другие считают, что акушерские щипцы и масса плода не играют существенной роли в развитии НТД, а патологические изменения тазового дна могут быть диагностированы даже после физиологических родов без осложнений (Johnson J.K. et. al., 2011).

В последние годы в клиническую практику введен термин «Синдром несостоятельности тазового дна», сутью которого является дефект тазового дна на любом уровне (Радзинский В.Е. с соавт., 2010). Синдром НТД развивается в репродуктивном возрасте, проявляясь, в первую очередь, зиянием половой щели, рецидивирующими дисбиозами влагалища, хроническими воспалительными заболеваниями тазовых органов, болезнями шейки матки, манифестируя пролапсами тазовых органов в период пери- и постменопаузы. Несмотря на увеличение числа пациенток фертильного возраста с НТД, в настоящее время не решена проблема выбора тактики лечения и времени оперативной коррекции. Предложены оригинальные методы реконструкции тазового дна, но ни один из них не является универсальным. Все вышеизложенное и определило актуальность и выбор темы исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: улучшить репродуктивное здоровье пациенток с синдромом несостоятельности тазового дна.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Выявить распространённость несостоятельности тазового дна среди пациенток репродуктивного возраста;
2. Определить симптомокомплекс, определяющий тяжесть синдрома несостоятельности тазового дна;
3. Изучить факторы риска несостоятельности тазового дна;

4. Обосновать объективизацию и разработать алгоритм ведения пациенток репродуктивного возраста с синдромом несостоятельности тазового дна;

5. Определить показания и объем своевременного хирургического лечения при синдроме несостоятельности тазового дна у женщин репродуктивного возраста.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ.

В результате проведенного исследования предпринята попытка расширить сведения о патогенезе НТД у женщин репродуктивного возраста.

Определен симптомокомплекс, определяющий структуру синдрома НТД. На основании полученных результатов научно обоснована необходимость ранней хирургической коррекции НТД.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ.

Описаны диагностические алгоритмы, которые применимы для повседневной врачебной практики. Использование пальпаторного метода оценки состояния тазового дна с подсчетом промежностного индекса и манометрическое исследование позволяют своевременно выявить НТД, определить тактику ведения женщин с НТД.

Внедрение результатов в практику

Результаты исследования внедрены в практику работы гинекологического отделения ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 Департамента здравоохранения города Москвы».

ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Оценка состояния тазового дна у женщин, не имевших в анамнезе травмы в родах, позволяет выявить несостоятельность тазового дна у 26,3%.

2. Выбор оптимального метода коррекции несостоятельности тазового дна должен быть основан на ранней оценке состояния промежности, включающей в себя манометрическое исследование мышц тазового дна в сочетании с пальпацией промежности и подсчетом промежностного индекса.

3. Основанием для хирургического лечения несостоятельности тазового дна служит степень выраженности функциональных нарушений, определяемая при манометрическом исследовании и подсчете промежностного индекса. При показателях промежностного индекса более 10 баллов и данных манометрического исследования более 70 мм. рт. ст. показано оперативное лечение.

Апробация работы

Работа выполнена в 2011 – 2014 гг. на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (зав. кафедрой – д.м.н., проф. Радзинский В.Е.) – в гинекологическом отделении ГБУЗ «Городская клиническая больница № 64 Департамента здравоохранения города Москвы» (гл. врач – д.м.н. Шарапова О.В.) и в акушерско-гинекологическом отделении ГБУЗ «Городская поликлиника № 22 Департамента здравоохранения города Москвы» (гл. врач – Вершинина Л.Г.).

Основные положения работы доложены на заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН. Результаты исследований по теме диссертации были представлены на VI Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (2013, Сочи); на III Национальном конгрессе «Пластическая хирургия» (2013, Москва); на II Междисциплинарном форуме с международным участием «Шейка матки и вульвовагинальные болезни» (2014, Москва), опубликованы в 3 печатных работах (статьи, тезисы), в том числе в 2 изданиях, включенных в перечень изданий, рекомендуемых ВАК РФ.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, пяти глав, которые включают материалы и методы исследования, результаты собственных исследований, обсуждение полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, приложений. Работа изложена на 101 странице машинописного текста, иллюстрирована 44

таблицами и 6 рисунками. Указатель литературы содержит 112 источника, из них 45 – на русском и – 67 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Контингент, материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования было изучено состояние здоровья 520 пациенток репродуктивного возраста, обратившихся в связи с плановым профилактическим обследованием. Критерием включения в исследование был репродуктивный возраст, критерием исключения – беременность на момент обследования.

У всех обследованных женщин программа исследования включала:

- клинико – анамнестический анализ;
- антропометрическое исследование;
- оценку сексуальной функции при помощи опросника «Индекс женской сексуальной функции» (FSFI) (Rosen R. et al., 2000);
- бактериоскопическое исследование влагалищного содержимого;
- определение pH среды влагалища;
- аминный тест;
- исследование микробиоценоза влагалища методом количественной ПЦР с детекцией результатов в реальном времени (ПЦР-РВ);
- цитологическое исследование мазков с шейки матки;
- кольпоскопию;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- пальпаторную оценку состояния промежности с подсчетом промежностного индекса (PI) (Радзинский В.Е. с соавт., 2010);
- манометрическое исследование мышц тазового дна (Люлько А.А. с соавт., 2013).

Пальпаторную оценку состояния промежности проводили при специальном гинекологическом исследовании. В первую очередь, измеряли длину передней промежности. При осмотре выявляли рубец на коже промежности, геморроидальные узлы, дилатацию уретры и анального

отверстия, фиксировали подтекание мочи и явления анальной инконтиненции в покое и при напряжении. Сравнивали возможность визуализации шейки матки из половой щели в покое и при напряжении, ее дистопию относительно половой щели, оценивали зияние половой щели в покое и при натуживании. После осмотра проводили пальпацию промежности. После введения указательного пальца во влагалище, большой палец позиционировали в области промежностного шва. Между исследующими пальцами оценивали толщину промежности по трем критериям: нормальная, истонченная или кожно-слизистая пластинка. Далее пальпаторно оценивали перинеальный тонус, для чего большой палец поочередно устанавливали слева и справа от промежностного шва, а пациентку просили напрячь тазовое дно: степень сокращения мышц промежности определяли субъективно: нормальный тонус, тонус снижен, тонус отсутствует.

Для выявления степени дистопии мышц тазового дна во влагалище вводили один, затем два пальца правой руки, увеличивая расстояние между ними. Пациентку просили сжать введенные пальцы мышцами промежности. Минимальная позиция, при которой исследователь ощущал тонус промежности, отражала степень дистопии мышц тазового дна.

Каждому из показателей было присвоено соответствующее балльное значение. Сумма баллов составила значение PI.

Определение силы сокращения мышц тазового дна проводили по методике, описанной Люлько А.А. с соавт. (2013), с использованием аппарата Муранивского. Для проведения исследования женщина занимала горизонтальное положение, лежа на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. На пневматический датчик аппарата Муранивского натягивали одноразовый латексный барьер, вводили во влагалище, после этого на манометре выставляли начальное давление 20 мм. рт. ст. Пациентка максимально сжимала мышцы влагалища для удержания датчика. В последующем попытку извлечь датчик проводили при 40, 50, 60

мм. рт. ст. и т. д. Определяли минимальные цифры давления, при которых пациентка удерживала датчик. Лучшее состояние промежности соответствовало меньшему значению по данным манометрического исследования.

На основании наличия или отсутствия зияния половой щели — патогномоничного признака НТД, были сформулированы две группы: первую группу составили 186 женщин с наличием НТД, вторую — 334 женщины без НТД.

На втором этапе всем пациенткам с диагностированной НТД предложено лечение. Консервативное лечение проводили пациенткам с низким значением РІ и небольшим снижением силы сокращения мышц тазового дна, соответствующие НТД I ст., путем тренировки мышц тазового дна индивидуальными тренажерами. Согласие на консервативное лечение было получено от 56 пациенток.

Хирургическое лечение было направлено на восстановление топографо – анатомических характеристик тазового дна. Дали согласие на операцию и были прооперированны 62 пациентки.

Контрольный осмотр пациенток после лечения проводили спустя 6 месяцев. Анализ эффективности проведенного лечения выполняли на основании выявления жалоб, оценки состояния тазового дна путем повторного манометрического исследования и подсчета РІ, оценивали состояние биоценоза влагалища. Для оценки эффективности лечения сравнивали показатели РІ и данные манометрического исследования со значениями до лечения.

Данные, полученные в результате исследований, были обработаны статистически на персональном компьютере методом вариационной статистики с помощью программы «Statistica 6.1» (Серия No AXAR802D898511FA).

Результаты исследования

В результате проведенного исследования НТД была диагностирована у 186 женщин (36%). Зияние половой щели, как патогномоничный признак НТД, зарегистрировано у всех женщин с НТД. У 66 (35,4%) женщин было выявлено зияние половой щели в покое, а у 120 (64,5%) – при напряжении.

При анализе среднего возраста обследованных женщин в группах различий выявлено не было ($p > 0,05$). Средний возраст в первой группе составил $34,8 \pm 4,2$, во второй группе – $34,1 \pm 5,1$, однако следует отметить, что по мере увеличения степени выраженности НТД достоверно увеличивался возраст женщин. Из этого следует, что патологические изменения тазового дна усугубляются с течением времени, а сам возраст женщин не влияет на развитие НТД.

Вопреки ожиданиям, в группе с признаками НТД не оказалось больше женщин, занимающихся тяжелым физическим трудом: анализ трудовой деятельности не выявил достоверных различий по группам ($p > 0,05$).

Данные мировой литературы о влиянии массы тела на развитие НТД неоднозначны. В то время как Dolan L. M. et al. (2010) установили, что избыточная масса тела является предрасполагающим фактором развития НТД, а увеличение внутрибрюшного давления при ожирении способствует прогрессированию НТД, Whitcomb E. L. et al. (2009) показали, что достоверных различий в развитии НТД у женщин в зависимости от массы тела нет. По данным нашего исследования также не было выявлено корреляционной взаимосвязи между индексом массы тела и развитием НТД.

Анализ сексуальной функции выявил женскую сексуальную дисфункцию у 49 (25,8%) женщин с НТД, что достоверно больше, чем в группе без признаков НТД – 36 (10,8%), ($p \leq 0,05$).

Среди экстрагенитальных заболеваний в обеих группах преобладали болезни сердечно-сосудистой системы. Группы достоверно не различались по болезням органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, щитовидной железы ($p > 0,05$), и, как ни странно, органов пищеварения. Болезни

мочеполовой системы диагностировались у 43 (23,1%) пациенток с НТД и 39 (11,7%) — в группе без НТД. Каждая четвертая женщина в первой группе страдала хроническим циститом.

Анализ особенностей менструальной функции не выявил достоверных межгрупповых отличий в возрасте менархе, длительности и продолжительности менструации ($p > 0,05$), равно как и по показателям возраста начала половой жизни и использования методов контрацепции ($p > 0,05$).

Анализ гинекологической заболеваемости показал, что в ее структуре преобладали невоспалительные болезни влагалища 190 (36,5%), при этом нарушения биоценоза влагалища выявлены у 79% женщин с НТД. Рецидивирующие вагиниты выявлены у 149 (28,7%) женщин, воспалительные болезни шейки матки — 138 (26,5). Болезни шейки матки были выявлены у половины обследованных женщин, при этом хронический цервицит выявлен у 67 (36,0%) женщин в группе с НТД и у 71 (21,2%) — без НТД.

При изучении акушерского анамнеза выявлено, что максимальное количество беременностей было у женщин с НТД, среднее число беременностей в этой группе составило $2,34 \pm 1,61$, что было достоверно больше ($p \leq 0,05$). В группе без признаков НТД число женщин после первых и повторных родов значительно не отличалось, тогда, как в группе с НТД было достоверно больше женщин после повторных травматичных родов — 130 (69,9%), ($p \leq 0,05$).

Самым частым исходом беременностей, не закончившихся родами, был медицинский аборт 233 (44,8%), количество женщин, выполнивших медицинский аборт в группе с НТД составило 84 (45,2%), а в группе без НТД — 149 (44,6%), достоверных отличий в группах не выявлено ($p > 0,05$).

В анамнезе у каждой десятой пациентки был самопроизвольный выкидыш — 53 (10,2%). В группе с НТД самопроизвольное прерывание беременности выявлено у 22 (11,8%) женщин, что достоверно чаще, чем во

второй группе ($p \leq 0,05$). Возможно, беременность у этих женщин наступала на фоне НТД, которая явилась одним из факторов, послуживших причиной самопроизвольных выкидышей.

Традиционно роды и травма промежности рассматриваются в качестве провоцирующего фактора, запускающего весь механизм формирования НТД (Mladenovic-Segedi L., et al. 2010; Gyhagen M. et al., 2013). И хотя акушеры – гинекологи во всем мире продолжают поиски оптимального метода родоразрешения, который бы снизил число травм тазового дна, общее количество травм в родах не уменьшается (Elfaghi I., et al. 2014).

В результате проведенного исследования было выявлено, что в обеих группах преобладали роды через естественные родовые пути. Доля женщин, рожавших через естественные родовые пути, составила соответственно 79,2% в группе с НТД и 75,1% — без НТД. Анализ методов родоразрешения не выявил достоверных различий среди групп ($p > 0,05$).

Анализируя травматические повреждения в родах, установлено, что суммарная частота травм промежности среди исследуемого контингента составило 56,9%, из них 61,0% женщин были травмированы в первых родах, а 39,0% — при повторных. В структуре перинеальных травм в родах преобладали разрывы промежности, которые имели место у 57 (30,7%) женщин с НТД и у 69 (20,7%) без НТД. Второе место в структуре травм тазового дна занимали эпизио- и перинеотомии. Рассечение промежности в родах перенесла 61 (32,8%) женщина в группе с НТД и 53 (15,9%) без НТД. При этом разрывы стенок влагалища и рассечение промежности достоверно чаще встречались у женщин с НТД ($p \leq 0,05$).

Анализ состояния промежности выявил НТД у 26,3% женщин, не имевших в анамнезе травму тазового дна, и у 15,6% отмечавших только разрывы задней стенки влагалища.

На сегодняшний день имеются данные о том, что повреждение тазового дна происходит последовательно: задняя стенка влагалища, лобково-копчиковая мышца, кожа промежности (Крижановская А.Н., 2012).

Это позволяет предположить наличие у этих женщин скрытых, не диагностированных травм тазового дна. В современной литературе данные о скрытых травмах промежности достаточно противоречивы. В то время как M. Kolodziejczak et al. (2011) отмечают, что скрытые травмы тазового дна составляют 3,9%, V. Kalis et al. (2007) выявили не диагностированные травмы тазового дна у 67%, а по результатам исследования Крижановской А.Н. (2012) скрытые травмы промежности обнаруживаются у 13,3% первородящих и 36,4% повторнородящих женщин.

При анализе состояния тазового дна в зависимости от времени, прошедшего после травматического повреждения в родах, выявлена корреляционная зависимость между состоянием тазового дна и временем, прошедшим после травматичных родов. Худшее состояние промежности выявлено у женщин с НТД, т.е. после родов, осложненных травмой промежности более 5 лет назад. Наши данные созвучны с данными Л.Р. Токтар (2005), М.А. Мариловой (2007).

Анализ состояния биоценоза влагалища, проведенный по критериям Амсея и Ньюджента, выявил бактериальный вагиноз у 147 (79,0%) женщин в группе с НТД и у 31 (9,3%) без НТД. Таким образом, бактериальный вагиноз достоверно чаще имел место у пациенток с НТД ($p \leq 0,05$) и сопровождался жалобами на бели, зуд, положительным аминным тестом, изменением pH влагалищного содержимого в сторону ощелачивания.

При оценке состояния промежности с подсчетом промежностного индекса (PI), среднее значение PI у женщин с НТД был достоверно больше и составило $16,53 \pm 4,71$, тогда как у женщин без признаков НТД среднее значение PI составило $2,11 \pm 1,12$ ($p \leq 0,05$).

Манометрическое исследование мышц тазового дна выявило снижение силы сокращения мышц тазового дна у женщин с НТД; ее среднее значение составило $93 \pm 4,3$ мм. рт. ст., в группе с НТД и $47 \pm 3,7$ мм. рт. ст. без НТД. Данные манометрического исследования мышц тазового дна выявили достоверное отличие групп ($p \leq 0,05$).

Выявлена прямая корреляционная зависимость высоких показателей РІ и состояния биоценоза влагалища ($r=0,8$).

Факторами риска НТД оказались: двое и более родов, осложненных травмой промежности ($OR = 3,5$), разрывы и рассечения промежности в родах ($OR = 3,3$), нарушенный биоценоз влагалища ($OR = 2,9$).

На основании оценки факторов риска развития НТД была создана шкала оценки состояния тазового дна у женщин репродуктивного возраста (таблица 1). При сумме баллов до 15 клинически состояние тазового дна соответствует НТД I ст., сумма баллов 16 – 20 соответствует клиническим признакам НТД II ст., а сумма баллов более 20 клинически проявляется НТД III ст.

Всем женщинам с признаками НТД было предложено лечение.

Выбор метода коррекции НТД осуществляли на основании анализа количества баллов по данным шкалы оценки состояния тазового дна (таблица 1), клинической картины, данных промежностной пальпации и манометрического исследования.

Женщинам с суммой баллов до 15 (НТД I степени) было предложено консервативное лечение, заключающееся в тренировке мышц тазового дна с помощью специальных тренажеров. Пациенткам, у которых шкала оценки состояния тазового дна выявила более 15 баллов (НТД II – III ст.), было предложено хирургическое лечение. Целью хирургического лечения являлось восстановление нормальных анатомических взаимоотношений между структурами тазового дна. Объем оперативного лечения составил: перинеолеваторопластика – у 27 (43,5%) женщин, перинеолеваторопластика + пластика задней стенки влагалища – у 35 (56,5%) пациенток.

Эффективность проведенного лечения оценивали спустя 6 месяцев. Подвергали анализу состояние биоценоза влагалища, значение промежностного индекса и данные манометрии мышц тазового дна. Среднее значение РІ после хирургического лечения составило $1,79 \pm 1,12$. Анализ результатов манометрического исследования также выявил улучшение

состояния тазового дна, среднее значение которого после хирургического лечения составило $22 \pm 3,47$ мм. рт. ст.

Таким образом, у прооперированных пациенток диагностировано достоверное увеличение силы сокращения мышц тазового дна и снижение РІ, а, следовательно, и лучшее состояние тазового дна ($p \leq 0,05$).

Анализ эффективности консервативного лечения выявил, улучшение у 23 (41,1%) женщин, у которых по данным шкалы оценки состояния тазового дна выявлено не более 8 баллов.

Среднее значение РІ у этих пациенток после лечения составило $2,18 \pm 1,23$. Анализ результатов манометрического исследования, среднее значение которого составило $32 \pm 5,12$ мм. рт. ст., также показал улучшение состояние тазового дна,

Значение РІ после консервативной коррекции НТД у этих пациенток было сопоставимо с РІ женщин без признаков НТД.

Однако у 33 (58,9%) женщин с суммой баллов более 8 консервативное лечение оказалось неэффективным. Не обнаружено достоверного уменьшения РІ, среднее значение, которого у этих пациенток после лечения составило $7,14 \pm 0,15$. Анализ результатов манометрического исследования, среднее значение — $51 \pm 4,67$ мм. рт. ст., также не выявил увеличения силы сокращения мышц тазового дна.

Следует отметить, что у женщин с суммой баллов до 8 зияние половой щели было обусловлено снижением тонуса и сократительной активности мышц промежности, в отличие от пациенток с суммой баллов более 8, у которых зияние половой щели являлось результатом нарушения целостности тазового дна.

Результаты нашего исследования коррелируют с исследованием Токтар Л.Р. (2005), которая отмечает необходимость хирургической коррекции при нарушении анатомической целостности тазового дна.

Таблица 1.

Шкала оценки состояния тазового дна у пациенток репродуктивного возраста.

Показатель	Роды				Травма промежности в единственных родах						Травма промежности в повторных родах					Биоценоз			Лейкоцитоз		PI			Данные манометрического исследования			ДСТ		
	нет	Кесарево сечение	вагинальные		Нет	Разрыв стенок влагалища	Рассечение промежности	Разрыв промежности I ст.	Разрыв промежности II ст.	Разрыв промежности III ст.	Разрыв стенок влагалища	Рассечение промежности	Разрыв промежности I ст.	Разрыв промежности II ст.	Разрыв промежности III ст.	Нормальная микрофлора	Промежуточный тип микрофлоры	Бактериальный вагиноз	До 30	Более 30	7 -16	17 - 20	21 и более	40 – 70 мм. рт. ст.	70 – 90 мм. рт. ст	Более 90 мм. рт. ст.	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
баллы	0	1	2	3	0	1	2	3	4	5	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3
n	2	89	56	130	38	9	37	25	12	2	10	24	14	4	0	15	24	147	55	131	122	61	3	118	54	14	83	17	3
(%)	1,1	20,8	30,1	69,9	20,4	4,8	19,9	13,4	6,4	1,1	5,4	12,9	7,5	12,2	0	8,1	12,9	79,0	29,5	70,4	65,6	32,7	1,6	63,4	29,0	7.5	44,6	9.1	0

Повторная оценка женской сексуальной функции после хирургического лечения позволила установить FSFI < 26,5 у 9,7%. Выявлено уменьшение количества женщин с женской сексуальной дисфункцией в 2,6 раза после хирургической коррекции НТД.

Таким образом, проведенное исследование позволяет считать целесообразным оценку состояния тазового дна при минимальных его изменениях с последующей коррекцией имеющейся НТД. Выбор метода коррекции у женщин репродуктивного возраста основан на подсчете суммы баллов по данным шкалы оценки состояния тазового дна.

ВЫВОДЫ:

1. Несостоятельность тазового дна у женщин репродуктивного возраста составляет в среднем 36 %, в том числе после первых родов – у 30,1 %, после повторных – у 69,9%. 26,3% пациенток, не травмированные в родах, имеют признаки несостоятельности тазового дна.

Травмы промежности в родах увеличивают распространенность несостоятельности тазового дна: после первых родов до 21,6% (в 2 раза), а после повторных – до 52,1% (в 3 раза).

2. Симптомокомплекс, определяющий тяжесть синдрома несостоятельности тазового дна, включает в себя: зияние половой щели (100%), нарушение биоценоза влагалища (79%), доброкачественные заболевания шейки матки (36%), нарушения сексуальной функции (25,8%).

3. Наиболее значимым фактором риска несостоятельности тазового дна являются: двое и более родов, осложненных травмой промежности, в том числе восстановленной (OR=3,5), разрывы и рассечения промежности в родах с последующим ушиванием (OR=3,3), нарушенный биоценоз влагалища (OR=2,9).

4. Предложенный алгоритм выбора метода лечения пациенток с несостоятельностью тазового дна, основанный на ранжировании наиболее значимых факторов риска (OR>2), позволяет своевременно определить

показанный объем лечения и профилактировать несостоятельность тазового дна на протяжении пятилетнего периода.

5. Хирургическое вмешательство при сумме баллов, разработанной шкалы оценки состояния тазового дна, более 8 способствует не только восстановлению архитектоники тазового дна, но и улучшению показателей женской сексуальной функции в 2 раза и более.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. С целью снижения частоты развития несостоятельности тазового дна необходимо ограничить показания для рассечения промежности в родах, проводить профилактику нарушения биоценоза влагалища.

2. Для раннего выявления пролапса после родов каждую женщину необходимо обследовать на предмет несостоятельности тазового дна с использованием шкалы оценки состояния тазового дна.

3. Выбор метода коррекции несостоятельности тазового дна должен быть основан на регистрации силы сокращения мышц тазового дна и оценке промежностного индекса в строгом соответствии с показателями шкалы оценки состояния тазового дна.

4. Для максимальной точности манометрического определения показаний к выбору метода лечения следует опираться на результаты измерения силы сокращения мышц тазового дна, осуществляемого прибором с влагалищным баллоном, регистрирующим силу, препятствующую извлечению баллона.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Тотчиев Г.Ф., Токтар Л.Р., Апокина А.Н., Коннон Р. **Тигиева А.В.** Морфологические и иммуногистохимические критерии тяжести пролапса гениталий // **Ульяновский медико-биологический журнал.** — 2012. — № 3. — С. 146-150.
2. Тотчиев Г.Ф., Токтар Л.Р., **Тигиева А.В.**, Завадина Е.В. Состояние влагалищного биотопа у пациенток репродуктивного возраста, страдающих

несостоятельностью тазового дна // **Вестник РУДН, Сер. «Медицина. Акушерство и гинекология».** — 2013. — № 5. — С. 146-150.

3. Токтар Л.Р. **Тигиева А.В.** Несостоятельность тазового дна у пациенток репродуктивного возраста // Материалы III Национального конгресса «Пластическая хирургия. М.: — 2013. — С. 123 - 124.

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Тигиева Анна Вячеславовна

Диссертационное исследование посвящено изучению патогенетических механизмов развития несостоятельности тазового дна у женщин репродуктивного возраста. В результате выполненной работы выявлена распространенность несостоятельности тазового дна среди пациенток репродуктивного возраста. Выявлены основные факторы риска развития несостоятельности тазового дна: двое и более родов, осложненных травмой промежности, в том числе восстановленной, разрывы и рассечения промежности в родах с последующим ушиванием, нарушенный биоценоз влагалища. Определен симптомокомплекс, определяющий тяжесть синдрома несостоятельности тазового дна. Предложенный алгоритм дифференцированного подхода к выбору метода коррекции несостоятельности тазового дна у женщин репродуктивного возраста позволяет повысить эффективность лечения женщин с несостоятельностью тазового дна.

PELVIC FLOOR DYSFUNCTION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Anna V. Tigieva

Dissertational research is devoted to the study of the pathogenic mechanisms of development of pelvic floor dysfunction in women of reproductive age. The results of research revealed the prevalence of pelvic floor dysfunction among women of reproductive age. Identified the main risk factors for recurrence of pelvic floor dysfunction: two or more deliveries with perineal trauma, obstetric injuries, abnormal vaginal biocenosis. Defined syndrome that determines the severity of the syndrome of pelvic floor dysfunction. The proposed algorithm for a differentiated approach to the choice of the method of correction of pelvic floor dysfunction in women of reproductive age improves the efficiency of treatment of patients with pelvic floor dysfunction.