

Сведения об авторах:

Д.А. Мурзаева* - аспирант, ассистент кафедры

М.А. Киселева – студент

А.А. Долгушин – аспирант

А.А. Суфианов - доктор медицинских наук

А.Ю. Орлов - доктор медицинских наук

Ю.М. Забродская - доктор медицинских наук

Information about the authors:

D.A. Murzaeva* - postgraduate student, department assistant

M.A. Kiseleva – student

A.A. Dolgushin - postgraduate student

A.A. Sufianov - Doctor of Science (Medicine)

A.Y. Orlov - Doctor of Science (Medicine)

Y.M. Zabrodskaya - Doctor of Science (Medicine)

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

dzhamilay22@mail.ru

УДК 616.62-007.43

СООТНОШЕНИЕ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НМТД С ДИАГНОЗОМ, АНАМНЕЗОМ И ПОЛУЧЕННЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ РАЗМЕРОВ СТРУКТУР ТАЗОВОГО ДНА

Екатерина Сергеевна Овчинникова¹, Зарина Шамилевна Попова¹, Анна Михайловна Богданова^{1,2}, Андрей Владимирович Ураков²

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

²ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Недостаточность мышц тазового дна (НМТД) у женщин является актуальной проблемой современной гинекологии и урологии. Нарушения в связочном аппарате влагалища и матки, являются причиной выпадения внутренних половых органов или их опущения. Данное заболевание не представляет собой угрозу для жизни, однако в значительной мере ухудшает качество жизни. **Цель исследования** – провести анализ выбора оперативного вмешательства на основе данных анамнеза, диагноза и измерения стандартных точек, обозначающих положение и размеры структур тазового дна по классификации POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). В том числе, оценить динамику послеоперационного лечения. **Материал и методы.** Проведен анализ данных анамнеза жизни пациентов, диагноза, а также предоперационных и послеоперационных осмотров, в гинекологическом отделении ГБУЗ СО ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга, с диагнозом недостаточность мышц тазового дна (НМТД) 3 степени, согласно МКБ-10 N81: пролапс тазовых органов. **Результаты.** В исследовании были отобраны пациенты сходные по

большинству критериев. Средний возраст женщин составил ME 65(p2562-p7569). **Обсуждение.** Сегодня точно установлено, что НМТД обладает прогрессирующим характером течения, механизм которого связывают, в том числе, с процессами старения. Причем эти изменения не связаны с каким-либо конкретным заболеванием. **Выводы.** Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод о том, что решение о той или иной операции подтверждают предоперационные обследования по классификации POP-Q. В том числе, также обусловлены наличием соответствующих жалоб пациентов и клиническими проявлениями данного заболевания.

Ключевые слова: недостаточность мышц тазового дна, пролапс тазовых органов.

THE RATIO OF THE CHOICE OF SURGICAL TREATMENT OF NMTD WITH THE DIAGNOSIS, ANAMNESIS AND THE OBTAINED RESULTS OF THE SIZE OF PELVIC FLOOR STRUCTURES

Ekaterina S. Ovchinnikova¹, Zarina Sh. Popova¹, Anna M. Bogdanova^{1,2}, Andrey V. Urakov²

¹Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy

Ural state medical university

²Central City Hospital № 7

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Pelvic floor muscle insufficiency (NMTD) in women, it is an urgent problem of modern gynecology and urology. Disorders in the ligamentous apparatus of the vagina and uterus are the cause of prolapse of the internal genitalia or their omission. This disease does not pose a threat to life, but significantly worsens the quality of life. **Material and methods.** The analysis of the data of the life history of patients, their diagnosis, as well as preoperative and postoperative examinations, in the gynecological department of the State Medical Institution with the Central Clinical Hospital № 7 was carried out. Yekaterinburg, with a diagnosis of pelvic floor muscle insufficiency (NMTD) of the 3rd degree, according to MCB-10 N81: pelvic organ prolapse. **Results.** The study selected patients who were similar in most criteria. The average age of women was ME 65 (p2562-p7569). Today, it is precisely established that NMTD has a progressive nature of the course, the mechanism of which is associated, among other things, with aging processes. Moreover, these changes are not associated with any specific disease. **Conclusions.** Taking into account the results obtained, it can be concluded that the decision on a particular operation is confirmed by preoperative examinations according to the POP-Q classification. In particular, they are also due to the presence of relevant patient complaints and clinical manifestations of this disease.

Keywords: pelvic floor muscle failure, pelvic organ prolapse.

ВВЕДЕНИЕ

Заболееваемость НМТД (несостоятельность мышц тазового дна) точно не установлена, однако известно, что патология широко распространена в популяции женщин, встречаясь у 22% в молодом возрасте и достигая 70% у

людей пожилого возраста. Несмотря на то, что НМТД может развиваться в любом периоде жизни, сегодня четко установлена взаимосвязь заболевания с возрастом. По данным Американского колледжа акушеров гинекологов (ACOG), пик заболеваемости НМТД приходится на возраст от 70 до 79 лет, поэтому, учитывая скорость старения населения в США, ожидается, что к 2050 году число пациентов, страдающих этой патологией, увеличится примерно на 50% [1]. По данным [2] частота пролапса гениталий у пациенток в послеродовом периоде варьирует в широких пределах: 8,8-57%. Дисфункция мышц тазового дна – серьезная патология, которая встречается у 47% женщин репродуктивного возраста [3].

НМТД можно рассматривать как разновидность грыжи тазового дна, развивающейся в области входа во влагалище. При изолированном опущении передней стенки влагалища уместно использование термина цистоцеле, при опущении задней стенки – ректоцеле. Клиническая практика показывает, что при небольших степенях опущения стенок влагалища чаще можно наблюдать недержание мочи или поллакиурию.

В настоящее время накоплен значительный опыт в этой области, а именно: существует более двухсот способов хирургического лечения пролапса гениталий, в том числе с использованием новых технологий.

Показанием к хирургическому лечению является симптоматически выраженный пролапс II-IV степени. II степень — шейка матки или стенки влагалища опускаются до входа во влагалище; III степень — шейка матки или стенки влагалища опускаются за пределы входа во влагалище, а тело матки располагается выше него; IV степень — вся матка или стенки влагалища находятся за пределами входа во влагалище.

Цель исследования – провести анализ выбора оперативного вмешательства на основе данных анамнеза, диагноза и измерения стандартных точек, обозначающих положение и размеры структур тазового дна по классификации POP-Q [4]. В том числе, оценить динамику послеоперационного лечения пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе гинекологического отделения ГБУЗ СО ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга. Нами отобрана 21 пациентка в возрасте от 51 года до 77 лет, с заболеванием НМТД 3 степени. Диагноз НМТД 3 степени устанавливался на основе клинических, инструментальных и лабораторных исследований в соответствии с МКБ-10. Проведен предоперационный осмотр, уточняющий диагноз и определяющий выбор оперативного вмешательства. А также были выданы анкеты на бумажных носителях в виде таблицы, которые включали в себя 22 вопроса, для определения течения клинических проявлений данного заболевания. По данным результатам пациентам с НМТД было предложен тот или иной объем оперативного лечения. Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Microsoft Excel. Оценка полученных данных описывалась формулами: “Медиана”, “Персентиль”, “Счетесли” и “Ошибка доли”.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты анализа акушерско-гинекологического анамнеза показали, что регулярный менструальный цикл был у $95,24 \pm 0,05\%$ из исследуемых пациенток статистически значимо не различался. Среднее количества родов составило Me 2 (p251-p752) у $47,62 \pm 0,11\%$ пациенток, при этом в $90,48 \pm 0,03\%$ случаев хоть один раз пациенткам проводился искусственный медицинский аборт. Большая часть пациенток ($52,38 \pm 0,11\%$) начали половую жизнь в Me 20 (p2520-p7521) лет. Менопауза у исследуемых женщин наступила Me 15 (p2513,5-p7520) лет назад.

По результатам анкетирования нами было выявлено, что у 14 (p2514-p7514) пациенток присутствуют жалобы на дискомфорт, боль, чувство давления или инородного тела во влагалище и на тяжесть внизу живота. Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и незначительная потеря мочи по каплям ощущали 1 (p250-p751) и 1 (p250-p751) пациентов соответственно. Послеродовые разрывы были у 1 (p250-p751) пациентов. Длительность заболевания у пациентов составила в среднем Me 2,0 (p251-p756) года.

Выбор оперативного вмешательства был обоснован постановкой клинического диагноза, основанного на гинекологическом исследовании структур тазового дна по классификации POP-Q [4].

В $19,05 \pm 0,09\%$ (у 4 пациенток) была выполнена передняя кольпоррафия. Всем женщинам был поставлен диагноз НМТД 3 степени, цистоцеле 3 степени и результатами гинекологического исследования структур тазового дна по классификации POP-Q, в среднем составили: TVL (общая длину влагалища) равна Me 5,9 (p255,48-p756,5) см, GH (длину половой щели) - Me 2,5 (p251,88-p753,0) см, а PB (длину тела промежности) – Me 2,25 (p251,88-p752,5) см.

В $23,81 \pm 0,09\%$ (у 5 пациенток) была выполнена передняя и задняя кольпоррафии. Поскольку в ходе гинекологического осмотра установлен диагноз НМТД 3 степени, цистоцеле и результатами гинекологического исследования структур тазового дна по классификации POP-Q, средние значения составили: TVL (общая длину влагалища) равна Me 4,9 (p254,5-p7524,5) см, GH (длину половой щели) - Me 2,0 (p252,0-p752,5) см, а PB (длину тела промежности) - Me 2,0 (p251,5-p752,0) см.

В $47,62 \pm 0,11\%$ (у 10 пациенток) была выполнена влагалищная экстирпация матки без придатков. Выбор оперативного вмешательства был обоснован постановкой клинического диагноза НМТД 3 степени, элонгация шейки матки у всех. Результаты гинекологического исследования структур тазового дна по классификации POP-Q, их средние величины составили: TVL (общая длину влагалища) равна Me 6,0 (p255,25-p756,0) см, GH (длину половой щели) - Me 6,0 (p253,0-p755,5) см, а PB (длину тела промежности) - Me 2,0 (p252,0-p752,75) см.

В $14,29 \pm 0,08\%$ (у 3 пациенток) была выполнена лапароскопическая экстирпация матки с придатками, Mesh-вагинопексия. Выбор оперативного вмешательства был обоснован постановкой клинического диагноза НМТД 3 степени. Результаты гинекологического исследования структур тазового дна по классификации POP-Q, их средние величины составили: TVL (общая длину

влагалища) равна Me 5,0 (p254,5-p7516,5) см, GH (длину половой щели) - Me 2,5 (p252,25-p752,75) см, а PV (длину тела промежности) - Me 1,5 (p251,35-p751,75) см.

ОБСУЖДЕНИЕ

Женщины испытывали жалобы, преимущественно связанные с НМТД такие как дискомфорт, чувство давления, боли, инородного тела во влагалище, а также потеря мочи по каплям при физической нагрузке. Сухость беспокоила 23,81±0,09% пациенток. На ощущение жжения и зуда ни одна из пациенток жалоб не предъявляла.

Особую эпидемиологическую настороженность вызывает период постменопаузы в связи с перестройкой гормонального статуса и возникновением дефицита эстрогенов, а также уменьшением синтеза компонентов соединительной ткани [5]. Число пациенток с НМТД имеет тенденцию к росту не только за счет увеличения продолжительности жизни, но и в результате «омоложения» заболевания, а также увеличения количества рецидивирующих и осложненных форм.

Лишь одна из пациенток (4,76±0,05%) иногда занимается тренировками мышц тазового дна по Кегелю. Малоинвазивные методы лечения, то есть малоинвазивные лазеры - эрбиевый и углекислотный применяли 19,05±0,09% женщин. Можем сделать вывод о том, что большинство пациентов не обращались к врачу и не профилактировали это заболевание, для того чтобы отсрочить и/или не прибегать к оперативному вмешательству.

Всем пациенткам, которым была произведена экстирпации матки, в сочетании с передней и задней кольпоррафией, изолированно передняя кольпоррафия, передне-задняя кольпоррафия, выбор операции обусловлен наличием данных в диагнозе НМТД 3 степени, элонгации шейки матки, а также полученными результатами предоперационного обследования по классификации POP-Q.

ВЫВОДЫ

1. Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод о том, что анатомические размеры пациентов по размерам предоперационного обследования по классификации POP-Q обуславливают выбор о той или иной операции.

2. В том числе, также обуславливают наличие соответствующих жалоб пациентов, клинических проявлений.

3. Структура (НМТД) и функции (симптомы) связаны между собой, восстанавливая анатомически правильную структуру тазового дна, улучшается функция смежных органов и качество жизни пациентов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Короткевич О. С. и др. Недостаточность мышц тазового дна у пожилых женщин: эпидемиология, клинические проявления, эффективность лечения //Мать и дитя в Кузбассе. – 2020. – No 4 (83). – С. 44-51.

2. Хапачева.Ю., Артымук Н.В факторы риска дисфункции тазового дна и компьютерная программа его прогнозирования у женщин в послеродовом периоде //Медицина в Кузбассе. – 2021. – No 2 – С. 59-64.

3. Быченко В.В. Пропалс тазовых органов у женщин - скрытая угроза (обзор литературы) //Вестник Сыктывкарского университета. Серия 2. Биология. Геология. Химия. Экология. – 2021. – No 2 (18). – С. 73-80.

4. Клинические рекомендации: выпадение женских половых органов //Министерство Здравоохранения РФ – 2021.

5. Гаврилов М.В. и др. Опыт коррекции пролапса гениталий при помощи лапароскопической латеральной кольпопексии у пациенток, перенесших тотальную или субтотальную гистерэктомию //РМЖ. Мать и дитя. – 2019. – No 2 (1). – С. 28-32.

Сведения об авторах

З.Ш. Попова* – студент

Е. С. Овчинникова – студент

А.М. Богданова – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, врач гинекологического отделения № 1 ГБУЗ СО ЦГБ № 7 г.Екатеринбурга

А.В. Ураков - врач гинекологического отделения № 1 ГБУЗ СО ЦГБ № 7 г.Екатеринбурга

Information about the authors

Z.Sh. Popova* – student

E.S. Ovchinnikova – student

A.M. Bogdanova - Candidate of Sciences (Medicine), Assistant of the Department of ONiTA

A.M. Bogdanova – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, doctor of the Gynecological Department № 1 of the State Medical Institution with the Central Clinical Hospital № 7.Yekaterinburg

A.V. Urakov - doctor of the gynecological department № 1 of the GBUZ SO CGB № 7.Yekaterinburg

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

ya.popova-zarina@yandex.ru

УДК 618.14-002

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СНИЖЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Найда Валеховна Пашаева¹, Анастасия Александровна Гришкина^{1,2}

¹Кафедра патологической анатомии и судебной медицины.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

²ФГБУ «Научно-исследовательский институт Охраны Материнства и Младенчества»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Согласно литературным данным, эндометриоз является одной из самых частых патологий у женщин репродуктивного возраста. **Цель**