

Аллаярова Виктория Флоритовна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ
РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА**

3.1.4. – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Ящук Альфия Галимовна

Официальные оппоненты:

Оразов Мекан Рахимбердыевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы" Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, Медицинского института

Михельсон Анна Алексеевна – доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель научного отдела сохранения репродуктивной функции

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

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.004.02 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте www.bashgmu.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2024 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,

доктор медицинских наук, профессор

Валеев Марат Мазгарович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. У женщин репродуктивного возраста основной причиной формирования ПТО является травматизм естественных родовых путей. Частота эпизиотомии и перинеотомии в родах, по данным разных авторов составляет от 6% до 30%. Повреждения в родах мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*), приводит к нарушению физиологических процессов в малом тазу, нарушению иннервации и трофики данной области, что способствует возникновению цистоцеле, ректоцеле (Кулаков В. И., Аполихина И. А., 2005; Ящук А. Г., Мусин И. И., 2014).

Хотя две трети рожавших женщин имеют анатомические признаки ПТО, у большинства этих женщин симптомы отсутствуют (Swift S. E. et al., 2003). Исследователями выявлено, что во всем мире доля женщин, у которых при гинекологическом осмотре выявляются признаки пролапса, составляет до 46%, однако симптоматически дисфункция тазового дна проявляется лишь в 11-12% случаев. В настоящее время наблюдается рост числа пациенток репродуктивного возраста, страдающих данной патологией. Согласно данным некоторых исследователей, количество женщин, страдающих дисфункцией тазового дна, моложе 40 лет составляет до 26 %. Важными немодифицируемыми факторами риска являются наследственность и наличие дисплазии соединительной ткани (ДСТ) (Njoku C. et al., 2015).

Женщины с симптоматическими проявлениями дисфункции тазового дна страдают от физических и эмоциональных расстройств. Это оказывает большое негативное влияние на социальное, физическое и психологическое благополучие женщин. С учетом тенденции к старению населения дисфункция тазового дна будет становиться все более актуальной с точки зрения снижения качества жизни, производительности труда и затрат системы здравоохранения (Wang P. et al., 2022).

Пожизненный риск хирургического вмешательства по поводу ПТО в общей женской популяции составляет 11,1%. Известно, что хирургическое лечение ПТО характеризуется относительно высокой частотой повторных операций по поводу рецидива пролапса. Существует множество способов хирургического лечения несостоятельности мышц тазового дна с целью коррекции структурных элементов, но не один из них не является идеальной «операцией». Ведется постоянный поиск новых хирургических методов, с целью восстановления функции тазовых органов. Применение собственных тканей все больше приобретает актуальность вовремя хирургического лечения пролапса у женщин репродуктивного возраста. Таким образом, идентификация факторов риска развития ПТО и его рецидивов имеет решающее значение для наилучшего ведения женщин с этим заболеванием, чтобы обеспечить надлежащее предоперационное консультирование или скорректировать ожидания пациентов от лечения и оптимизировать методы хирургического лечения (Ордянц И. М., 2023).

Цель работы: улучшение исходов оперативного лечения и качества жизни у женщин с ректоцеле при несостоятельности мышц тазового дна.

Задачи исследования

1. Выявить клинико-анамнестические, в том числе акушерско-гинекологические факторы риска развития ректоцеле у женщин.
2. Оценить клиническую эффективность хирургического метода лечения ректоцеле у женщин репродуктивного возраста с применением дубликатуры мышечного каркаса лобково-прямокишечной мышцы, провести анализ частоты, структуры и причин ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений у больных с ректоцеле после хирургического лечения с применением лобково-прямокишечной мышцы и без дополнительной коррекции собственными тканями.
3. Оценить качество жизни пациенток с ректоцеле до операции и через 6, 12 месяцев после оперативного лечения.
4. Провести анализ факторов риска рецидива ректоцеле после оперативного лечения и разработать прогностическую модель оценки риска послеоперационных рецидивов.

Научная новизна

Разработан способ хирургического лечения ректоцеле при несостоятельности мышц тазового дна у женщин репродуктивного возраста. Получен патент на изобретение «Способ хирургического лечения ректоцеле с использованием лобково-прямокишечной мышцы» № 2752027 от 22.06.2021г. Материалы диссертационного исследования внедрены в программы обучения студентов и ординаторов кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. В исследовании впервые проведен сравнительный анализ ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, возникших после коррекции ректоцеле у женщин репродуктивного возраста с применением лобково-прямокишечной мышцы и без дополнительной коррекции собственными тканями, а также зависимость развития этих осложнений от факторов риска.

Впервые с использованием метода профилометрии была проведена оценка функции прямой кишки пациенток, прооперированных по поводу ректоцеле на фоне пролапса гениталий, в том числе в отдаленном периоде времени, которая позволила объективизировать и индивидуализировать анатомические и функциональные результаты хирургического лечения. Для оценки анатомического состояния мышц mm. levatores ani до и после оперативного лечения была применена ультразвуковая диагностика, позволившая отследить динамику коррекции анатомических структур тазового дна.

Впервые разработана прогностическая модель оценки факторов риска рецидива ректоцеле после проведенного оперативного лечения.

Теоретическая и практическая значимость работы

В исследовании показано, что использование метода хирургической коррекции ректоцеле с применением лобково-прямокишечной мышцы позволяет достичь стойкого хирургического эффекта и снизить частоту послеоперационных рецидивов.

Установлено, что самостоятельная оценка пациентками степени выраженности симптомов пролапса гениталий и дисфункции прямой кишки играет существенную роль для дальнейшей удовлетворенности результатами хирургического лечения, при этом, метод оперативной коррекции ректоцеле с применением лобково-прямокишечной мышцы позволяет улучшить качество жизни больных и их удовлетворенность сексуальной сферой жизни.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 5 печатных работ, входящих в перечень рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК, 1 патент изобретение «Способ хирургического лечения ректоцеле с использованием лобково-прямокишечной мышцы» № 2752027 от 22.06.2021г.

Положения, выносимые на защиту:

1. Одним из главных патогенетических факторов развития ректоцеле у женщин репродуктивного возраста является не количество вагинальных родов, а их патологическое течение. Пациентки с наличием в анамнезе родов крупным плодом, стремительных, быстрых родов, первичной и вторичной слабости родовой деятельности, родов с применением ручного отделения последа находятся в группе риска по развитию ректоцеле.

2. Оперативное лечение ректоцеле с использованием m. puborectalis (лобково-прямокишечной мышцы), позволяет достигнуть улучшения запирающей функции анального сфинктера, оптимального баланса мышц антагонистов тазового дна, приводит к снижению риска рецидива выпадения прямой кишки и получению стойкого хирургического эффекта.

3. Использование данного метода хирургической коррекции приводит к значительному улучшению качества жизни и сексуальной функции у женщин репродуктивного возраста.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена в традиционной форме и состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа изложена на 112 страницах печатного текста, содержит 22 таблицы и 23 рисунка. Библиографический указатель включает 210 источников литературы, из них 89 отечественных и 121 иностранных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сто шестьдесят женщин репродуктивного возраста с неполным и полным выпадением органов малого таза, с ректоцеле при несостоятельности мышц тазового дна. Из них 100 женщин были прооперированы по поводу ректоцеле с помощью метода с использованием лобково-прямокишечной мышцы, 60 женщин были прооперированы без применения данной методики и обследованы ретроспективно для сравнительной оценки результатов хирургического метода лечения ректоцеле. Наблюдение за пациентками осуществлялось в периоперационном периоде, а также через 6 месяцев и через 12 месяцев после проведенного оперативного лечения.

Весь объем обследований, диспансерное наблюдение, хирургическое лечение проводились на базе ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа, Клиники ФГБОУ ВО БГМУ г. Уфа. Всеми

женщинами было подписано информированное согласие на добровольное участие в исследовании и публикацию полученных материалов в медицинской литературе.

Всем женщинам проводился комплекс обследования, включающий: общие клинические и специальные методы исследования, определение массы тела, также были проведены скрининговые тесты на выявление маркеров дисплазии соединительной ткани, оценка функционального состояния тазовых органов. Обследование и наблюдение за женщинами осуществлялось согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология". Исследование проводилось в несколько этапов (Рисунок 1).

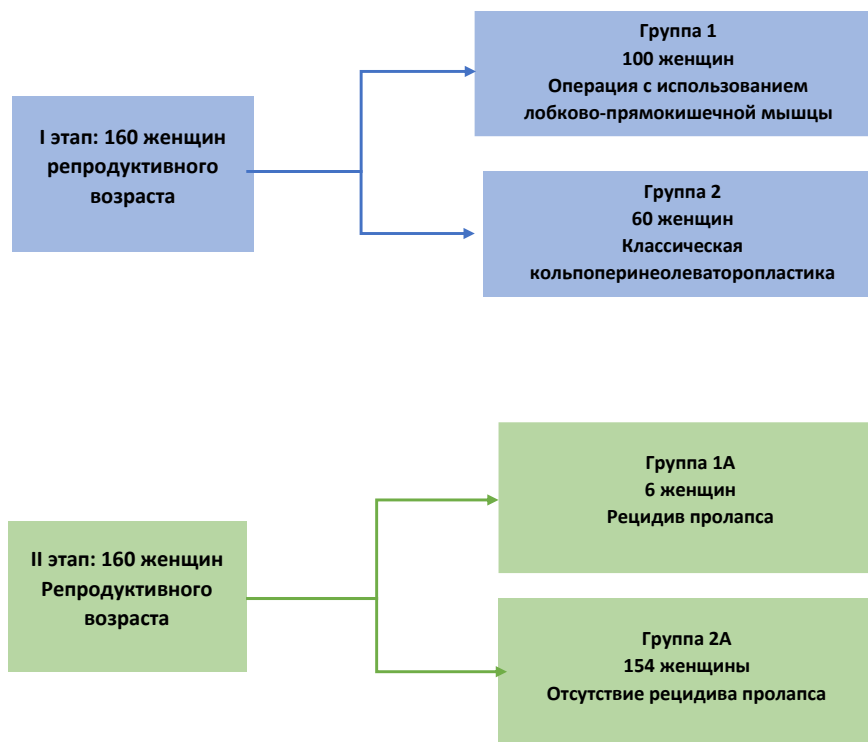


Рисунок 1 - Этапы проведенного исследования.

Клиническое обследование включало изучение анамнеза заболевания, жалоб с последующим занесением полученных данных в разработанную карту.

Изучался преморбидный фон, перенесенные и сопутствующие гинекологические и экстрагенитальные заболевания, наследственность, особенности менструальной, половой и репродуктивной функции. Особое внимание уделялось уточнению возможных причин заболевания (профессиональным вредностям, особенностям репродуктивного статуса), характеру нарушений функции смежных органов.

Всем женщинам был проведен гинекологический осмотр с оценкой наличия пролапса тазовых органов по международной классификации POP-Q.

Также проводилось исследование соскобов эпителия слизистой оболочки влагалища с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с использованием реагентов «Фемофлор». Набор реагентов «Фемофлор» позволяет оценить состояние микробиоценоза урогенитального тракта женщины репродуктивного возраста.

Определение штаммов лактобактерий проводили методом масс-спектрометрии – матрично-активированная лазерная десорбционная/ионизационная времяпролетная масс-спектрометрия — MALDI-ToF microflex с помощью аппарата масс-спектрометр microflex производства фирмы «Bruker Daltonics Inc», США. Предварительно производился забор материала при помощи тонкого стерильного тампона из цервикального канала путем 10 - секундного вращения, не касаясь стенок влагалища. Тампон с биологическим содержимым погружали в контейнер с транспортной средой и доставляли в лабораторию в течение 48 часов.

Для оценки функции прямой кишки проводилась профилометрия до оперативного лечения и через 6 и 12 месяцев после операции. Профилометрия – один из методов аноректальной манометрии, отличительной особенностью которого является использование тонких водно-перфузионных катетеров с радиально расположенными отверстиями каналов.

Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза. Данная методика выполнялась на оборудовании Voluson E8 Expert, GE, США и Logic 500, GE, США.

В поперечном сечении оценивались анальный сфинктер и прилежащие к нему структуры треугольника тазового дна: сухожильный центр промежности, мышечные пучки леваторов, выявлялись УЗ-признаки недостаточности мышц тазового дна, дефекты тазовой фасции. В сагиттальном сечении диагностировалось наличие ректоцеле в покое и при натуживании. Оценивалась толщина пуборектальной мышцы, площадь межлеваторного пространства. Площадь межлеваторного пространства можно рассчитать как площадь внутреннего периметра мышцы, поднимающей задний проход, ограниченной нижними ветвями лобковой кости и нижним краем симфиза.

Оценка качества жизни пациенток, была проведена путем медико-психологического тестирования (анкета-опросник «Пропалс (тазовых органов), дисфункция (тазового дна) и качество жизни» (далее «ПД-КЖ»), модификация King's Health Questionnaire, разработанного в Государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург).

Степень выраженности сексуальной дисфункции оценивалась с помощью валидированного опросника для подсчета индекса сексуальной функции у женщин Female Sexual Function Index (FSFI). Индекс позволяет оценить состояние сексуальной функции женщин с учетом ее шести основных составляющих: половое влечение, чувствительность и возбудимость, lubricация (увлажнение влагалища), оргастичность, удовлетворенность половой жизнью, коитальный и/или посткоитальный дискомфорт/боль.

Для оценки степени выраженности симптомов пролапса гениталий использовался валидированный опросник PFDI-20, содержащий 20 вопросов, разделенных на три блока.

Для оценки степени выраженности симптомов констипации применялась Кливлендская шкала запоров (шкала Wexner), по которой пациентом самостоятельно оцениваются степень и частота эпизодов инконтиненции, необходимость использования специальных гигиенических средств, степень влияния анальной инконтиненции на качество жизни.

Предлагаемый метод хирургического лечения ректоцеле осуществляется следующим образом. Выполняют основные этапы задней кольпоперинеолеваторопластики: на большие половые губы, слизистую влагалища и кожу над задней спайкой накладывают зубчатые зажимы, обозначая контуры выкраиваемого лоскута, скальпелем производят надрезы по намеченной границе, проходящие через все слои влагалища (Рисунок 2а).

Последовательно проводится диссекция намеченных лоскутов влагалища и удаляются излишки ткани. Обнажают mm. levatores ani.

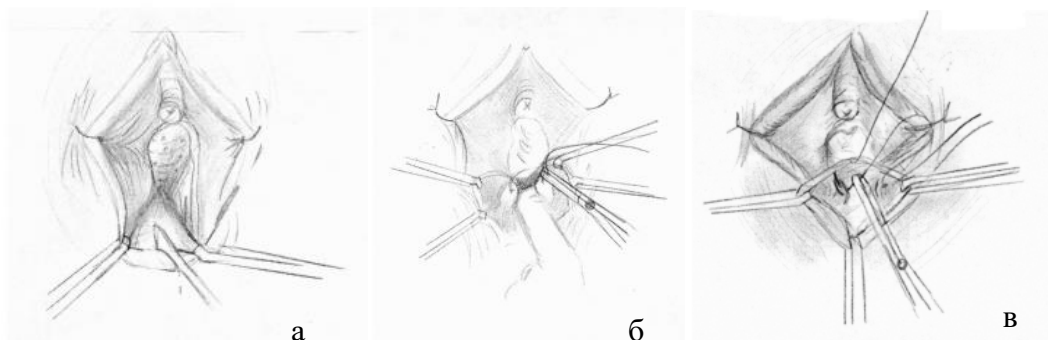


Рисунок 2 – а) Границы операционной раны; б) Ушивание лобково-прямокишечной мышцы; в) Ушивание мышцы, поднимающей задний проход.

Прямую кишку отделяют от задней стенки влагалища и максимально смещают к заднему своду. Обнажают и визуализируют ректальные дужки лобково-прямокишечной мышцы (m. Puborectalis). Сближают лобково-прямокишечную мышцу и ретрагировавшую периректальную фасцию тремя-пятью рассасывающимися швами, захватывая ткани в швы как можно дальше в латеральном направлении и погружая прямую кишку пальцем до образования крепкой тканевой пластинки (площадки) длиной 4 см над передней стенкой прямой кишки (Рисунок 2б). Попеременно накладывают швы на видимые и не обнаженные участки mm. levatores ani слева и справа, затем сшивают их попарно (Рисунок 2в). Подкожную ткань и кожу над мышцами, поднимающими задний проход, зашивают узловыми швами в продольном направлении. Края раны слизистой влагалища сшивают викрилом в продольном направлении непрерывным швом.

Все анализируемые результаты исследуемых пациентов вносились в электронную базу данных на платформе MS Excel Microsoft. Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2013 и StatSoft Statistica 6.1, отношение шансов (ОШ) факторов риска рассчитывали в системе OpenEpi (расчет значений ОШ, доверительного интервала – ДИ, уровень значимости – 95%). Для анализа качественных данных применяли тест χ^2 с расчётом поправки на непрерывность для таблиц сопряженности 2x2 и точный критерий Фишера. Отношение шансов (ОШ) с доверительным интервалом 95% (95% ДИ) использовалось для сравнения бинарных данных. Для количественных показателей определялись медиана и 25-75 квартили. Для анализа количественных данных при отсутствии нормального распределения применялись методы непараметрической статистики – U-критерий Манна-Уитни. При величине $p \text{ value} \leq 0,05$ отличия принимали за статистически значимые. Оценка диагностической значимости моделей, построенных на исследуемых показателях, оценивалась по результатам ROC-анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая характеристика обследованных групп

Исследование проведено в период с 2021 по 2024 годы. В Группу 1 были объединены 100 женщин в возрасте от 29 до 44 лет, средний возраст пациенток в данной группе составил 36 [32-

38] лет. В Группу 2 объединены 60 пациенток в возрасте от 31 до 42 лет, средний возраст пациенток в данной группе составил 35 [33-38] лет. Обе группы были сопоставимы по возрасту. Длительность заболевания составила 5 [3-6] лет в Группе 1 и 5,5 [3-6] лет в Группе 2. Статистически значимых различий по данным признакам между пациентками исследованных групп выявлено не было. 11 (11%) женщин в Группе 1 и 6 (10%) женщин в Группе 2 страдали ожирением (имели индекс массы тела 30 и более), однако медиана ИМТ составляла 27 [22-30] кг/м² для Группы 1 и 28 [21-30] кг/м² для Группы 2, статистически значимые различия по данному признаку между группами не выявлены. В Группе 1 52 (52%) женщин планировали в дальнейшем рождение детей или не исключали такой возможности, для Группы 2 данный показатель составлял 28 (46,7%). Статистически значимых различий по репродуктивным планам между исследованными группами выявлено не было.

На вопрос об использовании каких-либо методов контрацепции утвердительно ответили 84 (84%) женщины Группы 1, 49 (81,7%) женщин Группы 2. Статистически значимых различий по частоте применения методов контрацепции между исследованными группами выявлено не было. В Группе 1 38 (45,2%) женщин использовали презервативы, 25 (29,7%) женщин принимали КОК, 19 (22,6 %) пациенток использовали прерванный половой акт в качестве метода контрацепции, 2 (2,4%) женщин использовали ВМС с медью. В Группе 2 презервативы использовали 20 (40,8%) пациенток, предохранялись от незапланированной беременности с помощью прерванного полового акта 14 (28,6%) женщин, использовали КОК 12 (24,5%) женщин, ВМС с медью использовали 2 (4,1%) женщины, левоноргестрелсодержащую внутриматочную систему использовала 1 (2%) пациентка (Таблица 3). Статистически значимых различий между группами по применяемым методам контрацепции выявлено не было.

Статистически значимых различий по частоте экстрагенитальной патологии между исследованными группами выявлено не было.

Из 100 пациенток Группы 1 только 22 (22%) не имели гинекологической патологии. В данной группе у 25 (25%) женщин диагностированы гиперпластические процессы эндометрия, у 21 (21%) – миома матки, выявлено по 8 (8%) случаев патологии шейки матки и воспалительных заболеваний ОМТ в анамнезе, 11 (11%) случаев аденомиоза и эндометриоза, у 5 (5%) пациенток выявлены опухоли яичников. В Группе 2 гиперпластические процессы эндометрия диагностированы у 18 (30 %) пациенток, 14 (23,3%) женщин страдали миомой матки, у 5 (8,3%) пациенток выявлена патология шейки матки, у 4 (6,6%) отмечался эндометриоз, у 4 (6,6%) – воспалительные заболевания ОМТ в анамнезе, у 2 (3,3%) женщин выявлены опухоли яичников (Рисунок 3).

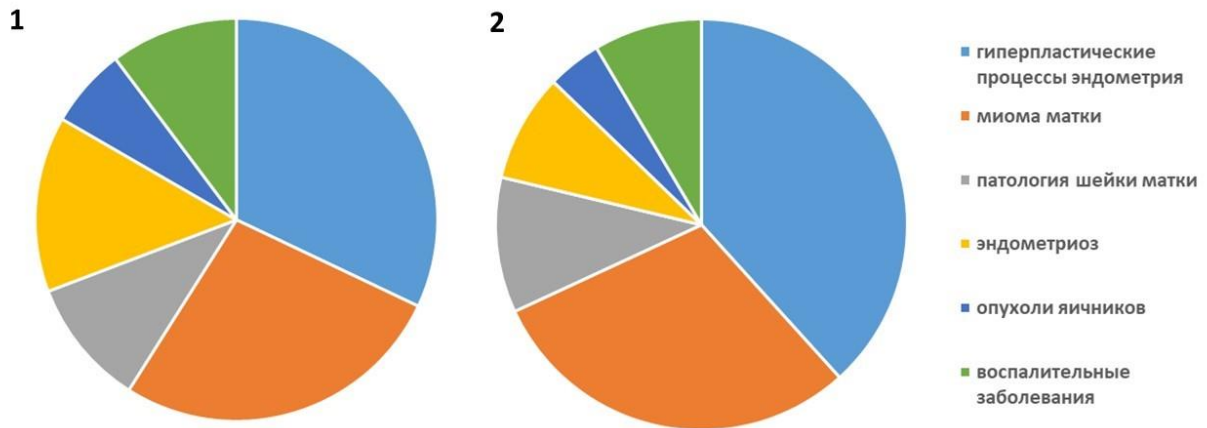


Рисунок 3 – Гинекологические заболевания в исследованных группах.

При исследовании акушерского анамнеза пациенток обеих групп выявлено, что у большинства пациенток первые роды произошли после 25 лет, медиана возраста первых родов составила 27 [21-32] в Группе 1 и 26 [20-33] в Группе 2. Интергенетический интервал был в среднем менее 24 месяцев, составив 18 [14-28] месяцев в Группе 1 и 20 [16-30] месяцев в Группе 2.

Женщины обеих групп родили от 1 до 5 детей, в среднем 2 [1-2] в Группе 1 и 2 [2-3] в Группе 2. У 10 (10%) женщин Группы 1 и 5 (8,3%) женщин Группы 2 роды были быстрыми или стремительными, масса рожденных детей составила 4000 г и более в 20 (20%) случаях в Группе 1 и в 18 (30%) случаях в Группе 2.

У большинства обследованных женщин обеих групп в родах проводились различные манипуляции. Так, в Группе 1 в 52 (52%) случаев была произведена амниотомия, в 28 (28%) случаях проводилось медродоусиление, эпизиотомию произвели 54 (54%) пациенткам, в 6 (6%) случаях проводилось ручное отделение и выделение последа. В Группе 2 амниотомию провели 27 (45%) женщинам, 20 (33,3%) женщинам было назначено медродоусиление, 26 (43,3%) женщинам была сделана эпизиотомия, 3 (5%) пациенткам проводили ручное отделение и выделение последа. Статистически значимых различий между исследованными группами по данным признакам выявлено не было.

В Группе 1 у 28 (28%) пациенток роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности, разрывы мягких тканей влагалища и промежности были выявлены в 26 (26%) случаях. В Группе 2 первичная слабость родовой деятельности была диагностирована в 20 (33,3%) случаях, разрывы мягких тканей влагалища и промежности отмечались у 18 (30%) пациенток. Статистически значимых различий между группами по данным показателям выявлено не было.

Как видно из результатов проведенного исследования, паритет обследованных женщин с ректоцеле в среднем не превышал 2 родов, однако в большинстве случаев роды были осложнены травмой промежности либо вследствие разрыва мягких тканей, либо в результате проведения эпизиотомии, а также имели значение другие осложнения, такие как быстрые и стремительные роды, либо развитие первичной слабости родовой деятельности, а также масса плода 4000 г и более. Из данной информации можно сделать вывод, что ведущим звеном патогенеза пролапса тазовых органов и, в частности, ректоцеле является не количество родов, а факт патологического течения родов и травмы промежности в родах.

Исследование наследственного анамнеза и клинических признаков дисплазии соединительной ткани

При исследовании наследственного анамнеза и клинических признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) выявлено следующее: 27 (27%) женщин Группы 1 и 21 (35%) женщина Группы 2 имела родственниц первой линии, имеющих пролапс тазовых органов. Клиническое обследование по шкале Смольновой для определения ДСТ у гинекологических пациенток показало, что в Группе 1 ДСТ легкой степени выявлена у 25 (25%) пациенток, ДСТ средней степени – у 37 (37%) пациенток, ДСТ тяжелой степени – у 38 (38%) женщин. Медиана баллов составила 15 [12-17]. В Группе 2 легкая степень ДСТ выявлена у 10 (16,6%) пациенток, 24 (40%) имели ДСТ средней степени, у 26 (43,4%) выявлена ДСТ тяжелой степени. Медиана баллов составила 16 [12-18].

Таблица 1 – Наследственность по пролапсу гениталий и признаки ДСТ в исследованных группах

Исследуемые параметры	Группа 1, n=100	Группа 2, n=60	p
Наследственный анамнез по ПТО	27 (27%)	21 (35%)	$\chi^2=0,79$; p=0,28
ДСТ легкой степени	25 (25%)	10 (16,6%)	$\chi^2=1,07$; p=0,22
ДСТ средней степени	37 (37%)	24 (40%)	$\chi^2=0,04$; p=0,7
ДСТ тяжелой степени	38 (38%)	26 (43,4%)	$\chi^2=0,25$; p=0,5
ДСТ, Ме [Q25-Q75]	15 [12-17]	16 [12-18]	U=80; p=0,17

Статистически значимых различий между группами по наследственному анамнезу и клиническим признакам ДСТ выявлено не было. Обращает на себя внимание факт, что у большинства пациенток обеих групп выявлена дисплазия соединительной ткани средней и тяжелой степени.

Анализ вагинального микробиоценоза обследованных женщин

При исследовании микрофлоры влагалища пациенток обеих групп до оперативного лечения признаки бактериального вагиноза были выявлены у 34 (34%) женщин Группы 1 и 18 (30%) женщин Группы 2. Вульвовагинальный кандидоз выявлен в 15 (15%) случаях в Группе 1 и в 8 (13,3%) случаях в Группе 2. Помимо микроорганизмов, провоцирующих развитие БВ и вульвовагинального кандидоза, в обеих исследуемых группах отмечалось обеднение микрофлоры по концентрации *Lactobacillus spp.*, что также соответствует картине бактериального вагиноза. *Lactobacillus spp.* в концентрации более 10^5 КОЕ/мл были выявлены в 88 (88%) случаев у пациенток Группы 1 и в 54 (90%) у пациенток Группы 2.

Анализ выделенных инфектов продемонстрировал тот факт, что у части обследованных причиной развития БВ были полимикробные ассоциации: или сочетание *Gardnerella vag.* и *Atopobium vag.*, или *Gardnerella vag.* и *Mobiluncus*, или *Atopobium vag.* и *Mobiluncus spp.*

Через 12 месяцев после проведенного оперативного лечения по поводу ректоцеле было предложено повторить исследование вагинальной микрофлоры с помощью системы «Фемофлор». В результате выявлено, что концентрация лактобактерий во влагалищном

отделяемом выросла, составив более 10^5 КОЕ/мл у 95 (95%) пациенток группы 1 и у 56 (93,3%) пациенток группы 2, однако различия в группе 1 до и после оперативного лечения имели лишь тенденцию к значимости ($p=0,07$), а в группе 2 оказались статистически не значимыми ($p=0,5$). Получены статистически значимые отличия в обеих группах по частоте выявления *Gardnerella vaginalis* до и после оперативного лечения. Частота выявления *Atopobium vaginae* и *Mobilincus spp* снизилась, однако статистически значимого снижения в обеих обследованных группах пациенток не выявлено.

Ультразвуковое исследование мышц тазового дна

Пациентки обеих групп были обследованы с помощью трансвагинального УЗИ с оценкой ультразвуковых маркеров пролапса тазовых органов. Во время ультразвукового исследования выявлено истончение мышечных пучков ножек леваторов (*m. bulbocavernosus*) в среднем 0,92 [0,89-1,0] см в Группе 1, 0,96 [0,9-1,0] см в Группе 2, истончение *m. Puborectalis*, в Группе 1 средняя толщина данных мышц составила 0,9 [0,88-0,96] см, в Группе 2 в среднем толщина *m. puborectalis* составляла 0,94 [0,9-1,0] см. В обеих группах выявлен диастаз мышц в области сухожильного центра в среднем 1,9 [1,7-2,0] см в Группе 1, 2,0 [1,8-2,1] см в Группе 2. Выявлена деформация и уменьшение высоты сухожильного центра в среднем до 0,9 см в обеих группах (0,9 [0,8-1,0] и 0,9 [0,7-1,2] см соответственно). Угол опущения постанальной пластинки был ниже 15° в обеих группах, составив 9,6 [6,2-12,4] градусов для Группы 1, 9,8 [6,4-12,8] градусов для Группы 2. У всех женщин с ректоцеле при УЗИ выявлена деформация контура прямой кишки в виде «мешковидного» выпячивания стенки. Статистически значимых различий между исследованными группами по результатам ультразвукового исследования не выявлено ($p>0,05$). После оперативного лечения ультразвуковое исследование было проведено повторно через 6 и через 12 месяцев (Рисунок 4).

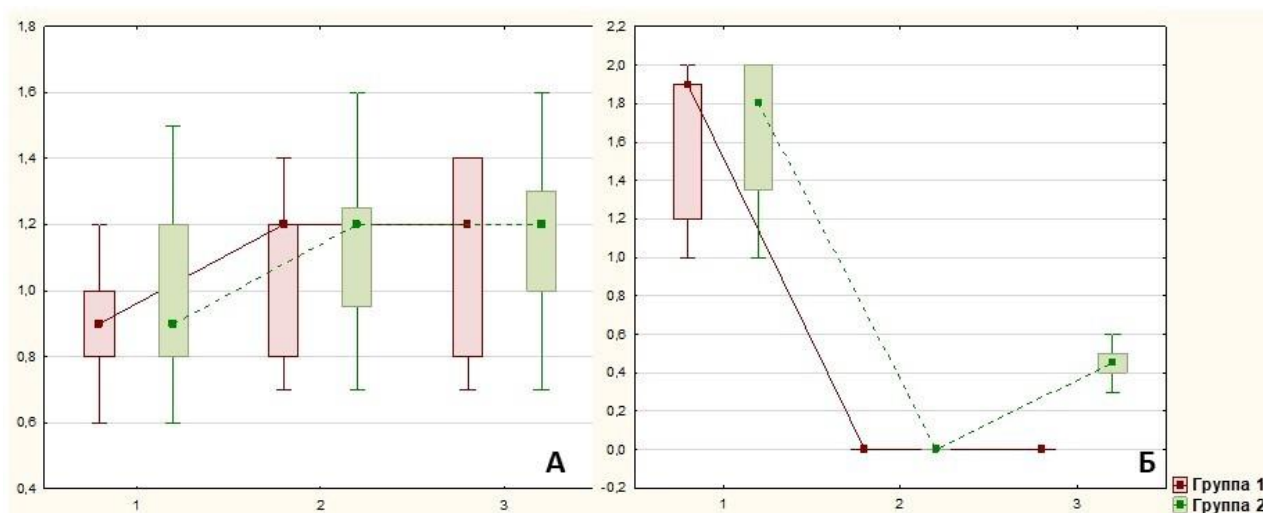


Рисунок 4 – Динамика изменения высоты сухожильного центра (А) и диастаз леваторов (Б) в исследованных группах, где 1 - до операции; 2 - 6 мес после операции; 3 – 12 мес после операции.

Оценка эффективности оперативного лечения

Пациентки Группы 1 были прооперированы запатентованным способом с использованием лобково-прямокишечной мышцы (Патент на изобретение РФ № 2752027 от 13.01.2021). Пациентки Группы 2 были прооперированы традиционным способом с выполнением классической кольпоперинеолеваторопластики. В ходе операций не было выявлено интраоперационных осложнений.

В раннем послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: гематомы послеоперационной зоны (на бедрах и промежности) - в 3 (3%) случаях у пациенток Группы 1, в 1 (1,6%) случае у пациентки Группы 2. Также были выявлены подслизистые гематомы небольших размеров у пациенток обеих групп: у 5 (5%) пациенток Группы 1 и 4 (6,6%) пациенток Группы 2. Во всех случаях организация гематом произошла самостоятельно в результате консервативных лечебных мероприятий.

Статистически значимых отличий между группами по характеру интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений выявлено не было.

Таблица 2 – Сравнительный анализ осложнений в исследованных группах

Осложнение	Группа 1, n=100	Группа 2, n=60	p
Ранние послеоперационные осложнения			
Гематома послеоперационной зоны, n (%)	3 (3%)	1 (1,6%)	$\chi^2=0,2$; p=0,6
Подслизистая гематома (в области швов во влагалище)	5 (5%)	4 (6,6%)	$\chi^2=0,07$; p=0,6
Поздние послеоперационные осложнения			
Рецидив пролапса и ректоцеле	1 (1%)	5 (8,3%)	$\chi^2=3,7$; p=0,01 OR=9; 95%ДИ (1,02-78,9)

Длительность госпитализации существенно не отличалась в обеих группах, составив от 4 до 7 дней. После оперативного лечения пациентки были осмотрены повторно через 6 месяцев и через 12 месяцев после оперативного лечения, а также через 12 месяцев после проведенного оперативного лечения для оценки отдаленных результатов лечения. При контрольном осмотре спустя 12 месяцев после проведения оперативного лечения выявлены рецидивы опущения задней стенки влагалища и ректоцеле у 1 (1%) пациентки Группы 1 и у 5 (8,3%) пациенток Группы 2. Различия между группами по частоте рецидивов пролапса и ректоцеле были статистически значимыми, частота рецидивов в Группе 2 значимо превышала таковую в Группе 1 (Таблица 2). Таким образом, относительный риск рецидива пролапса и ректоцеле при традиционном хирургическом лечении пациенток репродуктивного возраста с ректоцеле составлял 9 по сравнению с предложенным нами методом оперативного лечения. Операция с использованием лобково-прямокишечной мышцы является протективным фактором в отношении развития рецидива пролапса гениталий и ректоцеле.

Профилометрия проводилась в обеих группах до операции, через 6 месяцев и через 12 месяцев после проведенного хирургического вмешательства.

До оперативного лечения показатели профилометрии в обеих группах были снижены, максимальное давление в анальном канале при волевом сокращении составляет 128,2 [126,4-130,2] мм рт. ст. в Группе 1 и 130,3 [124,6-136,8] мм.рт. ст. в Группе 2, а длина зоны анального канала – 2,2 [1,8-2,5] см в Группе 1 и 2,4 [2,0-2,8] см в Группе 2, что говорит о нарушении запирающей функции кишки, а также способствует затруднению акта дефекации. Статистически значимых различий между показателями профилометрии у пациенток обеих исследованных групп выявлено не было. Через 6 месяцев после оперативного лечения показатели профилометрии соответствовали норме в обеих исследованных группах. Установлено довольно высокое давление в анальном канале в Группе 1 по сравнению с Группой 2, после хирургического лечения ректоцеле, методом, позволяющим осуществлять качественную функцию – удержание кала, а при расслаблении способствовать акту дефекации.

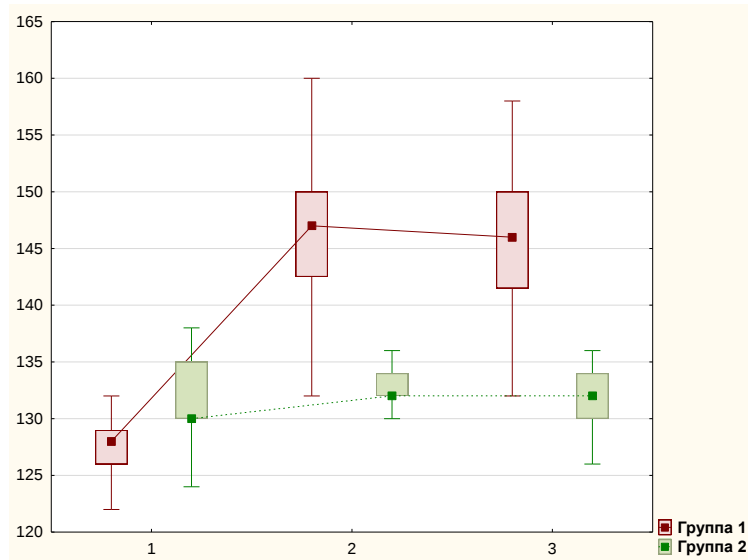


Рисунок 5 – Динамика показателя максимального давления в анальном канале при волевом сокращении, где 1 – давление до операции, 2 – через 6 мес после операции, 3 – через 12 мес после операции.

У пациенток обеих групп через 6 месяцев после оперативного вмешательства по поводу ректоцеле при профилометрии определены следующие показатели: максимальное давление в анальном канале при волевом сокращении составляет 147,1 [132,1-158,6] мм рт. ст. в Группе 1, 134,1 [128,2-138,4] мм.рт.ст. в Группе 2, а длина зоны анального канала – 3,7 [3,0-4,2] см в Группе 1, 2,8 [2,0-3,4] см в Группе 2, что способствует удовлетворительному акту дефекации и значительному улучшению качества жизни. Улучшение результатов лечения характеризуют показатели профилометрии в зоне высокого давления: среднее давление в покое – 72,1 [70,0-74,2] мм.рт.ст. в Группе 1, при волевом сокращении в этой группе давление составило – 107,1 [100,2-110,8] мм.рт.ст. в сравнении с пациентками Группы 2, у которых давление в покое – 62,1 [60,4-64,2] мм.рт.ст, при волевом сокращении – 87,1 [84,4-90,2] мм.рт.ст., что свидетельствует об эффективности функции мышцы, поднимающей задний проход.

Сравнительные показатели профилометрии у пациенток Группы 1 и Группы 2 через 6 месяцев после операции статистически значимо отличаются друг от друга, что свидетельствует об эффективности предлагаемого способа хирургического лечения ректоцеле. При повторении профилометрии через 12 месяцев после проведенной хирургической коррекции ректоцеле было установлено, что показатели давления в прямой кишке у пациенток Группы 1 оставались стабильными, тогда как у пациенток Группы 2 отмечалось незначительное снижение показателей профилометрии. Однако результаты в обеих группах соответствовали норме и по-прежнему в Группе 1 показатели статистически значимо превышали показатели Группы 2 (Рисунок 5).

Оценка функциональных результатов и качества жизни

Оценка функции прямой кишки у женщин с ректоцеле проводилась с помощью подсчета баллов по Кливлендской шкале запоров (шкала Wexner), по которой пациентом самостоятельно оцениваются степень и частота эпизодов инконтиненции, необходимость использования специальных гигиенических средств, степень влияния анальной инконтиненции на качество жизни. По данной шкале, чем больше баллов составляет результат, тем хуже функция прямой кишки, 0 баллов соответствует состоянию полного здоровья, 20 баллов – полное анальное недержание.

Согласно полученным нами данным, до оперативного лечения функциональные показатели состояния прямой кишки были практически идентичны у пациенток обеих групп, среднее значение баллов составляло 5 [4-6] в Группе 1 и 5,5 [4-6] в Группе 2.

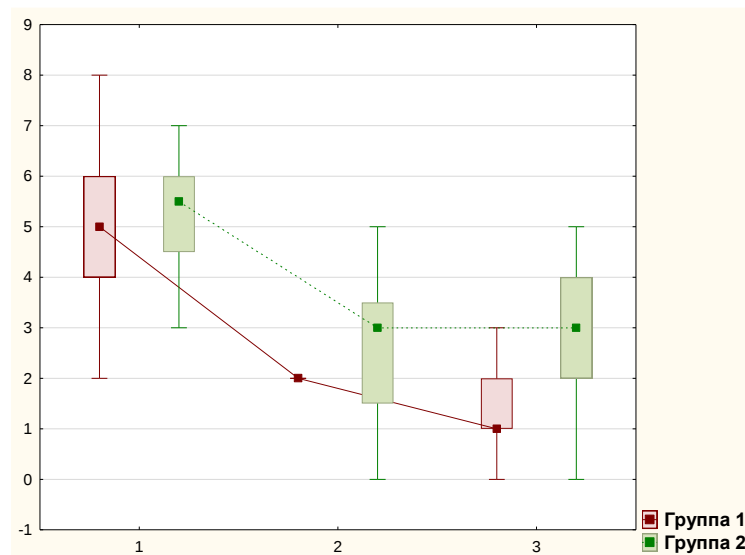


Рисунок 6 – Динамика суммы баллов по шкале Wexner в исследованных группах, где 1 – до операции, 2 – через 6 мес после операции, 3 – через 12 мес после операции.

После оперативного лечения отмечено статистически значимое улучшение функции прямой кишки пациентками обеих групп, медиана баллов через 6 месяцев после операции составила 2 [1-3] в Группе 1 и 3 [1-4] в Группе 2. При повторном заполнении опросников пациентками спустя 12 месяцев после операции, в Группе 1 отмечено некоторое улучшение показателей, медиана баллов составила 1,5 [1-2] в Группе 1, тогда как в Группе 2 выявлено незначительное повышение медианы баллов до 3,5 [1-4]. Через 12 месяцев после лечения

выявлены статистически значимые отличия между группами по сумме баллов. Медиана баллов по данной шкале в Группе 2 была статистически значимо выше, чем в Группе 1, что говорит о лучшем функциональном состоянии прямой кишки пациенток Группы 1.

Для оценки степени выраженности симптомов пролапса гениталий использовался валидированный опросник PFDI-20, содержащий 20 вопросов. Результат оценки по данному опроснику варьирует от 0 баллов до 300 баллов, где 0 баллов – это лучший результат, 300 баллов – худший результат. Согласно полученным данным, до операции результаты опроса статистически значимо не отличались в обеих исследованных группах, составив в среднем 96 [89-101] балла в Группе 1 и 101 [90-104] в Группе 2. Через 6 месяцев после операции в Группе 1 медиана баллов составила 25 [23-29], а в Группе 2 – 35 [28-38]. Различия между группами на данном этапе оказались статистически значимыми, пациентки Группы 1 предъявляли меньше жалоб, касающихся выраженности симптомов пролапса гениталий. Через 12 месяцев медиана баллов в Группе 1 составила 18 [16-18], а в Группе 2 – 22 [20-24] балла.

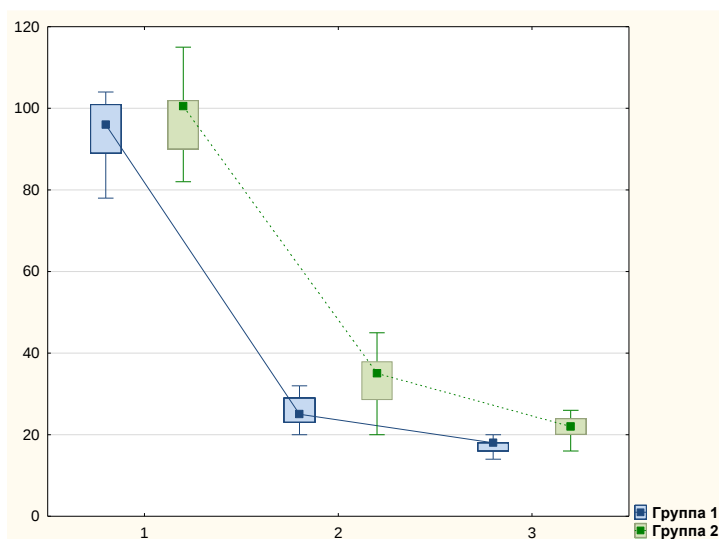


Рисунок 7 – Динамика суммы баллов по шкале PFDI – 20 в исследованных группах, где 1 – баллы до операции, 2 - 6 мес после операции, 3 – 12 мес после операции.

В данном случае различия также оказались статистически значимыми, в долгосрочной перспективе операция, проведенная по запатентованной методике, более значимо улучшала состояние тазового дна и уменьшала симптоматические проявления пролапса.

В целом, обращает на себя внимание факт, что вне зависимости от проведенного оперативного вмешательства, степень выраженности симптомов пролапса статистически значимо уменьшалась после проведения оперативного лечения, через 12 месяцев после операции результат также значимо улучшался (Рисунок 7).

Для оценки качества жизни обследованных пациенток до и после оперативного лечения использовался опросник пд-кж. Был рассчитан индекс дисфункции тазового дна (ИДТД) в процентах от максимально возможной суммы баллов. До оперативного лечения в Группе 1 ИДТД составил 42 [40-43] %, в Группе 2 – 43,5 [41-46] %.

Статистически значимых различий по данному признаку между исследованными группами выявлено не было. Через 6 месяцев после оперативного лечения ИДТД составил 15 [14-16] % в Группе 1, 16 [14-16] % в Группе 2. Данные значения также статистически значимо не

отличались друг от друга, однако по сравнению с показателями, актуальными до оперативного лечения, в обеих группах отмечалось статистически значимое снижение показателей, что говорит о повышении качества жизни прооперированных женщин вне зависимости от вида проведенной операции. Через 12 месяцев после проведенного оперативного лечения в Группе 1 ИДТД составлял 7 [6-8] %, в Группе 2 – 9 [8-10] %. В данном случае ИДТД в Группе 2 статистически значимо превышал показатели Группы 1, что свидетельствует о более значимом улучшении качества жизни через год после операции у пациенток Группы 1, прооперированных запатентованным методом с применением лобково-прямокишечной мышцы (Рисунок 8).

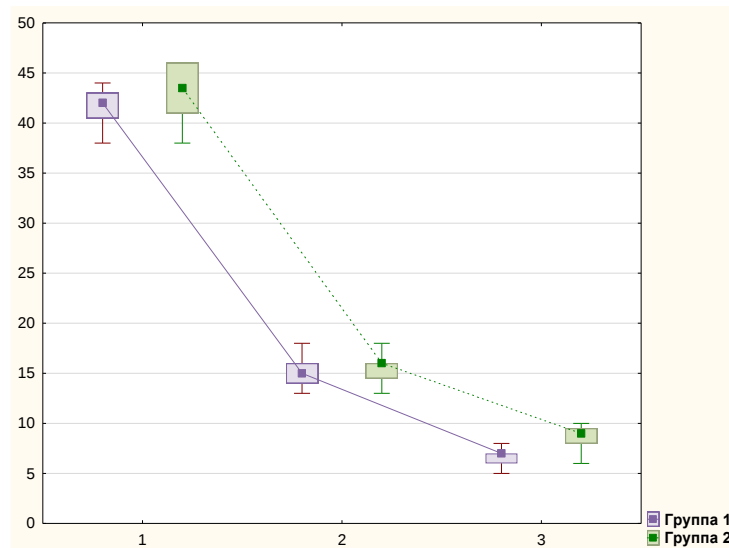


Рисунок 8 - Динамика изменения качества жизни согласно опроснику пд-кж в исследованных группах, где 1 – баллы до операции, 2 - 6 мес после операции, 3 – 12 мес после операции.

Оценка удовлетворенности в сексуальной сфере была проведена с помощью опросника Female Sexual Function Index (FSFI), результат по данному опроснику варьирует от нуля до 300 баллов, где 0 баллов – это наилучший результат, 300 баллов – наихудший результат. До оперативного лечения в обеих группах женщины отмечали неудовлетворенность сексуальной сферой умеренной степени, для Группы 1 медиана баллов составляла 126 [124-128] баллов, для Группы 2 – 130 [128-131] баллов. Статистически значимых различий между группами по степени удовлетворенности сексуальной функцией до оперативного лечения выявлено не было. Через 6 месяцев после оперативного лечения степень удовлетворенности сексуальной функцией значительно выросла в обеих группах, составив 36 [34-38] баллов в Группе 1 и 38 [36-40] баллов в Группе 2. Данный факт говорит о значительном положительном влиянии оперативного лечения ректоцеле у женщин репродуктивного возраста на степень удовлетворенности сексуальной функцией, вне зависимости от вида операции. Статистически значимых различий по данному признаку между группами выявлено не было. Через 12 месяцев после оперативного лечения отмечалось еще более выраженное увеличение удовлетворенности сексуальной функцией в обеих группах, медиана баллов составляла 20 [18-20] баллов в Группе 1 и 20 [18-20] баллов в Группе 2. Статистически значимых различий по степени удовлетворенности сексуальной функцией через 12 месяцев после оперативного лечения выявлено не было.

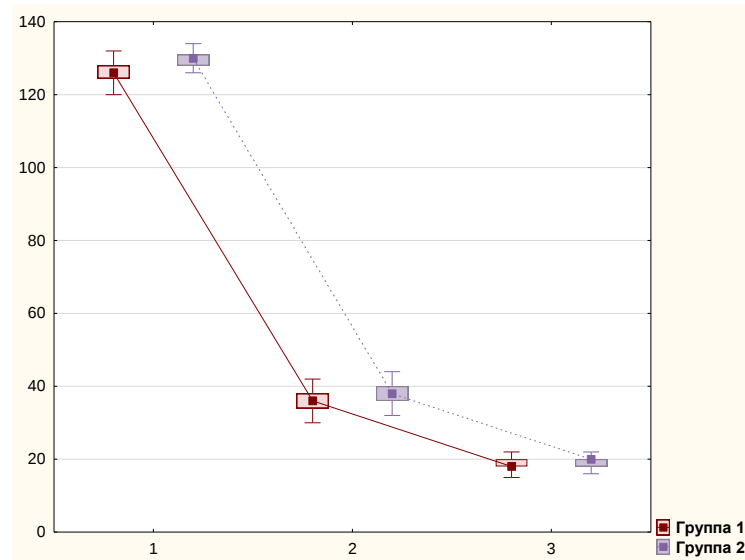


Рисунок 9 - Динамика оценки удовлетворенности сексуальной функцией согласно опроснику FSFI у обследованных женщин, где 1 – баллы до операции, 2 - 6 мес после операции, 3 – 12 мес после операции.

Таким образом, пролапс гениталий и ректоцеле значительно ухудшают качество жизни женщин, симптомы данной патологии доставляют пациенткам заметный дискомфорт в повседневной жизни и значимо снижают либидо, ухудшают качество сексуальной жизни и удовлетворенность женщины данной сферой, оказывая влияние на эмоциональный фон. Хирургическая коррекция пролапса гениталий и ректоцеле в репродуктивном возрасте значительно повышает качество жизни, уменьшает беспокойство по поводу симптоматических проявлений пролапса гениталий и ректоцеле, улучшает качество сексуальной жизни и степень удовлетворенности сексуальной сферой, что в дальнейшем может в том числе позитивно влиять на репродуктивные планы этих пациенток. В долгосрочной перспективе хирургическое лечение ректоцеле с применением лобково-прямокишечной мышцы по запатентованной методике оказывает более выраженный позитивный эффект на качество жизни прооперированных пациенток репродуктивного возраста.

Анализ факторов риска рецидива ректоцеле после хирургического лечения

Для выявления вероятных факторов риска рецидива ректоцеле после хирургического лечения и оценки их значимости, все пациентки с рецидивом ректоцеле были объединены в Группу 1А вне зависимости от метода хирургического лечения. Всего было выявлено 6 случаев рецидива ректоцеле, из них 1 случай – после хирургического лечения с использованием лобково-прямокишечной мышцы, 5 случаев – после оперативного лечения с применением классической кольпоперинеолеваторопластики. Пациентки, прооперированные по поводу ректоцеле, у которых не произошел рецидив, были объединены в Группу 2А, включившую 154 пациентки.

В результате анализа результатов, полученных при сравнении пациенток с рецидивом ректоцеле после оперативного лечения и пациенток с отсутствием рецидива, выявлено

следующее. Наиболее значимыми факторами риска рецидива ректоцеле в нашем исследовании являются:

- ожирение с ИМТ ≥ 30 ($\chi^2=4,9$; $p=0,004$; OR=8,1 95%ДИ(1,5-43,1)); в группе пациенток с рецидивом ректоцеле ожирением страдали 3 (50%) пациентки, а в группе контроля - 17 (11%) пациенток. Различия между группами по данному признаку оказались статистически значимыми, относительный риск рецидива ректоцеле у пациенток с ожирением составлял 8,1;

- наследственный анамнез по пролапсу тазовых органов ($\chi^2=6,01$; $p=0,003$; OR=12,9 95%ДИ(1,5-113,1)); в Группе 1А пациенток с рецидивом ректоцеле пролапс тазовых органов в семейном анамнезе выявлен у 5 (83,3%) женщин, а в группе контроля – у 43 (27,9%) женщин. Различия между группами по данному признаку являлись статистически значимыми, относительный риск рецидива ректоцеле у пациенток с наследственным анамнезом по пролапсу тазовых органов составлял 12,9;

- ДСТ тяжелой степени ($\chi^2=3,18$; $p=0,03$; OR=8,1 95%ДИ(0,9-70,6)); в Группе 1А пациенток с рецидивом ректоцеле ДСТ тяжелой степени была выявлена у 5 (83,3%) пациенток, тогда как в Группе 2А ДСТ тяжелой степени была выявлена у 59 (38,3%) пациенток, что было статистически значимо реже, чем в основной группе исследования; относительный риск рецидива ректоцеле у пациенток с ДСТ тяжелой степени составлял 8,1 в нашем исследовании;

- оперативное лечение, проведенное по классической методике с проведением кольпоперинеолеваторопластики ($\chi^2=3,7$; $p=0,02$; OR=9; 95%ДИ(1,02-78,9)); 5 (83,3%) пациенток в группе с рецидивом ректоцеле были прооперированы данным методом, тогда как в контрольной группе по данному методу были прооперированы 55 (35,7%). Относительный риск рецидива ректоцеле при проведении классического оперативного лечения составлял 9 по сравнению с предложенным нами методом с использованием лобково-прямокишечной мышцы.

Однако анализ отдельных факторов риска не учитывает их взаимодействия, что необходимо для прогнозирования риска развития рецидива. С целью изучения взаимного влияния клинических и анамнестических факторов на риск развития рецидива ректоцеле у женщин репродуктивного возраста, мы провели статистическую обработку полученных результатов методами множественного регрессионного и ROC-анализа (Рисунок 10).

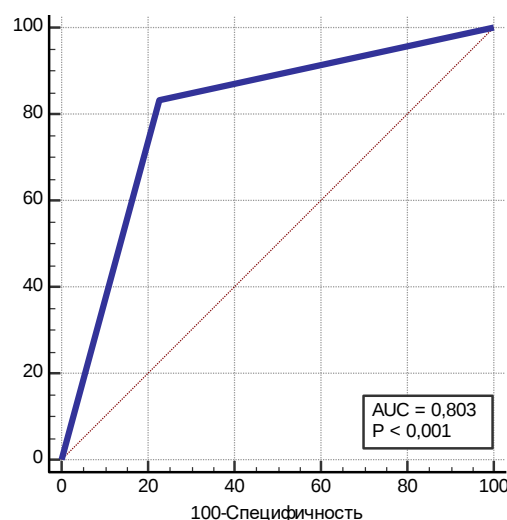


Рисунок 10 – Прогностическая модель оценки риска рецидива ректоцеле.

Учитывая статистическую значимость полученной модели, можно говорить о возможности ее практического применения. Однако статистическая значимость лишь косвенно отражает ее прогностическую ценность. Для количественной оценки данного параметра был использован метод ROC- анализа с вычислением площади под кривой (AUC), показатели которой в диапазоне 0,6-0,7 обозначают среднюю диагностическую ценность модели; 0,7-0,8 - хорошую; 0,8-0,9 - очень хорошую. Результаты анализа представлены на рисунках.

Согласно данной прогностической модели, наиболее значимыми в развитии рецидива ректоцеле факторами риска являются наследственный анамнез по пролапсу тазовых органов (OR=12,9), ДСТ тяжелой степени (OR=8,1), а также ожирение с ИМТ=30 и более, причем ожирение является единственным модифицируемым фактором риска из представленных. Оперативное лечение по классической методике без применения лобково-прямокишечной мышцы у женщин репродуктивного возраста с ректоцеле и ДСТ тяжелой степени, а также наследственным анамнезом по пролапсу тазовых органов, повышает риск рецидива в 9 раз по сравнению с предложенной нами запатентованной методикой, согласно данной прогностической модели.

Данные, полученные в нашем исследовании, аналогичны данным других современных исследований, в которых изучался риск рецидивов пролапса. Однако, во многих исследованиях возраст моложе 60 лет расценивался как еще один фактор риска рецидивов после оперативного вмешательства. Мы обследовали женщин репродуктивного возраста, соответственно, все обследованные пациентки имели возраст менее 60 лет. Возраст может являться фактором риска рецидива пролапса в связи с тем, что у молодых женщин может быть больше присущих патофизиологических факторов развития дисфункции тазового дна, таких как нарушения структуры коллагена тканей и большее количество нервно-мышечных и фасциальных повреждений по сравнению с женщинами старшего возраста с такой же степенью пролапса. В некоторых исследованиях также выявлено, что послеоперационная инфекция является наиболее важным фактором риска рецидива. Инфекция культи влагалища может привести к ослаблению фасциальных тканей, что приведет к смещению швов, а в дальнейшем к рецидиву.

Выводы

1. Ведущей патогенетической причиной развития ректоцеле является не количество родов, а их патологическое течение. Это подтверждается наличием в анамнезе у пациенток репродуктивного возраста с ректоцеле одного или сочетания нескольких факторов - эпизиотомии (54 %), разрывов тканей промежности (26 %), стремительных и быстрых родов (10%), слабости родовой деятельности (28 %), родов с применением ручного отделения последа (6 %), а также родов крупным плодом (20%).

2. Оперативное лечение пролапса тазовых органов и ректоцеле у женщин репродуктивного возраста с использованием лобково-прямокишечной мышцы является патогенетически и анатомически обоснованным методом лечения, позволяя сформировать стойкий лечебный эффект. Частота рецидивов при использовании данного метода статистически значимо ниже, чем при использовании классической методики ($\chi^2=3,7$; $p=0,01$; OR=9; 95% ДИ (1,02-78,9)).

3. Качество жизни и удовлетворенность сексуальной сферой женщин репродуктивного возраста с ректоцеле статистически значимо улучшается после хирургической коррекции с использованием лобково-прямокишечной мышцы. Проведение данного вмешательства позволяет более значимо повысить качество жизни прооперированных женщин в долгосрочной перспективе.

4. Наиболее значимыми факторами риска рецидива ректоцеле являлись наследственный анамнез по пролапсу тазовых органов ($OR=12,9$), ДСТ тяжелой степени ($OR=8,1$), а также ожирение с $ИМТ=30$ и более. Оперативное лечение по классической методике без применения лобково-прямокишечной мышцы у женщин репродуктивного возраста с ректоцеле и ДСТ тяжелой степени, а также наследственным анамнезом по пролапсу тазовых органов, повышает риск рецидива в 9 раз по сравнению с предложенной нами запатентованной методикой, согласно прогностической модели.

Практические рекомендации

1. Объем обследования для выбора хирургического лечения ректоцеле у женщин репродуктивного возраста должен включать тщательный анализ жалоб и анамнеза, с учетом возраста больных – оценку сексуального поведения и физических нагрузок. В комплексном обследовании обязательным является осмотр на кресле с проведением всех необходимых тестов функциональной диагностики. Дополнительными методами являются профилометрия, ультразвуковое исследование и оценка результатов опросников, что позволяет установить точный диагноз, определить оптимальную лечебную тактику и улучшить качество жизни пациенток.

2. Клиническая оценка признаков дисплазии соединительной ткани и оценка наследственного анамнеза по патологии тазового дна должна проводиться в рамках прегравидарной подготовки, а также при поступлении в акушерский стационар с целью возможной профилактики развития пролапса тазовых органов в дальнейшем путем снижения частоты эпизиотомии и травм промежности в родах.

3. Для пациенток репродуктивного возраста с ректоцеле необходима предоперационная подготовка, включающая нормализацию микробиоты влагалища, улучшение трофики вагинального эпителия, тщательный гемостаз во время операции и предотвращение образования гематом. В послеоперационном периоде необходимо назначение препаратов, улучшающих регенерацию тканей. Рекомендуется активное ведение послеоперационного периода.

4. В послеродовом периоде пациенткам с высоким риском пролапса тазовых органов, имеющим дисплазию соединительной ткани тяжелой степени, наследственный анамнез по пролапсу тазовых органов и ожирение, имеющим травмы тканей промежности и перенесших быстрые, стремительные, затяжные роды, а также роды крупным плодом, необходима реабилитация тазового дна с целью снижения риска раннего развития пролапса тазовых органов и ректоцеле и необходимости хирургической коррекции данной патологии.

Список основных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Аллаярова, В. Ф. Способ хирургического лечения ректоцеле с использованием лобково-прямокишечной мышцы у женщин репродуктивного возраста / В. Ф. Аллаярова, Н. И. Никитин // Медицинский вестник Башкортостана. – 2022. – Т. 17, № 2 (98). – С. 26-30.
2. Аллаярова, В. Ф. Состояние микроэкосистемы влагалища в норме и при несостоятельности мышц тазового дна / В. Ф. Аллаярова, Н. И. Никитин, Н. А. Ишмуратов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2020. – Т. 15, № 6 (90). – С. 123-127.
3. Никитин, Н. И. Латеральная суспензия матки как альтернативный способ лечения пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста / Н. И. Никитин, В. Ф. Аллаярова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2019. – Т. 14, № 5 (83). – С. 48-50.
4. Клинический случай выпадения петель тонкого кишечника после влагалищной гистерэктомии с разрывом купола влагалища / А. М. Зиганшин, И. Г. Мухаметдинова, В. Ф. Аллаярова, Э. А. Шайхиева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2022. – Т. 71, № 6. – С. 107-112. – DOI 10.17816/JOWD112118.

Патент

Способ хирургического лечения ректоцеле с использованием лобково-прямокишечной мышцы : патент № 2752027 С1 Рос. Федерация, МПК А61В 17/00 / Аллаярова В. Ф., Никитин Н. И.; заявитель федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Башкирский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. - № 2021100571; заявл. 13.01.2021; опубл. 22.07.2021.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДСТ–дисплазия соединительной ткани
 МТД–мышцы тазового дна
 ПГ–пролапс гениталий
 ПТО–пролапс тазовых органов
 УЗ–ультразвуковая
 FSFI–Female Sexual Function Index
 PFDI-20–Pelvic Floor Distress Inventory
 POP-Q–Pelvic Organ Prolapse Quantification
 POP-SS–Pelvic Organ Prolapse Symptom Scor

