

## Малоинвазивная перинеопластика и перинеолифтинг – недостающие звенья в хирургии тазового дна

**Цель работы.** Разработать новые хирургические методы коррекции нижнего и среднего слоев тазового дна.

**Материалы и методы.** Прооперировано 123 пациентки с различными степенями несостоятельности тазового дна. Методы исследования: общеклинические, лабораторные, УЗИ, анкетирование.

**Результаты и обсуждение.** Существующие хирургические методы коррекции тазового дна в основном ограничиваются широко используемой кольпоперионеолевавторопластикой [1, 2]. Однако при этой операции соединяются только отдельные пучки m. levatorani (верхний слой). Вместе с тем восстановление среднего и нижнего слоев тазового дна и входящих в их состав мышц вместе с фасциями и окружающими тканями, по этой методике, практически не происходит, а специальные оперативные методики отсутствуют. Это приводит к рецидивам заболевания (в частности пролапса гениталий), требует применения синтетических материалов (эндопротезов), расширению раневой поверхности операционного поля и другим неблагоприятным последствиям.

Мы разработали оригинальные хирургические методики восстановления среднего и нижнего слоев тазового дна, условно назвав их малоинвазивная перинеопластика и перинеолифтинг. Малоинвазивная перинеопластика – самостоятельная операция у женщин с начальными признаками несостоятельности тазового дна, перинеолифтинг – дополнение к типичной кольпоперинеолеваторопластике, в случаях с более выраженной несостоятельностью тазового дна.

Обе методики состоят из двух принципиальных моментов: 1) наложения ромбообразного шва в области нижнего и среднего слоев тазового дна и 2) применения длительно рассасывающейся (210 дней) монофиламентной синтетической нити.

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

Через год после проведенных операций клинические и УЗИ-критерии состояния тазового дна, а также качество жизни ( $z=2,08$ ;  $p=0,032$ ) статистически оказались значимо выше, чем после стандартных методов лечения.

### **Выводы**

1. Малоинвазивная перинеопластика – операция, подпадающая под концепцию «хирургия одного дна», эффективно и надежно восстанавливает тазовое дно у женщин репродуктивного возраста, значительно улучшая при этом качество жизни, не требует госпитализации в стационар, послеоперационного стационарного наблюдения, может проводиться под местной анестезией в амбулаторных условиях.
2. Перинеолифтинг как метод повышения эффективности типичной кольпоперинеопластики не исключает восстановление m. levatorani, а дополняет эту повсеместно применяемую операцию, технически легко осуществим и может быть применен в любом гинекологическом отделении.

### **Литература**

1. Kulakov V.I., Selezneva N.D., Krasnopolski V.I. (1990). Operativnayaginekologiya [Operative gynecology]. – М.: MEDICINA, p. 299.
  2. Hirsh H.A., Kejzer O., Ikl F.A. (1999) Operativnayaginekologiya: Atlas: per. s angl. / Pod red. V.I. Kulakova, I.V. Fedorova. – М.:GE'OTAR MEDICINA, p. 243.
-