



**ЗБІРНИК  
НАУКОВИХ ПРАЦЬ  
АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ-  
ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

**ВИПУСК 2(40) 2017**

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л.ШУПИКА  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ – ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»

# **ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

Науковий, медичний збірник  
Виходить 2 рази на рік  
Збірник засновано у березні 1998 р.

**Випуск 2 (40) 2017**

Рівне  
ПП Естерово  
**2017**

**Засновники:**  
**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**  
**імені П.Л.ШУПИКА**  
**(НМАПО ім.П.Л.ШУПИКА)**

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ - ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»**  
**(ГО «ААГУ»)**

- Головні редактори** – Запорожан В.М., академік НАМН України, д.мед.н., професор, Президент ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», ректор Одеського національного медичного університету  
Вороненко Ю.В., академік НАМН України, д.мед.н., професор, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
- Заст.головного редактора** – Камінський В.В., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст із акушерства та гінекології МОЗ України, Голова виконавчого комітету ГО «ААГУ», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика
- Відповідальний науковий редактор** – Борис О.М., д.м.н., професор, професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика
- Відповідальний секретар** – Коломійченко Т.В., к.т.н., відповідальний секретар виконавчого комітету ГО «ААГУ», старший науковий співробітник НДЦ НМАПО імені П.Л.Шупика

**НАУКОВІ КОНСУЛЬТАНТИ**

- Антипкін Ю.Г., академік НАМН України, д.мед.н., професор  
Венцківський Б.М., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор  
Резніков О.Г., академік НАМН України, чл.-кор. НАН України, д.мед.н., професор  
Вдовиченко Ю.П., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор  
Татарчук Т.Ф., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор  
Чайка В.К., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор  
Маркін Л.Б., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор  
Дубініна В.Г., д.мед.н., професор.  
Подольський В. В., д.мед.н., професор.  
Медведь В.І., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.  
Горовенко Н.Г., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

Авраменко Т.В., Бенюк В.О., Бойчук А.В., Булавенко О.В., Венцківська І.Б., Вовк І.Б., Галіч С.Р., Геряк С.М., Гладчук І.З., Гнатко О.П., Говсеев Д.О., Голяновський О.В., Горбунова О.В., Гордієнко І.Ю., Грищенко М.Г., Грищенко О.В., Давидова Ю.В., Дронова В.Л., Дубосарська З.М., Дубосарська Ю.О., Дубчак А.Є., Жабченко І.А., Жилка Н.Я., Железна Г.О., Жук С.І., Занько С.М., Зелінський О.О., Квашенко В.П., Корнацька А.Г., Лакатош В.П., Лук'ячук О.В., Макаренко М.В., Моїсеєнко Р.О., Нагорний О.Є., Назаренко Л.Г., Носенко О.М., Паращук Ю.С., Педаченко Н.Ю., Пирогова В.І., Потапов В.О., Резніченко Г.І., Рожковська Н.М., Романенко Т.Г., Ромащенко О.В., Савченко С.Є., Свінціцький В.С., Сенчук А.Я., Скрипченко Н.Я., Суслікова Л.В., Суханова А.А., Ткаченко А.В., Ткаченко Р.О., Товстановська В.О., Туманова Л.Є., Ципкун А.Г., Шатилович К.Л., Щербина М.О., Юзько О.М., Яроцький М.Є.

МІЖНАРОДНА РЕДАКЦІЙНА РАДА  
INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

ГОЛОВА МІЖНАРОДНОЇ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ  
CHAIRMAN OF THE INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

*Prof (em) Juriy Wladimiroff, MD, PhD, FRCOG, FCNGOF, FEBCOG, FAOGU, FISUOG, FAIUM, Dr Hon. Causa, Cambridge, United Kingdom*

MEMBERS OF THE INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

ЧЛЕНИ МІЖНАРОДНОЇ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

*Prof Frank Chervenak, MD, Given Foundation Professor and Chairman Department of Obstetrics and Gynecology Weill Medical College of Cornell University, Obstetrician and Gynecologist-in-Chief New York Presbyterian Hospital New York, New York USA*

*Dr Tahir Mahmood CBE, MBBS, MD, FRCPI, FFSRH, MBA, FACOG, FRCPE, FRCOG, Kirkcaldy, Scotland*

*Prof. Dr.med. Dr.h.c.mult. Wolfgang Holzgreve, MD, FRCOG, FACOG, MBA, Professor of Obstetrics and Gynaecology, Medical Director and CEO University of Bonn Medical Center, Bonn, Germany*

**Радзінський В.Є.**, д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології з курсом перинатології Російського Університету дружби народів, віце-президент Російського товариства акушерів-гінекологів, Російська Федерація.

РЕКОМЕНДОВАНО: Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Протокол № 7 від 13.09.2017.

За рішенням Атестаційної колегії МОН України № 1021 від 7.10.2015 «Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України» включено до **переліку наукових фахових видань України в галузі медичних наук**, рекомендованих для публікації результатів дисертаційних робіт

© Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 2017

© Громадська організація «Асоціація акушерів-гінекологів України», 2017

<b>СОМАТИЧНИЙ СТАН ТА ПОКАЗНИКИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У ВАГІТНИХ З ВЕЛИКИМ ІНТЕРГЕНЕТИЧНИМ ІНТЕРВАЛОМ.....</b>	<b>272</b>
<i>ТУМАНОВА Л.Є., ГОЛОВЧЕНКО Л.В., КОЛОМІЄЦЬ О.В., БАДЗЮК Н.П., ДЕМЕНІНА Н.К.</i>	
<b>ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ ТА РОДІЛЬ У ПРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КАТЕГОРІЇ УРГЕНТНОСТІ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ .....</b>	<b>279</b>
<i>УСЕВИЧ І.А.</i>	
<b>ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГОРМОНАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСУ У ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.....</b>	<b>284</b>
<i>ЧАЙКА Г.В., ДНІСТРЯНСЬКА А.П., КАРЕТНА А.О.</i>	
<b>БЕЗПЕЧНІСТЬ ХАРЧУВАННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ.....</b>	<b>291</b>
<i>ШВЕЦЬ О.В., ГЕРВАЗЮК О.І., МУДРА Ю.С.</i>	
<b>КЛІНІКО-МЕТАБОЛІЧНІ НАСЛІДКИ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ .....</b>	<b>296</b>
<i>ЩЕРБИНА М.О. , СКОРБАЧ О.І. , СКОРБАЧ Ю.І. , ДИННІК О.О., КУЗЬМІНА О.О.</i>	
<b>РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНЕСЕННЫМИ РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ .....</b>	<b>301</b>
<i>ЩЕРБИНА Н.А., ЛИПКО О.П., ЩЕРБИНА И.Н., ПОТАПОВА Л.В., МЕРЦАЛОВА О.В.</i>	
<b>ДОСЯГНЕННЯ ТА ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕПРОДУКТОЛОГІЇ УКРАЇНИ .....</b>	<b>306</b>
<i>ЮЗЬКО О.М., РУДЕНКО Н.Г.</i>	
<b>ПУПОВИНА ПРИ СИФІЛІСІ.....</b>	<b>312</b>
<i>ЯРЕМЧУК Т.П.</i>	
<b>ПАТОМОРФОЛОГІЧІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІПОЗУ ЕНДОМЕТРІЯ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ .....</b>	<b>317</b>
<i>ЯРМАК В.С.</i>	

УДК 618.5-06:618.18-001.5-08-036.838

ЩЕРБИНА Н. А. , ЛИПКО О. П. , ЩЕРБИНА И. Н. ,  
ПОТАПОВА Л. В. , МЕРЦАЛОВА О. В.

Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНЕСЕННЫМИ РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ

*В статье представлены реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление анатомической и функциональной целостности промежности после ее разрывов в родах.*

**Материал и методы исследования.** *Обследовано 56 женщин в возрасте от 25 до 40 лет, у которых в анамнезе самопроизвольные роды сопровождались перинеальной травмой (разрывы промежности I-II степени). Оценку мышц промежности проводили с помощью влагалищного датчика перинеометра, ультразвукового исследования промежности.*

*Традиционное консервативное лечение включало поведенческую терапию тренировку мышц тазового дна (ТМТД) — упражнения по Кегелю в индивидуальном режиме. С целью укрепления влагалищной стенки произведено восстановление задней стенки влагалища с помощью объемобразующего средства.*

**Результаты исследования и их обсуждение.** *Согласно классификации POP-Q у 60,7% выявлен пролапс гениталий I степени, II степени — у 39,3% больных. Ультразвуковыми критериями несостоятельности тазового дна было истончение мышечных пучков (*m.bulbospongiosus*) менее 15 мм у 23,2% больных, диастаз *m-levator ani* — у 33,1% больных. Средние значения перинеометрия составили  $2,42 \pm 0,97$ .*

**Выводы.** *Эффективность предложенного реабилитационного лечения была в 1,3 раза большей в сравнении с традиционным лечением.*

**Ключевые слова:** *перинеальная травма, опущение задней стенки влагалища I-II степени, перинеометрия, реабилитационное лечение.*

Восстановление анатомической и функциональной целостности послеродовой промежности у женщин — одна из актуальных проблем современного акушерства. Согласно литературным данным травматизация мягких тканей родового канала наблюдается у каждой 3-5 роженицы, при этом разрывы промежности встречаются от 6 до 15% случаев [5].

Акушерские травмы промежности обусловлены множеством причин. Предрасполагающими факторами являются половой инфантилизм, рубцовые изменения тазового дна в родах или пластических операций [7, 8].

Известно, что неполноценное заживление ран промежности приводит к ослаблению вульварного кольца, мышц тазового дна, в последующем ведет к возникновению рубцовой деформации вульвы, зиянию половой щели, опущению и выпадению органов малого таза, нарушению их функции и трофики [6].

Дисфункция тазовых органов (мочевого пузыря, прямой кишки, влагалища), в свою очередь, оказывает значительное влияние на сексуальную жизнь женщины, трудоспособность и качество жизни [2]. Негативно влияя на общее состояние здоровья, дисфункция та-

зових органів приводить до розвитку депресії, невротичних розладів у сімейному житті, виводячи проблему з медичної в соціальну [9].

Таким чином, відновлення анатомо-функціональних характеристик промежності після її розривів у родах продовжує залишатися дуже актуальною до нинішнього часу. Дальша розробка та удосконалення реабілітаційних заходів дисфункції тазових органів дозволяє знизити кількість ускладнень пологового травматизму.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повищення ефективності реабілітаційного лікування жінок після перенесених розривів промежності в анамнезі.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обстежено 56 жінок у віці від 25 до 40 років, у яких в анамнезі самопроізвольні роди супроводжувалися перинеальною травмою (розриви промежності I-II ступеня).

Ураховуючи поставлені завдання, у ході роботи жінки розподілені на 2 клінічні групи. У I (контрольну) вошло 32 (57,1%) жінок, яким проводилися реабілітаційні заходи в об'ємі традиційної коригуючої гімнастики. II групу склали 24 (42,8%) пацієнток, яким проведено корекцію опущення задньої стінки влагалища з допомогою об'ємобудуючих засобів.

Традиційне консервативне лікування включало в себе дієтотерапію, тренування м'язів тазового дна (ТМТД) — вправи по Кегелю в індивідуальному режимі, санацію влагалища (уросептики, антибактеріальні препарати тощо), згідно з результатами бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження. При явленні стресового компонента недержання сечі застосовувалися М-холіноблокатори.

З метою зміцнення влагалищної стінки пацієнткам II групи проведено відновлення задньої стінки влагалища з допомогою об'ємобудуючого засобу. В результаті введення філлера створюються гідратовані полімери високої щільності, які заповнюють міжклітинне простір, синтезують власні колагенові волокна, тим самим

сприяти відновленню зв'язуючої тканини [1].

Стадію пролапсу геніталій визначали згідно з класифікацією POP-Q (International Continence Society, American Urogynecologic Society, Society of Gynecologic Surgeons 1996 г.).

Для діагностики несостойливості м'язів тазового дна виявляли наявність зияння стінки, проводили пальпацію ніжок леваторів, визначали їх атрофію та діастаз. При перинеометрії оцінку сили скорочення м'язів промежності проводили за величиною прироста тиску при напруженні м'язів тазової діафрагми з допомогою влагалищного датчика перинеометра Peritron 9600 (Австралія).

Ультразвукове дослідження промежності проводили на апараті «Medisson Sono Ace 8000 SE» (Корея) з використанням вагінального датчика 4-9 МГц.

Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за методом О.М. Ковалевої (2003) [2]:  $ІМТ = \frac{\text{маса тіла (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$ . ІМТ менше 25 кг/м<sup>2</sup> оцінювали як відсутність ожиріння, 25,0 – 29,9 кг/м<sup>2</sup> — надлишкова маса тіла, 30,0 – 34,9 кг/м<sup>2</sup> — ожиріння легкої ступеня, 35,0 – 39,9 кг/м<sup>2</sup> — ожиріння середньої ступеня тяжкості, більше 40,0 кг/м<sup>2</sup> — ожиріння важкої ступеня.

Вивчення якості життя проводилося шляхом одночасної оцінки загального стану пацієнтки, з допомогою анкетування через 12 місяців після проведеного лікування за методикою А. А. Новик та Т. І. Іоновой (2004) [3].

Статистична обробка отриманих результатів проводилася з використанням пакету статистичних програм аналізу даних Statistic, Biostat. Надійність різниць у показателях порівнюваних груп проводилася за критерієм Стюдента.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всіх обстежених пацієнток мала місце опущення задньої стінки влагалища I-II ступеня. Згідно з класифікацією POP-Q у 34 (60,7%) виявлено пролапс геніталій I ступеня, II ступеня — у 22 (39,3%) хворих. При дослідженні промежності відзначено об'єктивні ознаки анатомічних змін м'язів тазового дна. Так, у I групі у 2 (6,3%) хворих мала місце геморoidalна опухоль, сви-

детельствующие о нарушении кровообращения тазового дна. Во II группе геморроидальные узлы не обнаружены. Дилатация анального отверстия в обеих группах не выявлена. Пальпаторно обнаружено истончение промежности у 6 (10,7%) больных, у 21 (37,5%) — определена рубцовая деформация промежности, у 8 (14,3%) — гипертрофия шейки матки.

Жалобы на дискомфорт в области промежности предъявляло 27 (48,2%) пациенток, чувство неполного опорожнения кишечника — 30 (53,6%) больных, затруднение дефекации — 22 (39,3%), запоры — 28 (50%) пациенток, на диспареунию — 16 (28,6%), недержание газов — 14 (25%), выделения из влагалища — 27 (48,2%) больных.

Таким образом, после ушивания после родовых разрывов промежности в анамнезе, женщины субъективно отмечали наличие тех или иных жалоб, определяющих снижение качества жизни.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза выявлено следующее. На долю первородящих пришлось 75% и 66,7% соответственно, повторнородящих — 25% и 33,3%. Среди повторнородящих женщин травму промежности в предыдущих родах имело 68,8% и 75% соответственно. Число аборт в двух клинических группах статистически значимых различий не имело.

Структура гинекологических заболеваний в обследуемых группах представлена болезнями шейки матки (31,3% и 33,3%), хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки (21,8% и 25%), рецидивирующими кольпитами (37,5% и 41,7%). Характеризуя течение беременности, у пациенток I группы течение беременности было осложнено: ранним гестозом у 9 (28,1%) женщин, угрозой прерывания беременности — у 11 (34,4%). Во II группе ранний гестоз выявлялся у 11 (45,8%) пациенток и у 8 (33,3%) — угрожающий аборт.

Анализ результатов течения беременности и родов в клинических группах показал, что слабость родовой деятельности была у 6 (18,8%) женщин в первой группе, и у 4 (16,7%) — во второй. Акушерские щипцы при родоразрешении применены у 5 (15,6%) в I группе, и у 3 (12,5%) пациенток II группы).

Средний показатель индекса массы тела (рост-вес) у пациенток составил  $23,1 \pm 1,8$  и  $23,5 \pm 1,4$  соответственно.

У 42 (75%) пациенток обеих групп наблюдалось сочетание разрывов промежности с травмой шейки матки. Послеродовой период у женщин обеих групп протекал осложненно: болезненность, отек и покраснения в области шва промежности, наличие гематомы влагалища и расхождение швов.

Диапазон колебаний показателей общего анализа крови, биохимического исследования, коагулограммы, общего анализа мочи рассмотрены как вариант физиологической нормы.

Проведенные бактериоскопическое и бактериологическое исследования из влагалища, уретры и цервикального канала позволили диагностировать признаки воспаления (кольпит) у 13 (40,6%) пациенток I группы, у 9 (28,1%) больных II группы, бактериальный вагиноз — у 10 (31,3%) и у 8 (33,3%) соответственно.

При ультразвуковом исследовании у пациенток обследуемых групп при опущении задней стенки влагалища I степени выявлено смещение шейки матки до середины уровня лонного сочленения, при II степени — наружный зев шейки матки был ниже дистального края лонного сочленения. Ультразвуковыми критериями несостоятельности тазового дна было истончение мышечных пучков (*m.bulbo-savernosus*) менее 15 мм у 13 (23,2%) больных, диастаз *m.levator ani* — у 18 (32,1%) больных. Средние значения перинеометрии у женщин составили  $2,42 \pm 0,97$ .

Критериями положительной оценки эффективности лечения считались динамика восстановления состояния мышц тазового дна, уменьшение жалоб, улучшение качества жизни женщин.

При оценке эффективности лечения при помощи перинеометрии в I группе пациенток под улучшением состояния подразумевалось увеличение значений перинеометра на два условных деления от базового уровня. Значительное улучшение состояния подразумевало повышение силы мышц тазового дна при сжатии датчика перинеометра на три условных деления и выше. В группе женщин, которым проводили ТМТД в домашних условиях, по данным перинеометрии, значительное улучшение состояния было отмечено у 11 (34,4%) пациенток, улучшение наблюдалось у 10 (31,3%) пациенток, отсутствие эффективности — у 11 (34,4%) пациенток. При этом величина значе-

ний перинеометрії збільшилась в 1,7 раза с 2,42 до 4,11 ( $p < 0,05$ ). Во II групі — значительное улучшение состояния отмечено у 11 (45,8%) пациенток, улучшение — 12 (50%) пациенток, отсутствие эффективности — у 1 (4,2%) пациенток. При этом величина значення перинеометрії збільшилась в 2,2 раза ( $p < 0,05$ ).

Показатель качества жизни на фоне применения объемобразующего средства у пациенток II группы на 88,2% превышал показатели, полученные после традиционного лечения, что соответствует улучшению как физического, так и психологического компонентов здоровья. Интегральный показатель качества жизни в I группе составил 370,4 балла, во II группе — 394,8 баллов.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, эффективность предложенного реабилитационного лечения была в 1,3 раза большей в сравнении с традиционным лечением. Выполненное исследование показало, что травмы промежности зарегистрированные у женщин были у первородящих в 2 раза чаще, чем у повторнородящих. Качественное восстановление поврежденной промежности в раннем послеродовом периоде является значимым аспектом в развитии поздних послеродовых осложнений.

Применение разработанного метода оптимизации реабилитационных мероприятий позволяет нормализовать состояние мышц тазового дна и ликвидировать субъективные симптомы заболевания.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алайя Лама. Этиопатогенетические аспекты пролапса гениталий у женщин в перименопаузе / Н.А. Щербина, Алайя Лама // Международный медицинский журнал. — 2015.- №3. — С.16-20
2. Ковальова О. М. Сучасна діагностика синдрому інсулінорезистентності: методичні рекомендації / О. М. Ковальова, Т. В. Ащеулова. — Х.: ХНМУ, 2003. — 12 с.
3. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине : учебное пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. — М. : ГЭО-ТАР-МЕД, 2004 — 304 с.
4. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. — Москва: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. — 688 с.

5. Радзинский В. Е. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. — М.: МИА, 2006. — 336 с.
6. Султанова С. Г. Причины разрывов промежности и их лечение / С. Г. Султанова // Международный медицинский журнал. — 2010. — № 1. С.
7. Altman D. Perioperative morbidity using transvaginal mesh in pelvic organ prolapses repair / D. Altman, Ch. Falconer // *Obstet: Gynecology*. — 2007. — Vol. 100, № 2. — P. 1.
8. Methods of repair for obstetric anal sphincter in jury / R. Fernando [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — № 3. — CD002866.
9. Weber A. M. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapsed and urinary incontinence / A. M. Weber // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2000. — Vol. 182, № 6. — P. 1610-1615.

Отримано 30.06.2017

## REHABILITATION TRETMENT OF WOMEN WITH POSTPARTUM PERINEAL TRAUMA.

N.A. SHCHERBINA, O.P. LIPKO,  
I.N. SHCHERBINA, L.V. POTAPOVA,  
O.V. MERTSALOVA

The article presents rehabilitation measures aimed at restoring the anatomical and functional integrity of the perineum after its ruptures in labor.

**Material and methods.** 56 women aged 25 to 40 years were examined, who had spontaneous labor accompanied by perineal trauma in the anamnesis (I-II perineum ruptures). Assessment of the perineal muscles was carried out with the help of a vaginal perineometer sensor, ultrasound examination of the perineum.

Traditional conservative treatment included behavioral therapy of pelvic muscles training (PMT) - Kegel exercises in an individual mode. In order to strengthen the vaginal wall, the posterior wall of the vagina is reconstructed with the help of a volumetric agent.

**Results of the study and discussion.** According to the classification of POP-Q, 60.7% of the patients had genital prolapse of the grade I, grade II - in 39.3% of patients. Ultrasonic criteria of pelvic muscles failure were the thinning of m.bulbocavernosus less than 15 mm in 23.2%

of patients, and the diastase of m.levator ani in 33.1% of patients. The mean values of perineometry were  $2.42 \pm 0.97$ .

**Conclusions.** The effectiveness of the proposed rehabilitation treatment was 1.3 times greater in comparison with traditional treatment.

Key words: perineal trauma, posterior wall of vagina of the grade I-II, perineometry, rehabilitation treatment.

## РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ У ЖІНОК З ПЕРЕНЕСЕНИМИ РОЗРИВАМИ ПРОМЕЖИНИ.

М. Щ. ЩЕРБИНА, О. П. ЛІПКО,  
І. М. ЩЕРБИНА, Л. В. ПОТАПОВА,  
О. В. МЕРЦАЛОВА

В статті представлені реабілітаційні заходи, спрямовані на відновлення анатомічної і функціональної цілісності промежини після її розривів під час пологів.

**Матеріал і методи дослідження.** Обстежено 56 жінок у віці від 25 до 40 років, у яких в анамнезі мимовільні пологи супроводжува-

лися перинеальною травмою (розриви промежини I-II ступеня). Оцінку м'язів промежини проводили за допомогою вагінального датчика перінеометра, ультразвукового дослідження промежини.

Традиційне консервативне лікування включало поведінкову терапію тренування м'язів тазового дна (ТМТД) - вправи по Кегелю в індивідуальному режимі. З метою зміцнення вагінальної стінки вироблено відновлення задньої стінки піхви за допомогою об'ємообразуючі кошти.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Відповідно до класифікації POP-Q у 60,7% виявлено пролапс геніталій I ступеня, II ступеня - у 39,3% хворих. Ультразвуковими критеріями неспроможності тазового дна було витончення м'язових пучків (m.bulbosavernosus) менше 15 мм у 23,2% хворих, диастаз m-levator ani - у 33,1% хворих. Середні значення перінеометрія склали  $2,42 \pm 0,97$ .

**Висновки.** Ефективність запропонованого реабілітаційного лікування була в 1,3 рази більшою в порівнянні з традиційним лікуванням.

**Ключові слова:** перинеальної травма, опущення задньої стінки піхви I-II ступеня, перінеометрія, реабілітаційне лікування.

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації:  
серія КВ № 21036 – 10836 ПР від 14.11.2014

**Замовник:**

Громадська організація «Асоціація акушерів-гінекологів України»

Адреса редакції: 04210 м. Київ, пр.Героїв Сталінграда 16

**Телефон:** (044)411-92-33, +38 050 389 55 20,

**E-mail:** assistant@aagu.com.ua,

**сайт:** www.aagu.com.ua/publisher.php

«Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України» приймає до публікації закінчені оригінальні статті, що висвітлюють власну точку зору та огляди літератури в галузі акушерства і гінекології та суміжних дисциплін. В редакції здійснюється відбір, спецредагування та літературне редагування статей. Рішення про можливість публікації статті приймається лише після її рецензування редакційною колегією.

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей в публікаціях несуть автори. Відповідальність за зміст реклами та її відповідність вимогам законодавства несуть рекламодавці. Редакція і видавці не несуть відповідальності за достовірність інформації, опублікованої в рекламних матеріалах.

Висловлені у надрукованих статтях думки можуть не збігатися з поглядом редакційної колегії.

Передрук матеріалів можливий тільки з письмового дозволу редакції. При передруці посилання на «Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України» обов'язкове.

Підписано до друку 28.07.2017. Формат 60x84 1/8.  
Друк офсетний. Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC.  
Умов.друк. арк. 38,13.

Тираж 1000 прим. Замовлення № 280717



Друк: ПП «Естеро»  
тел. 068 22 62 444  
e-mail: esterorv@ukr.net