



# «Дефицитная» промежность: новые дефиниции, классификация, клинические фенотипы и возможности коррекции

М.Р. Оразов<sup>✉1</sup>, В.Е. Радзинский<sup>1</sup>, Е.Д. Долгов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

<sup>2</sup> ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия

✉omekan@mail.ru

## Аннотация

Несостоятельность тазового дна (НТД) остается глобальной проблемой мирового здравоохранения. В настоящее время установлена высокая распространенность как генитального пролапса, так и других форм НТД, без верифицированных миофасциальных дефектов тазового дна. Однако далекими от окончательного решения остаются вопросы, связанные с тактикой ведения пациенток, страдающих НТД и различными мальформациями промежности. Цель данной статьи – рассмотрение актуальности проблемы НТД на современном этапе, раскрытие сути нового термина и авторской классификации «дефицитной» промежности в перинеологии и эстетической гинекологии, а также обоснование к различным вариантам коррекции исходя из конкретного фенотипа болезни.

**Ключевые слова:** несостоятельность мышц тазового дна, дефицитная промежность, перинеальный дефицит, тренировка мышц тазового дна, БОС-терапия, электромагнитная стимуляция, филлеры, гиалуроновая кислота, нитевая имплантация тазового дна.

**Для цитирования:** Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Долгов Е.Д. «Дефицитная» промежность: новые дефиниции, классификация, клинические фенотипы и возможности коррекции. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (5): 104–107.

DOI: 10.47407/kr2026.7.5.00849

## “Deficient” perineum: new definitions, classification, clinical phenotypes, and adjustment options

Mekan R. Orazov<sup>✉1</sup>, Viktor E. Radzinskiy<sup>1</sup>, Evgeniy D. Dolgov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

<sup>2</sup> Avtsyn Research Institute of Human Morphology of Petrovsky National Research Centre of Surgery, Moscow, Russia

✉omekan@mail.ru

## Abstract

Pelvic floor dysfunction (PFD) remains a global problem of the world's public health. To date, high prevalence of both pelvic organ prolapse and other PFD forms, without any verified myofascial pelvic floor defects, has been reported. However, questions related to management tactics for patients suffering from PFD and various malformations of the perineum are still far from being resolved. The paper is focused on the relevance of the issue of PFD at present, disclosure of the essence of a new term and the author's classification of the “deficient” perineum in perineology and aesthetic gynecology, as well as on the substantiation of various adjustment options based on certain disease phenotypes.

**Keywords:** pelvic floor dysfunction, deficient perineum, perineal deficit, pelvic floor muscle training, biofeedback therapy, electromagnetic stimulation, fillers, hyaluronic acid, perineal thread lifting.

**For citation:** Orazov M.R., Radzinskiy V.E., Dolgov E.D. “Deficient” perineum: new definitions, classification, clinical phenotypes, and adjustment options. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (5): 104–107 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.5.00849

## Несостоятельность мышц тазового дна: горизонты проблемы

Репродуктивная медицина XXI столетия продолжает сталкиваться с рядом нерешенных и порой нерешаемых проблем. Новые age-тенденции последних лет демонстрируют стабильно прогрессирующий рост численности и продолжительности жизни населения планеты, что характеризует «медицину здорового долголетия» как один из общемировых приоритетов глобальной системы здравоохранения [1]. И данный феномен лег в основу значительного повышения потребности новой и лишь недавно показавшей свое «лицо» антивозрастной, или антиэйдж-гинекологии. Безусловно, женщина на «закате» репродуктивного возраста (т.е. в пери- и постменопаузе) сталкивается с системными проявлениями эстрогенового дефицита, включая вазомоторный синдром, генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС), остеопороз и др. Однако совершенно незаслуженно и даже весьма порочно отсутствие упоминания в данном контексте такой мировой про-

блемы, как несостоятельность тазового дна (НТД), которая является не менее знаковой проблемой, тотально снижающей качество жизни женщины.

В настоящее время НТД дефинируется как широкая группа патологических состояний, включающих нарушения со стороны нижних мочевыводящих путей, де-

Рис. 1. Классификация НТД.

Fig. 1. Classification of PFD.



**Рис. 2. Классификация и клинические фенотипы «дефицитной» промежности.**  
Fig. 2. Classification and clinical phenotypes of the “deficient” perineum.



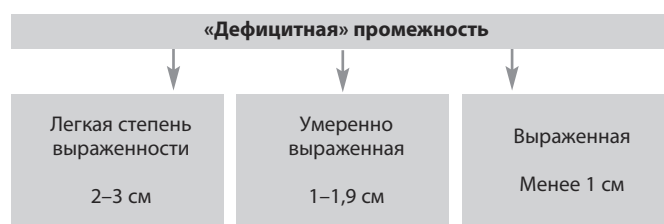
фекации, сексуальную дисфункцию, а также анатомические диспозиции и расстройства со стороны тазовых органов [2]. Весьма проблематичной остается точная оценка распространенности данных нарушений, поскольку по-прежнему отмечается их социальная стигматизация, а также разрозненная оценка каждого из фенотипов НТД. Так, имеющиеся эпидемиологические данные выступают прямым подтверждением данного тезиса, поскольку широта колебаний распространенности НТД может достигать 50% (от 11,9 до 67,5%) в зависимости от изучаемой популяции [3]. Не менее важным остается динамика прироста заболеваемости НТД: по последним данным (2026 г.), встречаемость НТД ежегодно растет на 11,5% [4].

Учитывая стабильно прогрессирующую распространенность различных фенотипов НТД, важно помнить о возрастных стигмах данных нарушений. Как мы выше отметили, НТД выступает одним из «атрибутов» старшего возраста, что подтверждается результатами недавнего обсервационного исследования S. Li и соавт. (2026 г.), согласно которым двумя пиками заболеваемости генитальным пролапсом являются отметки в 50 и 70 лет [5]. И если в первой ситуации женщины переступают порог менопаузы и сталкиваются с гормональным штормом и манифестирующей гипоэстрогенией (все соединительнотканые и мышечные структуры тазового дна и малого таза содержат большое число эстрогеновых рецепторов), то достижение 70 лет знаменует критическое ремоделирование данных анатомогистологических компартментов смешанного генеза (как гипоэстрогенное, так и возраст-индуцированное вследствие клеточного старения). Аналогично этому, результаты исследования L. Kim и соавт. (2026 г.), включавшего более 3,7 млн женщин, демонстрируют значимое повышение риска манифестации НТД (в частности, генитального пролапса) у женщин в возрасте 40 лет (отношение шансов 1,169) [6].

Таким образом, НТД остается архиважной проблемой современной антивозрастной гинекологии с прогрессирующим повышением распространенности и снижением качества жизни пациенток изучаемой когорты. Однако критически важно различать фенотипы НТД, принцип выделения которых основан прежде всего на оценке целостности миофасциального компартмента тазового дна. Рутинным методом верификации анатомических нарушений у пациенток с проявлениями НТД, безусловно, выступает трансперинеальная сонография, позволяющая объективно оценить целостность мышечного (прежде всего леваторного комплекса) и фасциального (прежде всего лобково-шеечной фасции Гальбана и прямокишечно-влагалищной фасции Денонвилье) компартментов. На основании многолетнего опыта результатов собст-

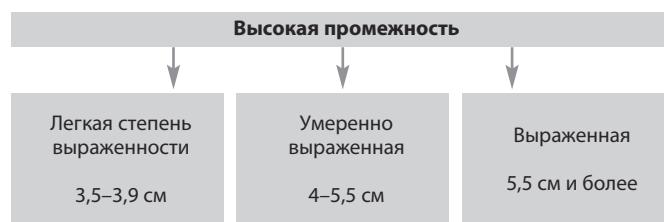
**Рис. 3. Классификация степеней выраженности «дефицитной» промежности.**

Fig. 3. Classification of the “deficient” perineum severity.



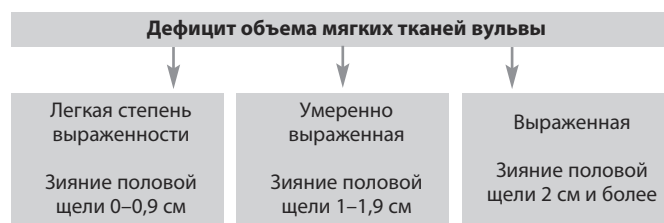
**Рис. 4. Классификация степеней выраженности «высокой» промежности.**

Fig. 4. Classification of the “high” perineum severity.



**Рис. 5. Классификация степеней выраженности дефицита объема мягких тканей вульвы при «дефицитной» промежности.**

Fig. 5. Classification of the vulvar soft tissue deficiency severity in the “deficient” perineum.



венных исследований нами было установлено, что при обнаружении анатомических дефектов данных структур следует относить НТД к фенотипу А, поскольку по своей сути имеющиеся нарушения являются клинически-манифестированным генитальным пролапсом, требующим безотлагательной хирургической реконструкции. В свою очередь, отсутствие указанных дефектов – фенотип В, что свидетельствует об отсутствии необходимости в реконструктивной операции и подразумевает использование консервативных стратегий (рис. 1) [7]. Однако следует понимать, что в случае последнего имеет место дефект или возрастная деградация поверхностных и

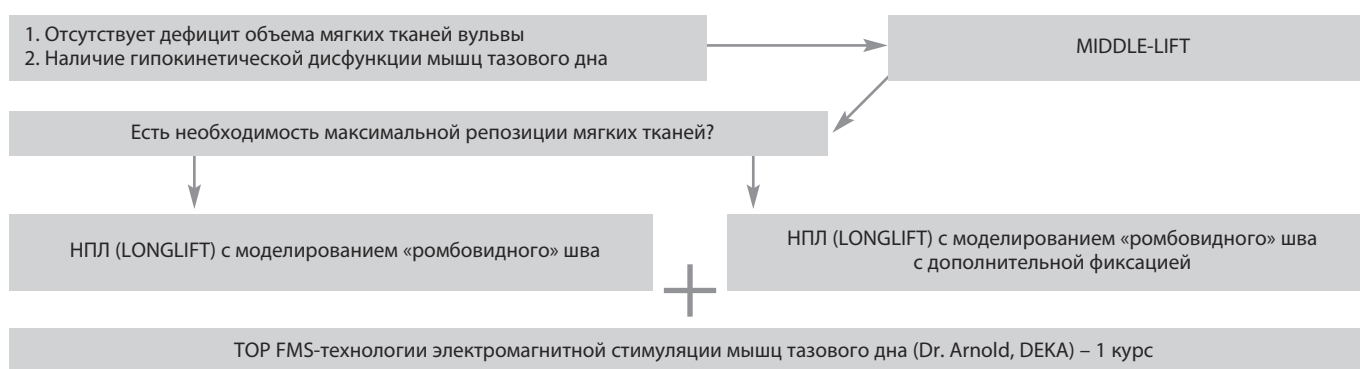
**Рис. 6. Архитектурный лифтинг промежности: LIGHT-LIFT.**

Fig. 6. Perineal architectural lifting: LIGHT-LIFT.



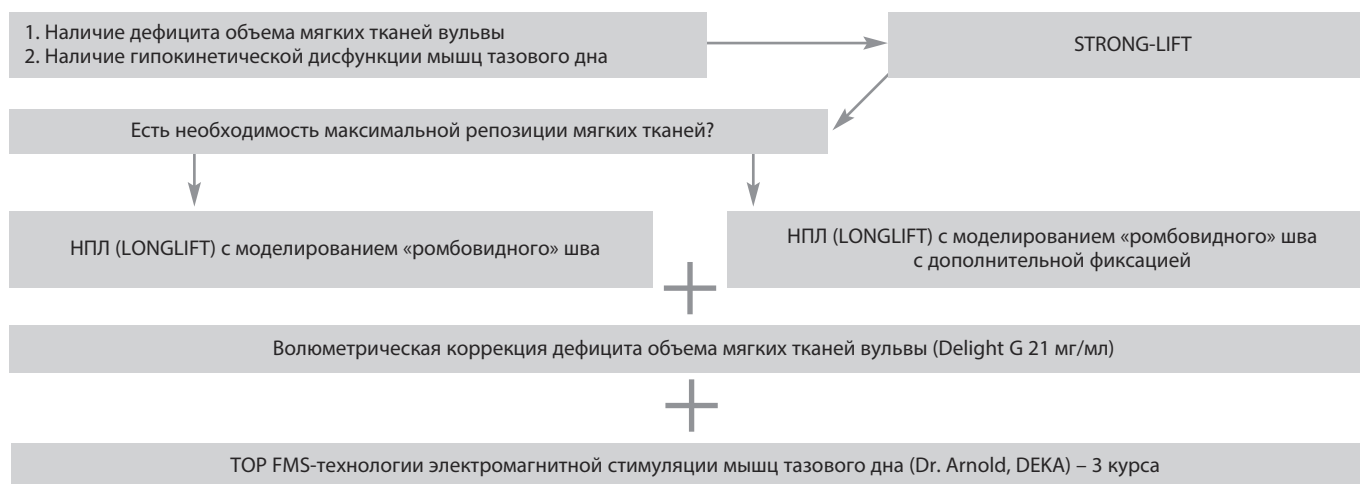
**Рис. 7. Архитектурный лифтинг промежности: MIDDLE-LIFT.**

Fig. 7. Perineal architectural lifting: MIDDLE-LIFT.



**Рис. 8. Архитектурный лифтинг промежности: STRONG-LIFT.**

Fig. 8. Perineal architectural lifting: STRONG-LIFT.



глубоких жировых компартментов, диспозиция фасций Коллиса и Галлоде, гипокINETическая дисфункция мышц тазового дна.

Доказано, что в основе патогенеза НТД лежат нарушения соотношения типов коллагена, ангио- и васкулогенеза, дефекты ремоделирования вульвовагинального эпителия, фасциальных и лигаментарных структур [8–12]. Все вышеизложенное приводит и к визуальному ремоделированию промежности, которая при таких изменениях характеризуется как так называемая «дефицитная».

**«Дефицитная» промежность – новая дефиниция или вектор для клинической стратификации нозологии?**

В настоящее время доказано, что у пациенток с различными фенотипами НТД отмечается ремоделирование гладкомышечной ткани: переход от сократительного фенотипа к атрофическому, уменьшение экспрессии миофиламентов и нарушение миоваскуляризации [13, 14]. Морфологическим субстратом атрофических изменений мягких тканей тазового дна (в том числе

миофасциального компартмента) выступает «дефицитная» промежность – новый термин в современной эстетической гинекологии. По нашему мнению, «дефицитная» промежность – анатомо-функциональный дефект тела промежности (perineal body/centrum tendineum perinei/corpus perineale) на фоне широкого спектра альтераций, сопровождающийся нарушением физиологической архитектоники половой щели (зиянием/диспозицией/дезорганизацией/птозом).

Важно отметить, что «дефицитная» промежность служит типичным проявлением НТД, в частности фенотипа А и В, однако кроме возрастных инволютивных изменений встречаются и другие варианты генеза перинеального дефицита, отмеченные в авторской классификации на рис. 2.

В настоящее время «дефицитной» промежности в мировой научной библиотеке уделено крайне мало внимания, несмотря на всю актуальность и распространенность проблемы. Новое определение также лежит в основе разработки эффективных классифицирующих систем перинеального дефицита, позволяющих стратифицировать объем вмешательств в рамках эстетической гинекологии, которых до настоящего момента времени, увы, не было. За несколько лет малоинвазивной коррекции архитектоники тазового дна (более 4 тыс. операций) нами был накоплен обширный опыт, исходя из которого были разработаны авторские классификации как «дефицитной», так и «высокой» промежности, в зависимости от анатомических альтераций тела промежности (нормальная длина – 3–3,5 см; рис. 3, 4), а также градация степеней недостаточности объема мягких тканей вульвы при «дефицитной» промежности в зависимости от диаметра зияния половой щели (NB: в норме половая щель всегда сомкнута); рис. 5.

Использование представленных выше градаций позволит эффективно стратифицировать выбор верных перинеологических стратегий.

### Восстановление архитектоники промежности в рамках дифференцированного подхода

Возможности эстетической гинекологии как в Российской Федерации, так и в мире представлены десятками различных инвазивных и неинвазивных вмешательств – доказанных и не очень. Однако спектр действительно эффективных методов коррекции архитектоники тазового дна остается крайне ограниченным. Универсальной мерой (по данным ряда международных руководств) поддержания здоровья мышц тазового дна остается их функциональный тренинг, причем как самостоятельный (упражнения Кегеля), так и аппаратный (БОС-терапия, плоская/высокоинтенсивная электромагнитная стимуляция мышц тазового дна) [15–19].

В настоящее время также накоплена обширная доказательная база для каждого из указанных методов тренировки мышц тазового дна [17–19].

Однако все же изолированная тренировка мышц тазового дна не всегда позволяет полностью устранить анатомический дефект при «дефицитной» промежности. В этой связи особую актуальность приобретают малоинвазивные методики коррекции, к которым относятся использование объемобразующих гелей на основе гиалуроновой кислоты (ГК) и технология нитевого перинеального лифтинга (НПЛ), продемонстрировавшие высокую клиническую эффективность [7, 20]. Однако принципиально важно помнить, что главное условие для их использования – это сохранные тазовая фасция и мышечный компартмент тазового дна, не требующие хирургической реконструкции. Вместе с тем необходимо различать целевые группы для выбора той или иной методики восстановления архитектоники промежности (рис. 6–8):

- Волюметрическая коррекция мягких тканей вульвы филлерами на основе ГК – при «дефицитной» промежности, обусловленной липодистрофией, с целью восстановления объема мягких тканей.
- НПЛ – с целью коррекции зияющей половой щели, не требующей хирургического вмешательства.
- При гипокинетической дисфункции мышц тазового дна – физиотерапия и тренинг мышц тазового дна.

Таким образом, использование данных методик позволит выбрать обоснованную/таргетную стратегию восстановления архитектоники промежности.

### Заключение

Важно резюмировать, что НТД остается глобальной проблемой современной эстетической гинекологии со стабильно прогрессирующими показателями распространенности. Вместе с тем у пациенток с перинеальным «дефицитом» различных фенотипов (дефицит объема мягких тканей или же перинеальный птоз или гипокинетическая дисфункция мышц тазового дна) при отсутствии верифицированных в ходе трансперинеальной сонографии дефектов миофасциального компартмента тазового дна следует использовать малоинвазивные стратегии восстановления его архитектоники. Предложенный авторский алгоритм, классификации и варианты коррекции помогут выбрать верную перинеологическую стратегию при НТД.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Оразов Мекан Рахимбердыевич** – д-р мед. наук, проф., проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН.  
E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5342-8129

**Радзинский Виктор Евсеевич** – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, засл. деят. науки РФ.  
E-mail: radzinsky@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7428-0469

**Долгов Евгений Денисович** – науч. сотр. лаб. клинической морфологии отд. патологической морфологии НИИМЧ им. акад. А.П. Авцына ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского».  
E-mail: 1586dolgde@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6709-5209

Поступила в редакцию: 25.05.2026

Поступила после рецензирования: 26.05.2026

Принята к публикации: 28.05.2026

#### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Mekan R. Orazov** – Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5342-8129

**Viktor E. Radzinskiy** – Acad. RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: radzinsky@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7428-0469

**Evgeniy D. Dolgov** – Research Officer, Avtsyn Research Institute of Human Morphology of Petrovsky National Research Centre of Surgery. E-mail: 1586dolgde@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6709-5209

Received: 25.05.2026

Revised: 26.05.2026

Accepted: 28.05.2026