

Дисфункция тазового дна у женщин: современные возможности коррекции

В рамках XI Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», прошедшего в Сочи с 8 по 11 сентября 2018 г., при поддержке компании «Пенткрофт Фарма» 10 сентября был проведен симпозиум «Эстетическая гинекология. Что мы можем сделать сегодня для сохранения качества жизни женщины?», на котором выступили ведущие российские эксперты в данной области.

Симпозиум открыла Г.Б. Дикке, д.м.н., временный советник ВОЗ по проблеме профилактики ВИЧ, ИППП и нежеланной беременности, эксперт РАН, заслуженный деятель науки и образования РАЕ, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом репро-

дуктивной медицины Академии медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева (Санкт-Петербург). В начале своего доклада «Ранняя диагностика недостаточности мышц тазового дна» спикер подчеркнула, что на данный момент специалисты обладают еще недостаточным объемом знаний по

этой проблеме, что отражается на терминологии. По этой причине встречаются разные определения, характеризующие дисфункцию тазового дна (ДТД) у женщин. Например:

- недостаточность мышц тазового дна – *deficient perineum* (недостаточность промежности);



- слабость мышц тазового дна – *weakness of the pelvic floor muscles* (многими авторами ассоциируется с недержанием мочи);
- синдром несостоятельности тазового дна или синдром тазовой релаксации – *pelvic floor failure* – возникает в результате грыжеподобных дефектов связок, фасций и мышц, поддерживающих тазовые органы (S.G. McNeeley, США);
- дисфункция тазового дна – *pelvic floor dysfunction* (любая группа клинических состояний, которая включает недержание мочи, фекальное недержание, выпадение тазовых органов, сексуальную дисфункцию и ряд хронических болевых синдромов, включая вульводинию).

Г.Б. Дикке также отметила, что раньше специалисты обращали внимание на проблему ДТД у женщин часто уже в запущенных случаях. Сегодня тактика по отношению к этой проблеме кардинально меняется, на первое место выходит ранняя диагностика – обследование бессимптомных пациенток с целью выявления ранних

признаков заболевания. Это очень важно, поскольку распространенность пролапса органов малого таза у женщин встречается в возрасте 20–29 лет в 20,4% случаев, в возрасте 30–39 лет – в 50,3% случаев, в возрасте 40–49 лет – в 77,2% случаев. По мнению эксперта, основой всех случаев пролапса тазовых органов у женщин является дефект тазового дна на любом уровне (генетическом, гистохимическом, анатомическом, функциональном). Поэтому профилактика, ранняя диагностика и эффективное лечение ДТД у женщин позволяют избежать формирования пролапса в подавляющем большинстве случаев. Обязательным компонентом любого лечебного комплекса являются систематические тренировки, не позволяющие функциональному дефекту стать анатомическим. Эффективное лечение предполагает его раннее начало, в идеале – сразу после родов. Анатомический дефект, сопутствующий пролапсу гениталий II степени и выше (POP-Q), служит показанием к хирургическому лечению.

По наблюдению специалистов, в настоящее время пролапс имеют 50% женщин репродуктивного возраста, причем 35% из них приобретают пролапс и/или недержание мочи после родов. Вместе с тем, по данным G. Pearl et al. (*Assessing pelvic floor during childbearing year. Nursing Times. 2008;104(18):40–44*), 86% женщин обращаются за медицинской помощью хотя бы один раз в первый год после родов, при этом 70% женщин, сообщивших во время последующих посещений о тяжелом недержании мочи и/или кала, не обсуждали эти симптомы при посещении врача после родов.

В заключение своего выступления Г.Б. Дикке обозначила ключевые факторы, влияющие на выбор терапевтической стратегии при пролапсе:

- предпочтение пациентки в отношении тактики лечения;
- состояние пациентки и ее возраст, длительность заболевания, необходимость сохранения репродуктивной функции, менструальной и сексуальной функций;



- тяжесть клинической картины и ее влияние на качество жизни;
- возможность проведения оперативного лечения (наличие противопоказаний, экстрагенитальной патологии);
- наличие других патологических состояний со стороны малого таза, требующих проведения одновременного лечения, включая недержание мочи и кала;
- наличие операций на органах малого таза в анамнезе.

Е.И. Нефф, к.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе Центра оперативной гинекологии «Женская клиника», ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (Екатеринбург) в своем докладе «Нехирургический дизайн промежности и пластическая хирургия промежности и вульвы» также отметила актуальность проблемы пролапса органов малого таза у женщин. Спикер привела данные статистики: в 5–25% случаев ДТД влечет снижение либидо, в 4–14% случаев наблюдается снижение сексуального возбуждения, в 5–16% случаев проявляется аноргазмия, в 7–19% случаев ощущаются боли во время полового акта, в 26–48% случаев обнаруживается зияние половой щели. Все это снижает качество жизни женщин и требует вмешательства специалистов. Недостаточность мышц тазового дна обнаруживается в



16% случаев после 50 лет, в 65% случаев – в возрасте 30–49 лет и в 19% случаев – до 30 лет.

Форма пролапса гениталий может быть простой, когда отсутствуют симптомы со стороны соседних органов, и осложненной, сопровождающейся нарушением функций мочевого пузыря, прямой кишки и наличием сексуальной дисфункции. При осложненной форме в 63% случаев ощущается инородное тело и/или боль во влагалище, в 86% случаев наблюдается учащенное мочеиспускание, в 73% случаев – непроизвольное выделение мочи, в 62% случаев – затрудненное мочеиспускание, в 31% случаев – эпизоды недержания кала, запоры. Также может наблюдаться сексуальная дисфункция. При этом наличие и тяжесть симптомов не коррелируются со степенью опущения гениталий.

Для недопущения и устранения данных неприятных симптомов необходимо тщательно подходить к выбору тактики лечения. Так, пролапс без вышеперечисленных симптомов требует лечения для предупреждения прогрессирования – с использованием специальных физических упражнений и изменением образа жизни. При симптоматическом пролапсе проводятся консервативная коррекция и контроль над симптомами – тренировка мышц тазового дна, использование пессариев и проведение физиотерапевтических процедур. Хирургическое лечение проводится в исключительных случаях – только при неэффективности консервативного лечения либо по желанию пациентки для эстетической коррекции наружных половых органов.

Н.В. Артымук, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Кемеровского государственного медицинского университета, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов» в своем докладе «Возможности коррекции симптомов дисфункции тазового дна у женщин репродуктивного возраста» отметила, что развитие дис-



функции тазового дна у женщин в любом своем проявлении приводит к снижению качества жизни, утрате трудоспособности, социальной дезадаптации.

Наиболее распространенные симптомы ДТД: частое мочеиспускание (44%), давление в нижней части живота (35,5%), сильное напряжение при дефекации (32,8%). Частота недержания мочи наблюдается иногда у 64,2% женщин, часто – у 29,9%, всегда – у 9,7%. Факторами риска недержания мочи являются беременность и первые вагинальные роды в старшем возрасте. Механизмами, приводящими к данной патологии, являются механическое давление плода на структуры тазового дна, ограниченная денервация тазового дна, повреждение мягких тканей во время родов. Установлена взаимосвязь между снижением силы тазовых мышц и частотой недержания мочи. Поэтому во избежание подобных патологий в ряде случаев предпочтение отдается кесареву сечению. Вместе с тем пока не доказано, что кесарево сечение предупреждает недержание мочи.

Частота симптомов сексуальной дисфункции у женщин репродуктивного возраста подразделяется на отсутствие полового влечения или очень низкое половое влечение (24,7%), отсутствие оргазма (22%), отсутствие увлажнения влагалища (15,6%). Была установлена взаимосвязь между слабостью мышц тазового дна и сексуальной дисфунк-

цией ($p < 0,05$). К факторам, влияющим на сексуальную дисфункцию, относятся ожирение ($OR = 2,105$) и возраст старше 39 лет ($OR = 2,451$) ($p < 0,05$).

При этом гиподинамия является более значимым фактором риска ДТД, чем тяжелый физический труд. Н.В. Артымук также подчеркнула, что основным провокатором ДТД являются беременность и роды, причем вагинальные роды ассоциированы с более высокой частотой повреждения ЛАМ, лоно-ректальных дефектов, увеличения подвижности шейки мочевого пузыря и увеличением зияния половой щели, нежели роды посредством кесарева сечения, особенно в старшем репродуктивном возрасте. Первый эпизод недержания мочи у 65% пациенток наблюдался во время беременности или после родов. Ранее считалось, что ДТД чаще наблюдается у женщин старше 50 лет, в настоящее время эта дисфункция становится актуальной проблемой и для молодых женщин. Для профилактики ДТД важна тренировка мышц тазового дна с помощью специальных упражнений и приспособлений (например, пессариев), а также физиотерапии. Высокоэффективной является тренировка мышц тазового дна с применением технологий электростимуляции (EmbaGyn) и вибрации (Magic Kegel). Применение EmbaGyn более эффективно для профилактики симптомов недержания мочи, Magic Kegel – для профилактики сексуальной дисфункции. Это было подтверждено рандомизированным проспективным открытым исследованием с критериями включения женщин в возрасте 18–45 лет в течение 12 нед. послеродового периода. В ходе исследования была дана сравнительная оценка эффективности методов физической реабилитации с применением технологии электростимуляции vs технологии вибрации после родов. Были получены следующие результаты: частота недержания мочи сократилась с 76,9 до 30,8% при лечении EmbaGyn и с 81,8 до 40,9% – при лечении Magic Kegel. Частота сексуальной дисфункции сократилась с 53,8 до 42,3% при лечении EmbaGyn и с 68,4 до 22,7% – при лечении Magic Kegel.

Пройдите тесты, просканировав QR-коды

Опросник PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire) может использоваться как пациенткой в домашних условиях перед посещением врача, так и непосредственно на приеме для оценки симптомов пролапса тазовых органов и нарушений функции мочевого пузыря и кишечника. Форма является наиболее распространенной, надежной и валидной для специфического опросника в отношении дисфункции органов малого таза.



Что касается хирургического лечения ДТД, то рутинное применение эпизиотомии на протяжении многих лет показало, что данное вмешательство не предотвращает ДТД и в настоящее время не рекомендуется. Эпизиотомия может применяться только в отдельных случаях и только медиолатерально.

Е.Ю. Глухов, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного университета, главный врач «Женской клиники» Екатеринбурга в своем докладе «Хирургическая коррекция ранних форм пролапса, «релаксированного» влагалища и послеродовых деформаций промежности» рассказал о послеродовых деформациях промежности

и коррекции генитального пролапса как посредством реконструктивно-пластической хирургии влагалища и промежности, так и с помощью влагалищных тренажеров.

Он отметил, что, по данным С.Н. Буановой, основными причинами развития генитального пролапса у женщин являются:

- акушерский травматизм (71,8%);
- ненормированные физические нагрузки (72,2%);
- дефицит гормонов в менопаузе (65,3%);
- экстрагенитальная патология (44,8%);
- системная недостаточность соединительной ткани (10,9%).

Целями и задачами хирургической коррекции генитального пролапса





легкой степени, рубцовых деформаций влагалища и промежности являются: восстановление всех выявленных фасциальных дефектов стенок влагалища, сужение входа во влагалище за счет восстановления мышечных дефектов тазового дна, восстановление нормального мочеиспускания, устранение рубцовых деформаций стенок влагалища и промежности, восстановление эстетики наружных половых органов, улучшение качества жизни женщины за счет восстановления сексуальной функции и самооценки.

Е.Ю. Глухов представил несколько клинических случаев. В первом у пациентки образовалась послеродовая пуэрперальная язва промежности. В родах у нее произошел разрыв промежности 2 степени, было проведено восстановление целостности влагалища и промежности с прошиванием стенки прямой кишки. Далее образовалась гематома промежности и задней стенки влагалища, это расценили как парапроктит, вскрыли в проктологическом отделении – была обнаружена язва, наложены швы. Через 2 мес. после родов вследствие язвы возникли рубцовая деформация промежности и сфинктерно-промежностный

свищ. Женщине была показана реконструктивная пластика. Пациентке была проведена перинеометрия до пластики влагалища и через 3 нед. после операции. Пневматический перинеометр – очень нужный инструмент, отображающий силу сжатия мышц тазового дна. Его в своем активе должен иметь каждый специалист. Е.Ю. Глухов представил специальную таблицу, при помощи которой в дальнейшем после определения с помощью перинеометра степени слабости мышц тазового дна, врач может назначить пациентке правильное лечение. После хирургического вмешательства в сочетании с применением пессария у пациентки отмечались значительные улучшения – сила сокращений мышц тазового дна увеличилась на несколько баллов по шкале Оксфорда.

По мнению Е.Ю. Глухова, на результат пластической хирургии промежности можно благоприятно повлиять с помощью влагалищных тренажеров и послеродовых вагинальных пессариев (например «Доктора Арабин», который стал в последнее время новым трендом), также их можно использовать в качестве действенной профилактики пролапса и недержания мочи после родов.

Показаниями для вумбилдинга (применения влагалищных тренажеров) являются: пролапс гениталий (ранние стадии); стрессовое и смешанное недержание мочи; реабилитация после оперативного лечения по поводу пролапса (через 2 мес. после операции); реабилитация после родов через естественные родовые пути (через 2 мес. после родов); проблема нарушения венозного оттока из тазовых вен; сексуальный дискомфорт (проблема широкого, «релаксированного» влагалища); снижение качества сексуальных отношений в супружеской паре.

Специалист подчеркнул, что назначает всем пациенткам вумбилдинг. Он представил еще несколько клинических случаев из личной практики, отметив, что использование вагинальных тренажеров (по 15 мин 2 раза в день) позволило значительно улучшить результаты оперативных вмешательств. Кроме того, по словам специалиста, «вагинальные тренажеры показаны всем женщинам старше 18 лет. Если женщина будет заниматься вумбилдингом с 18 лет, это будет залогом хороших родов благодаря натренированности мышц промежности. Вагинальные тренажеры эффективны также и после родов, в любом возрасте».



ТРЕНАЖЕРЫ ДЛЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА



ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»

+7 495 788-77-46

www.ru486.ru

www.arabin24.ru

