



Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, Т.С. НАГИЕВА, И.Ю. ИЛЬИНА

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВОГО ДНА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

ФГБУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Определение. Под дисфункцией тазового дна понимают комплекс нарушений функций связочного аппарата и мышц тазового дна, удерживающих органы малого таза в нормальном положении и обеспечивающих удержание мочи и кала [1].

Код по МКБ-10: O34.8

Актуальность проблемы

Первые 6 недель после родов – наиболее уязвимый период в жизни женщины с точки зрения формирования и/или прогрессирования дисфункции тазового дна (ДТД) [2]. Перерастяжение связок, дефекты тазовой фасции, в том числе недиагностированные, травмы промежности способствуют развитию нарушений со стороны функционирования органов малого таза. Пропалс гениталий, недержание мочи, анальная инконтиненция, тазовые боли, сексуальная дисфункция представляют собой основные клинические проявления дисфункции тазового дна, нуждающиеся в своевременной профилактике и коррекции [3]. В настоящий момент не существует общепризнанного стандартизированного подхода к ведению пациенток с несостоятельностью тазового дна в послеродовом периоде. Нами была предпринята попытка обобщить имеющийся в научной практике опыт обследования и лечения таких пациенток (рис. 1).

Индивидуальная программа реабилитации

Симптомы ДТД требуют комплексного и индивидуального подхода. Мочевая инконтиненция представляет собой серьезную проблему ввиду дифференциальной диагностики различных видов недержания мочи и требует междисциплинарного подхода с участием как гинекологов, так и урологов. Профессиональный тандем оправдан и в случае наличия у пациенток явлений анальной инконтиненции, обосновывающей привлечение к обследованию и лечению данной когорты больных врача-проктолога.

Методы исследования пациенток в послеродовом периоде должны включать тщательный сбор анамнестических данных, анализ жалоб, ассоциированных с несостоятельностью тазового дна и поддерживающих структур органов малого таза. Осмотр в гинекологическом кресле предполагает оценку толщины, растяжимости и высоты промежности; наличия рубцовых изменений, зияния половой щели и/или пролапса гениталий. С целью стадирования пролапса гениталий применяется система POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), основанная на оценке расположения стенок влагалища и шейки матки по отношению к гименальному кольцу [4]. Измерение расстояний производится посредством маточного зонда с сантиметровой градуировкой и линейкой.

Для определения влияния симптомов ДТД на качество жизни пациенток с пролапсом гениталий целесообразно оценивать результаты специализированных вопросников [5]. Примером такого анкетирования является вопросник PFDI-20, который включает 20 вопросов, распределенных на 3 блока: POPDI-6 (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory) – для анализа жалоб, ассоциированных непосредственно с пролапсом гениталий, CRADI-8 (Colorectal-Anal Distress Inventory) – для оценки аноректальных симптомов и UDI-6 (Urinary Distress Inventory) – для выявления мочевых расстройств. Определение уровня качества сексуальной жизни с учетом таких параметров, как желание, возбуждение, lubricация, оргазм, удовлетворение и боль, возможно при помощи вопросника FSFI-19. Разброс баллов составляет 0–36 [6]. Проанализировав результаты обзора литературы, посвященного оценке сексуальной функции у пациенток урогинекологического профиля [7], мы пришли к выводу, что набор пациенткой менее 21,6 балла по результатам анкетирования FSFI-19 следует расценивать как наличие сексуальной дисфункции.

I ЭТАП. Консультирование пациенток спустя 6 недель после родов с целью выявления жалоб, ассоциированных с расстройствами тазового дна

Мочевые симптомы:

- учащенное мочеиспускание;
- ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря при мочеиспускании;
- необходимость напряжения для инициации мочеиспускания;
- потеря мочи по каплям при кашле, чихании, смехе;
- императивные позывы к мочеиспусканию

Аноректальные симптомы:

- ощущение неполного опорожнения прямой кишки после дефекации;
- боль при дефекации;
- обструктивная дефекация;
- выпадение геморроидальных узлов

Пролапс гениталий:

- ощущение инородного тела во влагалище;
- хронические тазовые боли неясной этиологии

Симптомы релаксированного влагалища:

- зияние половой щели;
- попадание воздуха во влагалище при физической нагрузке и/или половом акте;
- сухость слизистой влагалища;
- рецидивирующие нарушения микробиотоза влагалища;
- сексуальная дисфункция, не связанная с психоэмоциональными факторами

II ЭТАП. Обследование пациенток с жалобами, ассоциированными с ДТД, на приеме у гинеколога:

- анкетирование по опросникам PFDI-20 (POPDI-6 + CRADI-8 + UDI-6), FSFI-19 для оценки степени тяжести тазовых и сексуальных расстройств;
- гинекологический осмотр (оценка высоты и толщины промежности, длины интроитуса, силы сокращения мышц промежности, состояния рубца после эпизиотомии; кашлевая проба, проба Вальсальвы; определение стадии пролапса гениталий (ПГ) по классификации POP-Q);
- перинеометрия;
- стандартное клинико-лабораторное обследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, мазок на флору, цитологическое исследование мазков с шейки матки);
- УЗИ органов малого таза и структур тазового дна

III ЭТАП. Подбор индивидуальной программы реабилитации

Рис. 1. Алгоритм ведения пациенток с дисфункцией тазового дна в послеродовом периоде

В арсенале врача акушера-гинеколога – широкий спектр методов коррекции и профилактики тазовой дисфункции с обширной доказательной базой. Так, эффективность гинекологического pessaria в коррекции пролапса гениталий и мочевых расстройств широко освещена в научной литературе [7]. На наш взгляд, применение данной методики эффективно и оправданно у пациенток в послеродовом периоде с пролапсом гениталий II стадии и выше и/или при наличии симптомного пролапса гениталий I стадии



у пациенток с нереализованными репродуктивными планами. Тренировка мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи (БОС-терапия) заключается в контролируемых мышечных сокращениях под действием электрических импульсов заданной интенсивности и частоты. Неинвазивный характер, высокая эффективность и узкий спектр противопоказаний позволяют отнести электростимуляцию мышц промежности (EMS) к методам выбора у послеродовых пациенток с тазовыми расстройствами [8]. Сексуальная дисфункция, обусловленная повышенной сухостью влагалища, рубцовыми изменениями тканей урогенитального тракта может быть устранена за счет локального применения различных видов энергии либо эстрогенсодержащих средств. Но применение аблативного воздействия и/или гормональных средств у пациенток в послеродовом периоде резко ограничено. Аппаратные методы воздействия следует применять не ранее чем через 2 месяца после родов, отдавая предпочтение неаблативным методам воздействия, в частности – радиоволновому (RF-терапия) [9]. Радиоволновое неаблативное воздействие на ткани вульвы и влагалища заключается в стимуляции коллагеносинтеза, интенсификации регенерации тканей, улучшении микроциркуляции под влиянием высокочастотного электрического тока [10].

Подытоживая вышеизложенное, предлагаем схему индивидуального подхода к реабилитации пациенток с ДТД в послеродовом периоде (рис. 2).

Литература

1. Аполихина И.А., Додова Е.Г., Бородина Е.А., Саидова А.С., Филиппенкова Е.В. Дисфункция тазового дна: современные принципы диагностики и лечения. Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2016; 3: 16-23.
2. Доброхотова Ю.Э., Нагиева Т.С. Дисфункция тазового дна у женщин репродуктивного периода, синдром релаксированного влагалища – необходимость реабилитации в послеродовом периоде. РМЖ. Мать и дитя. 2017; 15: 1121-1124.
3. Краснополянская И.В. Дисфункция тазового дна у женщин: клиника, диагностика, принципы лечения. Акушерство и гинекология. 2018; 2: 82-86.
4. Haylen B.T., Maher C.F., Barber M.D., Camargo S., Dandolu V., Digesu A., Goldman H.B., Huser M., Milani A.L., Moran P.A., Schaer G.N., Withagen M.I.J. An International Urogynecological Association (IUGA). International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). Neurourology and Urodynamics. 2016; 35: 137-168.
5. Zuchelo L.T.S., Bezerra I.M.P., Da Silva A.T.M., Gomes J.M., Soares Júnior J.M., Chada Baracat E., de Abreu L.C., Sorpreso I.C.E. Questionnaires to evaluate pelvic floor dysfunction in the postpartum period: a systematic review. Int J Womens Health. 2018 Aug 8; 10: 409-424. doi: 10.2147/IJWH.S164266.
6. Neijenhuijs K.I., Hooghiemstra N., Holtmaat K., Aaronson N.K., Groenvold M., Holzner B., Terwee C.B., Cuijpers P., Verdonck-de Leeuw I.M. The Female Sexual Function Index (FSFI)-A Systematic Review of Measurement Properties. J Sex Med. 2019 May; 16(5): 640-660. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.03.001.
7. Rantell A. Vaginal Pessaries for Pelvic Organ Prolapse and Their Impact on Sexual Function. Sexual Medicine Reviews. 2019. doi:10.1016/j.sxm.2019.06.002.
8. Hadizadeh-Talasaz Z., Sadeghi R., Khadivzadeh T. Taiwan. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. J Obstet Gynecol. 2019 Nov; 58(6): 737-747. doi: 10.1016/j.tjog.2019.09.003.
9. Доброхотова Ю.Э., Нагиева Т.С., Ильина И.Ю., Кареева Е.Н., Кочина Н.А., Зрагус Е.В., Доброва А.Б., Шахмаратова И.А., Краснощок Е.В. Влияние радиочастотного неаблативного воздействия на экспрессию белков соединительной ткани урогенитального тракта у пациенток с синдромом релаксированного влагалища в послеродовом периоде. Акушерство и гинекология. 2019; 8: 119-25.
10. Digesu G.A., Tailor V., Preti M., Vieira-Baptista P., Tarcan T., Stockdale C., Mourad S. The energy based devices for vaginal “rejuvenation,” urinary incontinence, vaginal cosmetic procedures, and other vulvo-vaginal disorders: An international multidisciplinary expert panel opinion. NeuroUrol. Urodyn. 2019 Mar; 38(3): 1005-1008. doi: 10.1002/nau.23927.