

«А знаете ли Вы?! Первая линия консервативной терапии ДТД»

резюме вебинара от 28 апреля 2020 года



Лектор – к.м.н. Щербатых Евгения Юрьевна, член Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), член Ассоциации специалистов по эстетической гинекологии (АСЭГ).

Полная видеозапись вебинара: <https://youtu.be/Jli9tnSs14Q>

Сохранение качества оказания медицинских услуг во время пандемии COVID-19 – вопрос высокой важности, волнующий специалистов не только с точки зрения защиты как медицинского персонала, так и посетителей от опасности заражения, но и в связи с реализуемыми общемировыми рекомендациями не посещать места массового скопления людей, включая и клиники.

Дисфункция тазового дна никогда не была простой темой для акушера-гинеколога, а в условиях массовой самоизоляции и снижения мобильности населения острота своевременной и эффективной помощи становится действительно проблемой, требующей оперативного реагирования и принятия новых стандартов оказания помощи.

Недостаточность мышц тазового дна (НТД) – это мультифакторное заболевание, включающее в себя не только пролапс органов малого таза, но и сексуальную дисфункцию, хронический тазовый болевой синдром, недержание мочи и кала, и т.д. Согласно статистике, **за 20-30 лет жизни** (с 20 до 49 лет) процент женщин, подверженных различным проявлениям НТД, растёт в геометрической прогрессии и **увеличивается более чем на 50%** (с 20 до 77%).

По данным на 2017 год женщин возрастной группы 40-49 лет в России насчитывается 10 214 000 человек. Таким образом, **8 из 10 женщин 40+ сталкивается** с теми или иными проявлениями НТД.

Если за 40 лет жизни женщина ни разу не обсуждала с врачом симптомы НТД на приёме, то в современных условиях регламента приёма на пациентку (10-15 минут) выявить всё досконально у женщины затруднительно. Для **быстрой и качественной диагностики НТД** российскими специалистами была разработана [методика 5 STEPS \(автор – д.м.н., проф. Дикке Галина Борисовна\)](#), которая помогает **системно и комплексно оценивать состояние пациентки**, помогая поставить правильный диагноз. Она включает визуальную оценку и пальпацию, пробы натуживания и кашлевую, применение способов оценки силы мышц тазового дна и выявление сопутствующих НТД жалоб, кажущихся пациентке, вероятно, незначительными. **Весь процесс осмотра занимает не более 5 минут.**

Самый сложный для **объективной интерпретации** этап оценки – пальпирование, так как он зависит от субъективной оценки специалиста силы сжатия мышц пациенткой. Современные методики позволяют **повысить эффективность тестирования** с помощью современных устройств, таких как [пневматический \(цифровой\) перинеометр \(iEASE XFT-0010\)](#), который интерпретирует работу мышц тазового дна пациентки в балльном выражении.

Соответствие баллов на экране Пневматического тренажёра XFT-0010 и реальной силы мышц тазового дна		
Оценка по шкале Оксфорда	Баллы на экране тренажёра	Сила сокращений мышц
0	0	Отсутствие сокращений
1	1-2	Очень слабые сокращения
2	3-4	Слабые сокращения
3	5-6	Умеренные сокращения
4	7-8	Хорошая сила сокращений
5	9	Сильные сокращения

Для проведения опроса по симптомам можно использовать готовые опросники: определение симптомов пролапса ([PFDI-20](#)) и оценка сексуальной дисфункции ([FSFI](#)). Для удобства врача и пациента было создано [приложение, «Пролапсы. Тесты»](#) которое включает в себя все необходимые для работы опросники, включая и авторскую разработку д.м.н., проф. Дикке Г.Б. – [тест ранней диагностики НТД](#).

Почему так важна правильная и детальная диагностика? При постановке диагноза **специалисты часто ограничиваются выявлением пролапса** органов малого таза, определением его стадии и вида (ректоцеле, цистоцеле, урктоцеле, энтероцеле). Но пока **мало кто выставляет диагноз с кодом «N81.8 Недостаточность мышц тазового дна»** если пролапса нет, и тем более такие диагнозы как: R39.1 Другие трудности, связанные с мочеиспусканием, N39.3 Непроизвольное мочеиспускание, R32 Недержание мочи неуточнённое, R15 Недержание кала, N94.1 Дипареуния, F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках, F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения, F52.1 Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия, F52.2 Недостаточность генитальной реакции, F52.3 Оргазмическая дисфункция. **Именно эти диагнозы позволяют нам назначить консервативное лечение**, в которое, в первую очередь, будут входить тренировки мышц тазового дна.

По результатам проведения качественного осмотра выявляются **пациентки (около 80%), которым достаточно проводить консервативную терапию НТД**. Для них подбирается пятиступенчатая программа изменения стиля жизни и подбора лечения: изменение стиля жизни, введение тренировок мышц тазового дна на регулярной основе, применение эстрогенов при необходимости, подбор подходящего урогинекологического pessaria для коррекции пролапса органов малого таза и сопровождение пациентки на протяжении лечения. Учитывая разнообразие современного рынка тренажёров для укрепления мышц тазового дна сложно однозначно **подобрать оптимальное устройство для каждой пациентки**, однако, используя баллы, полученные после перинеометрии, Вы можете подобрать соответствующий тренажёр (см. таблицу):

Подбор тренажёра по баллам перинеометрии	
Балл	Подходящий тип тренажёра
0-3	Электромиостимулятор (напр. EmbaGYN или iTouch SURE)
4-6	При отсутствии клинических проявлений или сексуальной дисфункции – вагинальные конусы (напр. Elanee (Yolana) Phase I и Elanee (Yolana) Phase II) или интерактивный вибротренажёр (напр. Magic Kegel Master Gen2 или Kegel Rejuve)
	При пролапсе I-III степени, стрессовом недержании мочи, недержании газов – пневматический (цифровой) тренажёр iEASE XFT-0010 .

Выполнение упражнений для укрепления мышц тазового дна должно быть не только при помощи правильно подобранного устройства, но и **с соблюдением специальных требований**, чтобы тренировки были прогнозируемо эффективными:

- **не сокращать другие группы мышц**, кроме мышц тазового дна;
- во время выполнения упражнений необходимо помнить о дыхании и не задерживать его, дышать **равно, глубоко и спокойно** (вдох при сокращении, выдох при расслаблении);
- **заниматься регулярно и за одну тренировку повторять упражнение несколько раз**, однако, важно не перетренировать мышцы;
- **отдыхать между упражнениями** вдвое больше, чем кажется достаточным.

При выраженных степенях пролапса тренировки не окажут достаточного воздействия и необходимо принимать решение о предпочтительной тактике лечения: оперативной или хирургической. При пролапсе органов малого таза любой степени, стрессовом недержании мочи на фоне пролапса, выявлении «скрытого» недержания мочи перед операцией или при невозможности хирургического лечения рекомендуется назначение пациентке урогинекологического pessaria (напр. [Dr.Arabin](#)). **Эффективность** их применения по данным рандомизированных клинических исследований **достигает 60%**, а по результатам когортных – **92%**. Использование pessaries помогает за 2 месяца купировать все симптомы пролапса органов малого таза. Подбор подходящего размера pessaria проводится при помощи [адаптационных колец](#) или, в случае кубического pessaria, с помощью определения размера gh (по классификации POP-Q этот размер определяется замером расстояния от выхода мочеиспускательного канала до края гимена).

Особняком от пациенток с выраженными симптомами НТД стоят **женщины в послеродовом периоде**, у которых при наличии факторов риска пролапса органов малого таза **реабилитация должна проводиться своевременно и на опережение**. Всего через 8 недель после родов у 39% рожениц диагностируется пролапс I степени и у 17% – II степени. Тренировки мышц тазового дна таким женщинам могут быть назначены уже на 3-5 сутки после родов, а через 6-8 недель можно прибегать к использованию тренажеров. Уже на 2-3 сутки после родов также можно назначить ношение кольцевого pessaria, который по показаниям через 6-8 недель уже можно заменить на кубический.