

Внимание! Пропалс после родов

Вопреки бытующему среди гинекологов мнению о том, что пролапс тазовых органов (ПТО) — это удел женщин старшего возраста, сегодня не вызывает сомнений, что в большинстве случаев ПТО начинается у молодых, чаще всего сразу после родов. Однако бессимптомное течение и отсутствие своевременной помощи ведут к прогрессированию процесса, что и является причиной его манифестации в более позднем возрасте, когда появляются такие симптомы, как недержание мочи, анальная инконтиненция, сексуальная дисфункция и тазовая боль. Можно ли предупредить тяжелые формы ПТО?



Антон Александрович СУХАНОВ

К.м.н., врач акушер-гинеколог высшей категории, заведующий отделением планирования семьи и репродукции ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», г. Тюмень, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

ПРОБЛЕМА

Главная проблема при ПТО — пациентки приходят к врачу с жалобами на выпадение стенок влагалища или матки за пределы половой щели и другими симптомами, когда профилактика уже неприемлема, а консервативное лечение неэффективно. Основной причиной низкой диагностики пролапса

симптомов, разработать алгоритм выбора методов консервативного лечения у женщин групп риска в послеродовом периоде и оценить их эффективность.

Принадлежность пациентки к группе риска по развитию ПТО после родов определяется по наличию у нее хотя бы одного из «больших» факторов:

- многоплодная беременность;
- ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²);
- многоводие (≥ 1500 мл околоплодных вод);
- макросомия плода (> 4000 г при рождении);
- быстрые или стремительные роды (< 8 часов у первородящих, < 6 часов у повторно родящих);
- продолжительный потужной период (> 60 мин);
- ≥ 2 родов в анамнезе.

Согласимся, что данные факторы не всегда оцениваются на приеме у ги-

- Беспокоят ли хлюпающие звуки при половом контакте?
- Имеет ли место разбрызгивание струи мочи при мочеиспускании?
- Нет ли проблемы «мокрого» нижнего белья в течение дня?
- С каким весом родились дети?
- Были ли разрывы промежности в родах?
- Как часто беспокоят неприятные выделения из половых путей?

На основе этих вопросов можно уже выявить начальную форму ПТО и других симптомов дисфункции тазового дна.

Во время осмотра мы прежде всего обращали внимание на наличие зияния половой щели — первого (раннего) объективного симптома ПТО, а также оценивали целостность мышц тазового дна, их тонус и силу сокращений (рис. 1) пальцевым методом по шкале Оксфорда или с помощью перинеометра. Определяли также, нет ли «проваливаний» в области промежности (отрыв ножки леватора от симфиза).

Поверьте, у большинства женщин вы найдете как минимум две дополнительные проблемы, не сопровождающиеся жалобами.

Если слышим твердое «меня ничего не беспокоит» и это подтверждается объективными данными, то считаем свой гинекологический осмотр полным.

Если проблема выявлена, предлагаем методы консервативной профилактики, лучше — сразу после родов.

Полученные нами данные по распространенности ПТО у женщин после родов показали их высокую частоту, в основном совпадающую с данными литературы. При этом частота (и выраженность) симптомов, которые оценивались по опроснику PFDI-20, у пациенток с наличием факторов риска была в 2 раза выше, чем у женщин без них.

В настоящем исследовании нами была определена взаимосвязь между основными факторами риска по коэффициенту сопряженности. Выявлено, что многоплодная беременность и неоднократные роды имеют сопряженную связь с дисфункцией тазового дна. В случае быстрых/стремительных родов и макросомии плода (> 4000 г), несмотря на выявленный уровень значимости ($p < 0,05$), эта связь оказалась слабой (факультативный фактор риска). При этом сочетание двух и более факторов риска при многоводии, быстрых/стремительных родах,

избыточной массе тела и многоплодии имело высокую связь с развитием ПТО.

Многоплодная беременность, по результатам нашего исследования, увеличивает частоту мочевого симптома дисфункции тазового дна в 27 раз, что говорит о сильной сопряженной связи между ними. Это объясняется тем, что на протяжении всей беременности происходит давление матки на мышцы тазового дна, в результате увеличивается подвижность шейки мочевого пузыря, приводя к некомпетентности сфинктера уретры. С увеличением срока беременности частота и выраженность недержания мочи увеличиваются.

В нашем исследовании принимали участие женщины с выявленными факторами риска после родов, которые проходили послеродовую реабилитацию. Одни (группа I) использовали гинекологические пессарии: на 2–3-й день

Каждый практикующий гинеколог видит начальные проявления пролапса тазовых органов при гинекологическом осмотре в рамках рутинного врачебного приема, но проблемой занимаются немногие

на ранних стадиях, а точнее — отсутствия послеродовой реабилитации, является неразработанность профилактических стратегий, единой тактики ведения таких пациенток, маршрутизации больных в специализированные учреждения, которые занимаются коррекцией дисфункции тазового дна. Соответственно, количество женщин с ПТО неумолимо растет, а методы лечения в большинстве случаев — оперативные. Тем не менее и в зарубежной, и в отечественной литературе имеется много информации об эффективности консервативного лечения.

Казалось бы, современный уровень медицины позволяет выполнять сложнейшие операции для лечения пролапса, но мы не можем уделить время простому обучению упражнениям Кегеля, который доказал эффективность своей методики еще в середине XX века (Kegel A.H., 1948, 1952), или научить пациентку пользоваться пессарием, подобрав для нее соответствующие тип и размер.

ОПЫТ ТЮМЕНСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

На базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (Тюмень) было решено изучить распространенность ПТО у женщин после родов, выявить взаимосвязь между наличием факторов риска и частотой

неколога, что, безусловно, влияет на низкую настороженность по отношению к данной проблеме. Объясню, почему так происходит. На приеме большая часть врачей видят и оценивают только то состояние, на которое жалуется пациентка. А почему бы не оценить некоторые простые вещи?

Проводя осмотр, целесообразно задать следующие вопросы:

- Есть ли изменения в удовлетворенности половой жизнью?

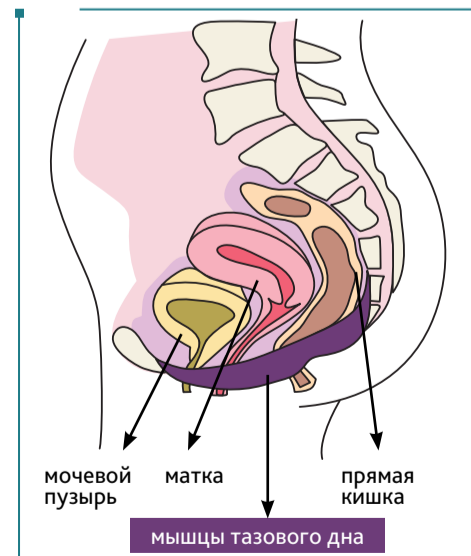


Рисунок 1. Мышцы тазового дна (фиолетовый), обладающие хорошим тонусом и достаточной силой сокращений, способствуют удержанию внутренних органов малого таза в правильном положении

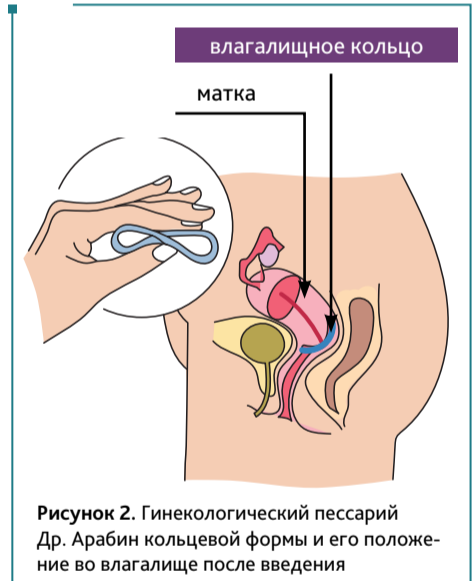


Рисунок 2. Гинекологический пессарий Др. Арабин кольцевой формы и его положение во влагалище после введения



Рисунок 3. Гинекологический пессарий Др. Арабин кубической формы. Вогнутые грани куба способствуют удерживанию пессария во влагалище благодаря вакуумному эффекту

после родов — тонкое кольцо для уменьшения давления со стороны органов брюшной полости на тазовое дно (рис. 2), спустя 2 месяца тонкое кольцо заменяли на пессарий кубической формы на весь последующий период

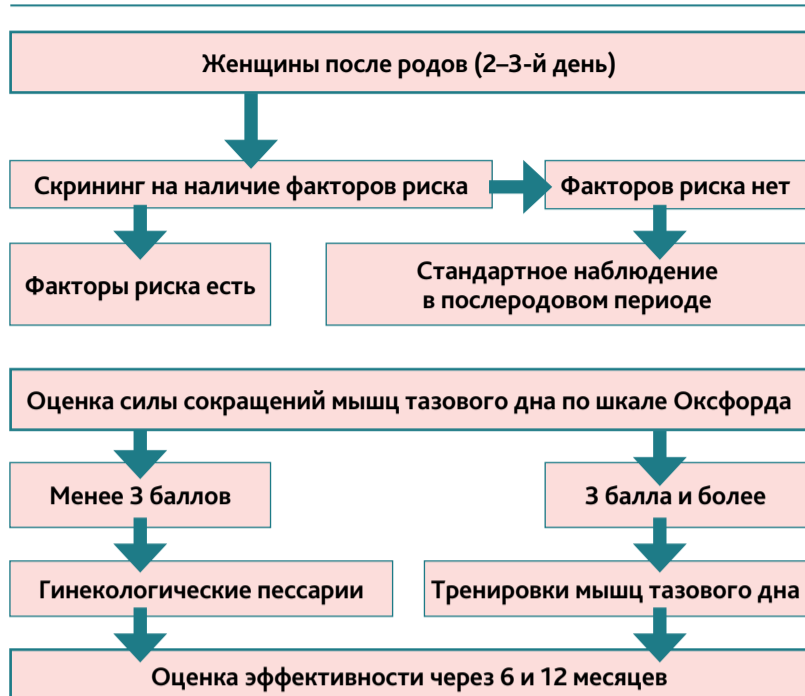


Рисунок 5. Алгоритм выбора метода консервативного лечения дисфункции тазового дна у женщин групп риска в послеродовом периоде

исследования (до 12 месяцев) (рис. 3). Другие (группа II) получали профилактическое лечение, выполняя упражнения Кегеля на протяжении 12 месяцев после предварительного обучения под контролем перинеометра (рис. 4). Третьи (группа сравнения III) не получали реабилитацию. Группа IV (без факторов риска) служила контролем.

Через год на симптомы ПТО и недержания мочи указывали 40 % пациенток без лечения, тогда как в группах

I и II — менее 10 % пациенток. К концу наблюдения общая выраженность симптомов уменьшилась статистически значимо во всех группах. Однако среди пациенток с факторами риска, получавших лечение, динамика была более существенной по сравнению с теми, кто его не получал: снижение в группе I произошло на 29,5 балла (или на 23,2 %, $p < 0,001$), в группе II — на 37 баллов (на 28,6 %, $p < 0,001$), в группе III — лишь на 13,1 балла (на 9,4 %, $p < 0,05$), в группе IV динамика была

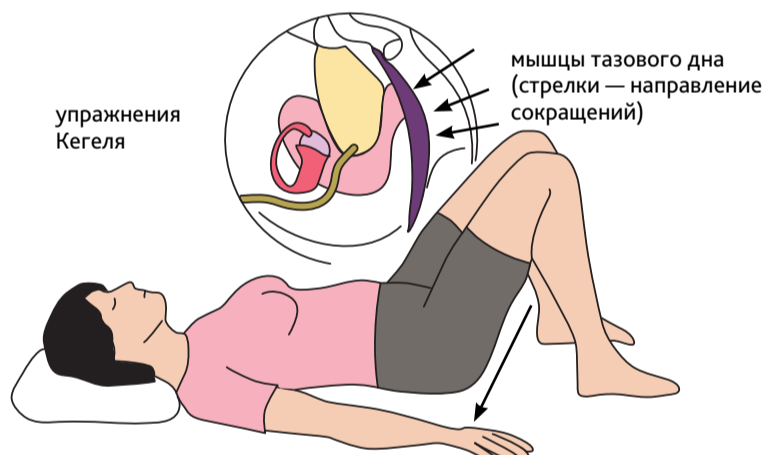


Рисунок 4. Упражнения Кегеля следует выполнять с использованием перинеометра после предварительного обучения (определить мышцы, которые надо сокращать), с сопротивлением (создаваемым датчиком перинеометра), под контролем сокращений (показания манометра) и прогрессивно увеличивая интенсивность сокращений (в динамике)

Что необходимо делать и о чем важно помнить практикующему врачу

1. Провести скрининг на 2–3-и сутки после родов и на основании выявленных факторов оценить показания и необходимость в консервативном восстановительном лечении.
2. Консервативное лечение должно включать в себя:
 - использование гинекологических pessaries. На 2–3-и сутки после родов устанавливается pessary в виде тонкого кольца, размер которого подбирается индивидуально с помощью адаптационных колец. Извлекать и обрабатывать такой pessary не нужно. Через 6–8 недель в зависимости от степени ПТО производится замена кольца на кубический pessary. Его рекомендуется извлекать перед сном и промывать проточной водой;
 - тренировки мышц тазового дна под контролем перинеометра 1–2 раза в день на протяжении 15–20 минут.
3. Для оценки эффективности консервативного лечения необходимы три визита пациентки к врачу: через 1, 6 и 12 месяцев после родов.

также положительной — снижение на 12,2 балла (на 21,6 %, $p < 0,001$).

Минимальным значением для оценки улучшения считается 13,5 балла (95 % ДИ: 6,2–20,9), или снижение на 23 %, что является клинически значимым. Это изменение, по мнению экспертов, может быть использовано для оценки эффектов лечения у женщин, состояние которых считается подходящим для консервативного лечения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что собственные ресурсы организма пациенток без факторов риска оказались достаточными для восстановления тканей тазового дна после родов, тогда как у пациенток с их наличием, которые не получали лечения, — недостаточными, и уменьшение выраженности симптомов у них было незначительным. Применение pessaries и тренировки мышц тазового дна позволили достичь результатов, даже несколько превышающих полученные в контрольной группе, что свидетельствует о хорошей скорости восстановительных процессов в динамике.

Сила сокращений мышц тазового дна увеличивается до 4–5 баллов по шкале Оксфорда в результате применения гинекологических pessaries у 62 % пациенток (до лечения — у 2 %, $p < 0,001$), тренировки мышц тазового дна — у 82 % (до лечения — у 7 %, $p < 0,001$)

по сравнению с пациентками, которые не получали лечения — у 47 % ($p < 0,01$).

Степень пролапса снижалась на 1–2 пункта у всех женщин с наличием факторов риска, получавших лечение.

Кроме того, восстановительное лечение способствовало достижению нормальных показателей сексуальной функции в обеих группах, получавших лечение: 26,2 и 26,6 балла ($p = 0,045$ и $p = 0,035$ соответственно) против 15,1 балла без лечения ($p = 0,49$).

Таким образом, можно оценить эффективность методов консервативного лечения дисфункции тазового дна после родов у женщин групп риска как высокую. Главное — начинать сразу после родов!

АЛГОРИТМ ПОСЛЕРОДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГРУППАХ РИСКА

Нами был разработан алгоритм выбора метода консервативного лечения дисфункции тазового дна у женщин групп риска в послеродовом периоде (рис. 5).

Представленный алгоритм позволяет дифференцированно подходить к выбору метода восстановительного лечения у женщин после родов в зависимости от наличия/отсутствия факторов риска ПТО и силы сокращений мышц тазового дна.



КУБИЧЕСКИЙ ПЕССАРИЙ ДОКТОР АРАБИН

СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕССАРИЯ Д-Р АРАБИН ДОКАЗАНА ЗА 40 ЛЕТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

60-94%

женщин заметили уменьшение симптомов недостаточности тазового дна



Эффективен при всех степенях пролапса, в том числе и при недержании мочи



Дополнительно поддерживает мышцы тазового дна после родов



Легко и быстро подобрать необходимый размер

+7 (499) 3221326

+7 (800) 4441486 звонок по РФ бесплатный



ЗАО "ПЕНТКРОФТ ФАРМА"

+7 (495) 7887746



ARABIN24.RU
OZON.RU



Реклама