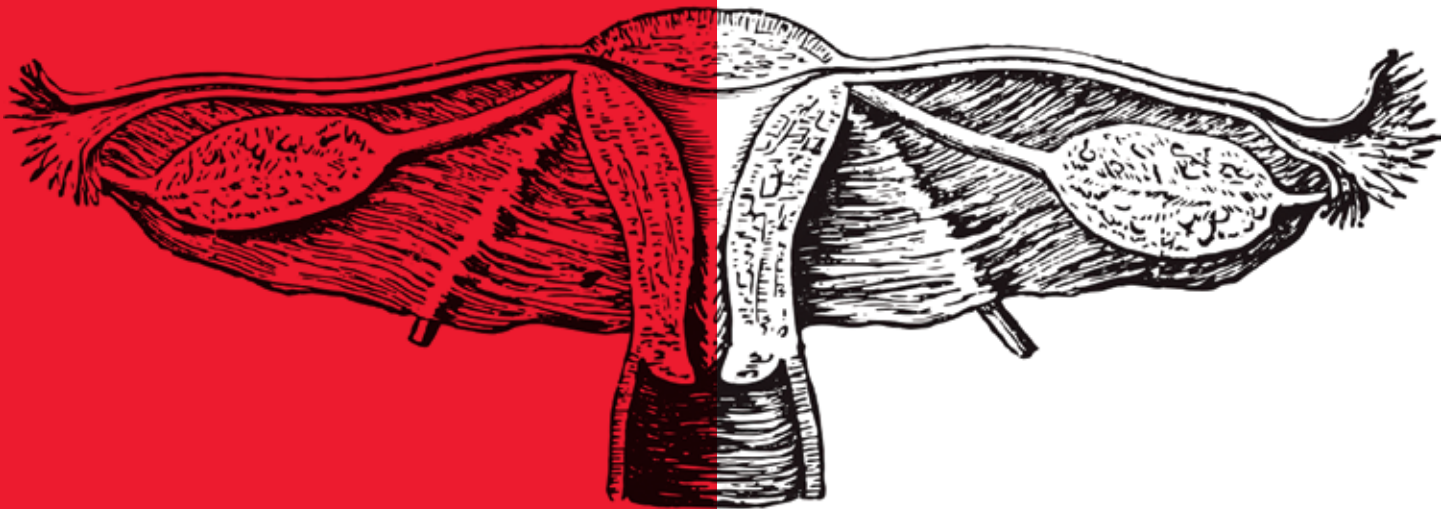


Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я
Ф А Р М А К О

Т Е Р А П И Я

акушерство и гинекология №4, 2016



№

31

Репринт

Г.Б. Дикке

Ранняя диагностика
и консервативное лечение
дисфункции тазового дна



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала

Ранняя диагностика и консервативное лечение дисфункции тазового дна

Г.Б. Дикке

Адрес для переписки: Галина Борисовна Дикке, galadikke@yandex.ru

Актуальность

Проблема дисфункции тазового дна интересует многих женщин, и нередко они ищут ответы на вопросы не в кабинете врача, а в интернете. Был выполнен анализ количества показов по соответствующим тегам за один месяц. Более 4 тыс. запросов сделано по поводу «широкого влагалища» и около 1,5 тыс. – о методах его «сужения». Это, очевидно, отражает неудовлетворенность сексуальными отношениями.

Запросы об опущении и выпадении половых органов были сделаны более грамотно («дисфункция мышц тазового дна», «зияющее влагалище», «пролапсы»), их оказалось всего 763, то есть в семь раз меньше.

Еще одна проблема, ассоциированная с дисфункциями тазового дна, – недержание мочи. Судя по количеству запросов в интернете (75 901), интерес к ней значительно превосходит остальные.

По данным J. Awwad и соавт., дисфункции тазового дна имеют место у 20,4% женщин в возрасте 20–29 лет, у 50,3% в возрасте 30–39 лет, у 77,2% в возрасте 40–49 лет [1]. При этом следует отметить, что начальные формы дисфункции тазового дна обнаруживаются в репродуктивном возрасте: у 65% больных пролапс гениталий формируется между 30 и 45 годами, у 19% – до 30 лет и лишь у 17% – после 50 лет [2].

В статье рассматриваются вопросы диагностики и лечения дисфункции тазового дна на ранних стадиях. Доказано, что тренировки мышц тазового дна предотвращают прогрессирование заболевания и даже уменьшают степень пролапса в 17% случаев. При этом снижение выраженности симптомов со стороны мочевого пузыря и кишечника достигается в 40–60% случаев, а отсутствие прогрессирования – более чем в 94%. Эффективность применения пессариев доктора Арабин в лечении пролапсов по данным одного рандомизированного клинического исследования составляет 60%, по данным когортных исследований – достигает 92%.

Ключевые слова: дисфункция тазового дна, упражнения Кегеля, вагинальные тренажеры, пессарии

По мере прогрессирования заболевания появляются и усугубляются функциональные нарушения.

Проблемы, обусловленные дисфункцией тазового дна

«Широкое» влагалище

Специалисты знают, что способность влагалища растягиваться и сокращаться подтверждает тот факт, что ни размеры самого влагалища, ни размеры полового члена не играют никакой роли в сексуальном удовлетворении женщин и частые тревоги на сей счет абсолютно безосновательны. Так почему же многие женщины жалуются на «широкое» влагалище и отсутствие ожидаемых ощущений? Скорее всего, женщина не проходит все стадии копуля-

тивного цикла и не достигает фазы формирования оргастической манжетки, что зависит от возраста, особенностей физиологических реакций и состояния половых путей. С возрастом кровенаполнение стенок влагалища постепенно ослабевает, поэтому у пожилых женщин оргастическая манжетка менее выражена. После родов оргастическая манжетка тоже менее выражена, сила и количество сокращений значительно снижены, но через три месяца половые функции обычно восстанавливаются. Своевременно не устраненные разрывы мышц промежности после родовой травмы либо перевязанные венозные сплетения гениталий нарушают полноценное кровенаполнение стенок влагалища во время

коитуса, в результате чего затрудняется или становится невозможным формирование оргастической манжетки. Оргазм у таких женщин может или не наступать, или ощущаться очень слабо.

Эмоциональные переживания (тревога, депрессия), усталость, конфликты в семье или с окружающими могут препятствовать притоку крови к половым органам и увлажнению влагалища. В таких случаях часто требуется консультация специалиста, способного выявить и устранить причины расстройств.

Частой причиной являются также недостаточная предварительная стимуляция и короткая фаза фрикций, что зависит от половой конституции мужчины.

Какие чудодейственные средства только не предлагает интернет для того, чтобы «сузить» и «стенки», и «мышцы» (!) влагалища! Народные средства, травы, кремы, гели, смазки, квасцы, кора дуба, палочки (?), марганцовка, лимон, позы и т.п. Однако есть только два способа улучшить качество сексуальной жизни. Первый – средства для увеличения чувствительности клитора и достаточная продолжительность предварительных ласк. Второй – улучшение тонуса и силы сокращений мышц тазового дна путем физических упражнений, включая использование специальных тренажеров.

Зияние влагалища и пролапс гениталий

Проблема несостоятельности тазового дна глобальна и, конечно, не сводится только к ухудшению качества сексуальных отношений, что чаще волнует молодых женщин. Дисфункция тазового дна медленно прогрессирует, к 40–50 годам не менее 40% всех женщин страдают от выпадения тазовых органов – пролапсом гениталий.

Каковы основные симптомы? Самый первый симптом пролапса гениталий – это зияние половой щели при разведении бедер в покое или при напряжении. К ранним симптомам начинающегося пролапса также относятся хлюпающие звуки при половом контакте, недерж-

жание мочи при напряжении, опадание воздуха во влагалище при физических упражнениях, слабая прерывистая струя или разбрызгивание мочи при мочеиспускании.

При продолжающемся прогрессировании процесса происходит медленное (в течение нескольких лет) опущение стенок влагалища и шейки матки в образовавшийся дефект промежности. При этом могут возникнуть ощущение инородного тела в области промежности, тянущие боли внизу живота и пояснице. Ощущение сексуальной неудовлетворенности, которую супруги иногда скрывают друг от друга, усиливается. Последствиями скрытой неудовлетворенности при половых контактах могут стать измены и даже разводы, которые, как правило, объясняются другими причинами. При дальнейшем прогрессировании пролапса гениталий происходит сначала частичное, а затем и полное выпадение матки и стенок влагалища за пределы половой щели.

Нарушение функции мочевого пузыря и кишечника

К другим нарушениям, связанным с опущением и выпадением половых органов, которые проявляются на более поздних стадиях процесса, относятся:

- воспалительные заболевания влагалища (кольпиты, вагиниты) и шейки матки (цервициты), плохо поддающиеся лечению в связи с нарушением нормального биоценоза влагалища;
- недержание мочи, когда имеет место «передний пролапс», то есть опущение передней стенки влагалища, вместе с которой опускается и задняя стенка мочевого пузыря (цистоцеле), при этом меняется угол между мочевым пузырем и мочеиспускательным каналом и ослабевает «запирательная» функция сфинктера мочевого пузыря;
- недержание кала при «заднем пролапсе», когда вместе с задней стенкой влагалища опускается прямая кишка (ректоцеле), проявляется в нарушении акта дефекации, недержании газов и кала.

Такая проблема носит очень тягостный характер, существенно снижает качество жизни, может приводить к психическим расстройствам (депрессии).

Причины и механизм развития дисфункции тазового дна

Наиболее частой причиной пролапса гениталий являются роды. Это могут быть одни роды, вполне нормальные, или роды крупным плодом, или повторные роды, или роды, в которых были разрывы или производилось рассечение промежности с последующим ее восстановлением.

Возникновению и прогрессированию пролапса гениталий способствуют также повышение внутрибрюшного давления (хронический кашель, работа, связанная с подъемом тяжестей), наследственность (несостоятельность соединительнотканых структур в виде «системной» недостаточности), хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов, микроциркуляции (прежде всего ожирение).

Известно также, что с подобными проблемами к врачам обращаются женщины преимущественно перименопаузального возраста, что связано с медленным прогрессированием заболевания на протяжении 10–15 лет. На начальных этапах его развитие сдерживается за счет влияния эстрогенов на мышцы тазового дна и слизистые оболочки. Молодые женщины сексуально активны, занимаются спортом, и это до определенного времени предупреждает прогрессирование болезни. В перименопаузальном и постменопаузальном возрасте снижается общий тонус всех мышц, в том числе мышц промежности, прекращается стимулирующее влияние эстрогенов, что быстро приводит к прогрессированию пролапса.

Таким образом, снижение тонуса мышц тазового дна может стать причиной ухудшения качества половой жизни, зияния преддверия влагалища, опущения внутренних половых органов (вплоть до полного их выпадения), недержания



мочи и даже кала. Собственно, это и есть стадии прогрессии дисфункции тазового дна.

Ранняя диагностика дисфункции тазового дна

Диагностика ранних стадий дисфункции тазового дна врачом первичного звена имеет важное значение, поскольку позволяет начать своевременное лечение и не допустить развития выраженной степени заболевания, требующей хирургического вмешательства. Во время приема врач может провести несколько простых функциональных тестов, не требующих специального оборудования [3].

Проба Вальсавы, или проба с натуживанием. Женщине с полным мочевым пузырем, лежащей на гинекологическом кресле, предлагают сделать глубокий вдох, затем потужиться, не выпуская воздух. При недостаточности тазового дна визуальные проявления пролапса могут стать более выраженными, а при недержании мочи из наружного отверстия уретры появляется моча. Характер потери мочи из уретры фиксируют визуально, сопоставляя с силой и временем натуживания.

Кашлевая проба. Пациентке с полным мочевым пузырем (150–200 мл) в положении на гинекологическом кресле предлагают покашлять, повторив три кашлевых толчка три-четыре раза, в промежутках между сериями кашлевых толчков необходим полный вдох. Проба положительна, если моча подтекает при кашле. Данный тест получил наиболее широкое применение в клинической практике. Была доказана связь положительного кашлевого теста с несостоятельностью внутреннего сфинктера уретры. Если при кашле истечения мочи не происходит, не следует заставлять больную повторять пробу, можно провести другие тесты.

У больных с выраженным опущением тазовых органов пробу Вальсавы и кашлевой тест проводят с барьером, для чего используют заднюю ложку зеркала по Симпсу. **Определение тонуса и силы мышц тазового дна.** Тонус определяется

на основании оценки растяжимости промежности с помощью введенных во влагалище указательного и среднего пальцев и их разведения (в сантиметрах) или введенных нескольких пальцев в поперечном положении (их количество).

Тестирование силы мышц тазового дна. Производится с использованием техники произвольного сжатия, которая включает сокращения мышц тазового дна без сокращения мышц брюшной стенки и без пробы Вальсавы (натуживания). Может быть выполнено при однопальцевом или двухпальцевом исследовании врачом или самостоятельно. Оценка проводится по Оксфордской шкале оценки силы мышц тазового дна (таблица).

Оценка выраженности симптомов пролапса по опроснику PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory). Опросник содержит три группы вопросов, которые касаются симптомов пролапса тазовых органов (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory – POPDI-6), колоректально-анальных симптомов (Colorectal-Anal Distress Inventory – CRAD-8) и симптомов недержания мочи (Urinary Distress Inventory – UDI-6). Он прост для заполнения. Опросник можно найти в интернете и его необходимо использовать во время приема. Надежность методики составляет 0,86, $p < 0,001$, чувствительность – 1,48, $p < 0,0001$, стандартизированный ответ – 1,09, $p < 0,0001$.

Лечение ранних стадий пролапса гениталий

Изменение образа жизни и физические тренировки

Эксперты Королевского общества акушеров и гинекологов (Великобритания) считают, что простые правила изменения образа жизни могут предотвратить прогрессирование пролапса [4, 5]. Среди них:

- отказ от курения, лечение хронического кашля;
- профилактика запоров (диета, богатая клетчаткой);
- избегание физических нагрузок, связанных с подъемом тяжестей;
- поддержание нормальной массы тела (снижение веса при его избытке);
- специальные физические упражнения.

При этом физическим упражнениям отводится особая роль. Применительно к обсуждаемой теме значение имеет только одна мышца – мышца, поднимающая задний проход. Она расположена глубоко над мочеполовой диафрагмой, является парной (с каждой стороны – справа и слева) и состоит из трех пучков. Основания этих мышц прикреплены спереди к внутренней поверхности лонного сочленения и горизонтальной ветви лобковой кости, с боков – к сухожильной дуге, сзади – к седалищной кости, и все вместе они прикрепляются к копчику. Медиальные пучки мышцы охватывают половую щель с проходящими

Таблица. Оксфордская шкала оценки силы мышц тазового дна

Оценка	Характеристика
0	Нет различимых сокращений
1	Едва ощутимые сокращения, мерцающие сокращения, не видимые при осмотре промежности
2	Слабые, отчетливо ощутимые сокращения, ощущаемые исследователем как небольшое давление на палец
3	Умеренной мышечной силы сокращения и ощутимое движение вверх и вперед, видны на промежности
4	Хорошей мышечной силы сокращения, движение вверх возможно при небольшом сопротивлении, круговое давление может ощущаться по всему исследуемому пальцу. При исследовании указательным и средним пальцами они прижаты друг к другу
5	Очень сильной мышечной силы сокращение, возможно против энергичного сопротивления. При исследовании указательным и средним пальцами они прижаты друг к другу, несмотря на оказываемое сопротивление

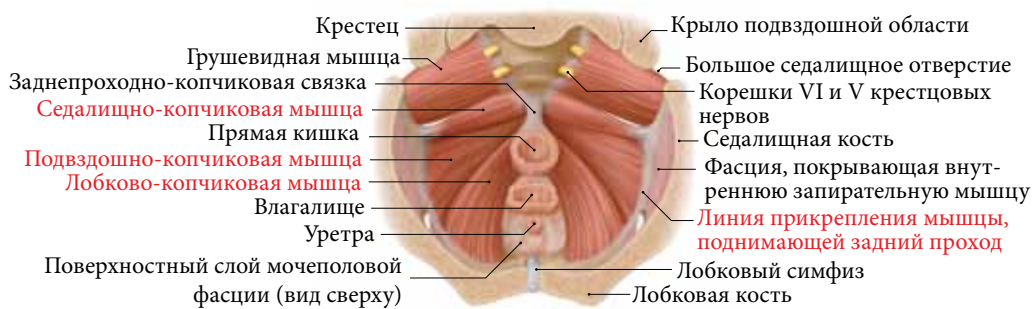


Рис. 1. Мышца, поднимающая задний проход (схема): три пучка этой мышцы веерообразно начинаются от лобка и стенок таза и прикрепляются к копчику

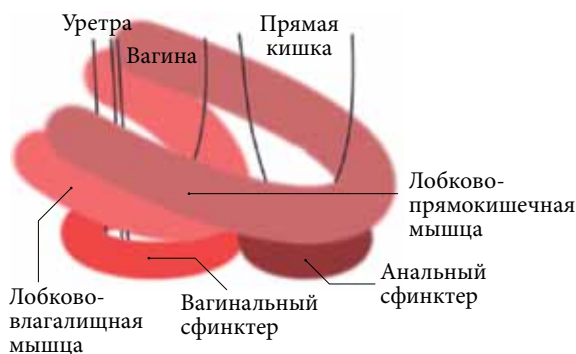


Рис. 2. Мышца, поднимающая задний проход (схема): два пучка этой мышцы – лобково-влагалищная и лобково-прямокишечная охватывают влагалище и анус соответственно

через нее органами, укрепляют нижнюю часть влагалища и играют основную роль в удержании органов малого таза в физиологическом положении (рис. 1, 2).

Мышца, поднимающая задний проход, состоит из поперечнополосатых мышечных волокон и по нервным путям получает «команды» из головного мозга. При сокращении этой мышцы поднимается тазовое дно, подтягивается вперед

и вверх нижний (конечный) отдел прямой кишки, которая при этом сдавливается. Эта мышца у женщин также сжимает вход во влагалище и приближает заднюю стенку влагалища к передней.

До начала тренировки необходимо научить пациентку, как «найти» мышцы, которые нужно сокращать. Для этого используют тест на прерывание мочеиспускания – находясь в туалете, она должна мышечным напряжением остановить процесс мочеиспускания. Когда пациентка поймет, что необходимо делать для сокращения данной мышцы, можно приступать к тренировкам. В результате тренировки мышц промежности улучшаются кровоснабжение и тонус мышечно-связочного аппарата. Тренировки мышц тазового дна в послеродовом периоде эффективно снижают риск раннего развития пролапса гениталий и недержания мочи при напряжении. Ошибка большинства женщин заключается в том, что они в послеродовом периоде в первую очередь стремятся восстановить фигуру – «убрать» живот, нагружая мышцы брюшного пресса. При этом они забывают или не знают, что укреплению пресса должны предшествовать упражнения, укрепляющие мышцы промежности. Повышение внутрибрюшного давления при снижении тонуса мышц тазового дна в конечном итоге усугубляет несостоятельность мышц промежности!

Упражнения Кегеля

Родоначалник физических упражнений для мышц тазового

дна – немецкий врач Арнольд Кегель (Arnold Kegel, 1894–1981). Он был хирургом, но разработанный им способ лечения стрессового недержания мочи у женщин позволил избавиться от необходимости хирургического вмешательства 93% его пациентов.

Важным условием выполнения упражнений А. Кегель считал использование специального прибора, который он изобрел и запатентовал в 1947 г., – перинеометра.

Сокращение мускулатуры тазового дна генерирует увеличение интравагинального давления, что может быть измерено с помощью вагинального баллонного катетера, соединенного с манометром (перинеометр, динамометр). Перинеометр регистрирует пиковое давление, определяемое на высоте сокращения.

Современные приборы для измерения силы сокращений мышц промежности, снабженные электронным устройством регистрации, используются для оценки силы сокращений (тестовый режим) и контроля правильности сокращений во время тренировки мышц тазового дна (режим тренировки).

Выполнение тренировок без такого прибора может оказаться неэффективным, привести к разочарованию женщины и дискредитации метода. Поэтому, прежде чем начинать тренировки, необходимо позаботиться о приобретении перинеометра. Он поможет, во-первых, установить начальные показатели тонуса и силы сокращения тазовых мышц, во-вторых, контролировать правильность выполнения упражнений и, в-третьих, фиксировать результаты тренировок и достигнутый прогресс.

О современных вариантах перинеометров-тренажеров будет сказано ниже. Из них можно выбрать тот, который наилучшим образом подойдет для целей тренировки.

Комплекс состоит из нескольких видов упражнений, которые схематично представлены на рисунке 3.

1. Постепенно в течение пяти секунд сильно сократить мышцы тазового дна, задержать на одну-две секунды, затем медлен-

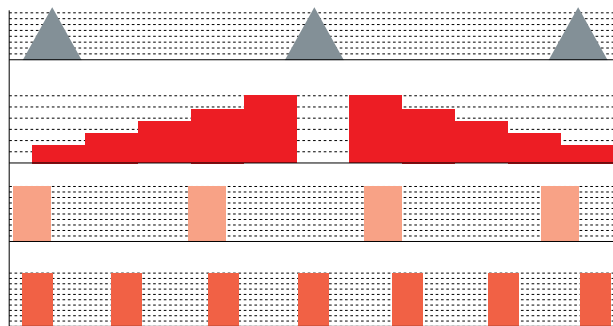


Рис. 3. Виды упражнений Кегеля (схема)



но расслабить их. Передохнуть пять секунд.

2. Упражнение «лифт»: сократить мышцы несильно («первый этаж»), задержать на три – пять секунд, продолжить сокращение с большей силой («второй этаж»), снова удерживать. Так пройти четыре-пять «этажей». Совершить такое же поэтапное движение «вниз», задерживаясь на каждом «этаже».
3. Быстро сократить мышцы и удерживать на десять секунд, затем расслабить на десять секунд.
4. После этого одну минуту делать быстрые сокращения (по одной секунде), чередуя их с такими же быстрыми расслаблениями.

Вариант упражнений примерный. Основная цель – сочетать быстрые сокращения и расслабления мышц с медленными. Количество повторов – 15–30 раз каждого вида упражнений.

Укрепление и тренировка мышц тазового дна обеспечивает:

- улучшение трофики и повышение эластичности тканей малого таза;
- улучшение сексуальной функции;
- повышение сознательного самоконтроля над оргазмом;
- значительное уменьшение болевых ощущений при родах;
- восстановление мышечного тонуса влагалища в послеродовом периоде;
- профилактику и лечение опущения органов малого таза;
- профилактику и лечение недержания мочи и кала.

Упражнения Кегеля необходимо выполнять всем без исключения женщинам любого возраста независимо от наличия или отсутствия симптомов пролапса с целью его профилактики и улучшения качества жизни.

Современные тренажеры для мышц тазового дна

В настоящее время доступны различные варианты тренажеров для мышц тазового дна. Перечислим некоторые из них.

Пневматический тренажер мышц тазового дна (цифровой перине-

ометр). Инновационный продукт, объединяющий в себе современную пневматическую систему с технологией биологической обратной связи. Разработанный с учетом результатов многолетних исследований особенностей женского организма цифровой перинеометр эффективно и безопасно помогает укрепить мышцы таза, что благотворно сказывается на состоянии здоровья и улучшает качество сексуальной жизни. Тренажер позволяет также решить проблему непроизвольного подтекания мочи, расширяет местные кровеносные сосуды и усиливает локальный кровоток, улучшая микроциркуляцию в тканях и оптимизируя питание клеток.

Прибор EmbaGYN™. Позволяет сокращать мышцы даже при их очень слабом тоне, когда женщина не может эффективно выполнять упражнения самостоятельно. Прибор посылает слабые электрические импульсы, и мышцы сокращаются в необходимом ритме и с нужной силой. Механизм действия включает непрямую стимуляцию мускулатуры тазового дна через ветви полового нерва. Систематическое повторное сокращение под воздействием электрических импульсов вызывает увеличение их массы и силы. Кроме того, улучшается кровообращение в прилежащих глубоких тканях. Когда женщина сможет самостоятельно выполнять сокращения, можно перейти в другой режим тренировок.

Противопоказания для электростимуляции (тренажер EmbaGYN™): беременность, активный туберкулез легких и почек, тромбоз, камни в почках, мочевом или желчном пузыре (при воздействии в области живота и поясницы), гнойные воспалительные процессы, почечная и печеночная недостаточность, кожные заболевания, встроенный кардиостимулятор. Поскольку метод не является тепловым и в нем не используется вибрация, то можно считать, что такие заболевания, как миома матки и эн-

дометриоз, не являются противопоказанием для использования электромиостимуляции.

Тренажер Magic Kegel Master. Силиконовое устройство в виде объемной восьмерки с вибрирующим эффектом. Управляется с помощью приложения на смартфоне (подключается через Bluetooth). Приложение предлагает разные программы нагрузок медицинского, общеукрепляющего и оздоровительного характера, разработанные с учетом различных показаний. Это могут быть подготовка к родам и послеродовому периоду, улучшение качества сексуальной жизни. Тренажер снабжен специальным «хвостиком» для извлечения его из влагалища. Этот силиконовый «хвостик» должен находиться снаружи во время тренировок, поскольку обеспечен датчиком для связи со смартфоном. Заряжается от USB.

Описанные выше приборы предназначены для динамических тренировок, то есть предполагают использование упражнений, связанных с непосредственным возвратно-поступательным движением – сокращением и расслаблением мышц. К сильным сторонам динамической нагрузки относятся:

- наращивание мышечной массы и повышение тонуса и силы сокращения мышц;
- улучшение метаболизма;
- профилактику застойных явлений в малом тазу.

Статические тренажеры. Кроме динамических существуют статические тренировки. Статическая нагрузка включает упражнения, отличительной особенностью которых является фиксация сокращения мышц на протяжении определенного промежутка времени. Статические упражнения обладают следующими преимуществами:

- увеличивают силу мышечного волокна;
- оказывают положительное влияние на внутренние органы;
- улучшают кровообращение;
- способствуют активному выведению токсинов из организма и насыщению крови кислородом.

Для статических тренировок используются такие тренажеры, как StepFree влагалищные конусы и Yolana фаза 1. Эти вагинальные тренажеры представляет собой комплект конусов различного веса. Конус, введенный во влагалище, при стоянии или ходьбе создает ощущение «выпадения», которое заставляет мышцы тазового дна сокращаться, чтобы его удержать. Время тренировки – 15 минут ежедневно. После того как пациентка постепенно научится удерживать самый легкий конус, используются все более тяжелые.

Показания для использования тренажеров:

1. Слабость мышц тазового дна.
2. Зияние половой щели.
3. Пролапс любой степени с симптомами или без.
4. Недержание мочи при напряжении (при сопутствующем пролапсе гениталий или без него).
5. Недержание кала, газов, связанное с задним пролапсом гениталий.

Противопоказания для применения конусов. Конусы не предназначены для использования женщинами, страдающими заболеваниями в области влагалища, половых органов или таза или предполагающими у себя такие заболевания (инфекции, воспалительные заболевания, злокачественные образования тазовых органов). К противопоказаниям относятся также беременность, первые шесть недель после родов или операции на органах малого таза. Конусы не применяются во время или сразу же после полового акта, а также во время менструации, одновременно с тампонами, маточным кольцом или диафрагмой.

Эффективность упражнений Кегеля и применения тренажеров

Методы консервативного лечения опущения и выпадения внутренних половых органов на ранних стадиях, в том числе осложненных недержанием мочи и кала, с помощью тренировок мышц тазового дна (упражнения Кегеля, вагинальные тренажеры) уменьшают

степень пролапса у 17% пациенток. Это было показано в четырех рандомизированных клинических исследованиях, отличающихся высокой степенью доказательности [6]. При этом снижение выраженности симптомов со стороны мочевого пузыря и кишечника достигается в 40–60% случаев, а отсутствие прогрессирования – более чем в 94% [7]. Эффективность подтверждается также данными ультразвукового исследования (увеличение объема мышц, сокращение длины мышц и повышение позиции мочевого пузыря и прямой кишки) [8].

Для достижения положительного эффекта тренироваться необходимо регулярно (ежедневно), тогда результаты будут видны уже через два-три месяца.

Полученные В.Н. Серовым и соавт. результаты применения электростимуляции мышц тазового дна у пациенток со снижением тонуса мышц тазового дна в сочетании со стрессовым недержанием мочи умеренной и легкой степени тяжести и со снижением тонуса мышц тазового дна без недержания мочи свидетельствуют о достаточной высокой эффективности указанного метода лечения. Оценка проводилась на основании анализа симптомов, дневников мочеиспусканий, одночасового прокладочного теста, качества жизни по Incontinence Quality of Life (I-QoL), опросников общего впечатления пациенток о степени тяжести состояния (Patient Global Impression of Severity – PGI-S) и улучшении состояния (Patient Global Impression of Improvement – PGI-I). Увеличение контрольных показателей более чем на 50% от исходного уровня отмечено у 87,5% пациенток первой (с симптомами стрессового недержания мочи) и у 100% женщин второй (без симптомов) группы. У подавляющего большинства пациенток улучшение наступало через четыре-пять недель терапии [9].

В многоцентровом проспективном нерандомизированном исследовании изучалась эффек-

тивность электростимуляции у женщин с ургентным и смешанным недержанием мочи [10]. Процедуры проводили по 15 минут дважды в день ежедневно или через день в течение 20 недель. У всех женщин наблюдалось снижение частоты опорожнения мочевого пузыря, эпизодов «утечки» мочи и частоты ночных мочеиспусканий (при отсутствии различий режимов терапии). 69% пациенток отметили существенное улучшение (снижение частоты симптомов на 50% и более), при этом 28% из них были излечены. В целом 93% пациенток хорошо переносили лечение и 72% были удовлетворены его результатами.

Аналогичные результаты (у 70% больных с недержанием мочи был получен эффект) представлены в исследовании Н. Eyjólfsdóttir и соавт. [11].

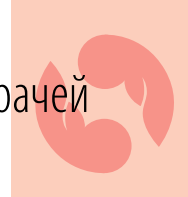
Электростимуляция мышц тазового дна оказалась неэффективна у пожилых женщин (старше 65 лет) [12].

В сравнительном исследовании по изучению эффективности физических тренировок с использованием электростимуляции и вагинальных конусов было показано, что они одинаково эффективны в лечении женщин с недержанием мочи [13].

Тренировки мышц тазового дна являются эффективным средством для лечения стрессового недержания мочи, более того, было показано, что они одинаково эффективны [11] и даже превосходят электрическую стимуляцию и использование конусов [14].

Альтернативные тренировки (пилатес, тай чи и др.) не получили доказательств эффективности и не рекомендуются.

Систематический обзор применения тренировок мышц тазового дна у беременных и родивших показал их эффективность, что послужило основанием для рекомендаций по включению в качестве рутинной части упражнений для женских программ в послеродовом периоде. Полезна также электромиостимуляция в лечении недержания мочи



после родов при условии продолжительности тренировок не менее восьми месяцев [15].

Применение пессариев доктора Арабин

Не каждая женщина с выпадением половых органов нуждается в хирургическом вмешательстве. Лечение симптоматического пролапса гениталий следует начинать с консервативных методов, среди которых методом выбора являются пессарии. И лишь при недостаточном эффекте от консервативной терапии решается вопрос об операции.

Среди показаний для использования пессариев:

- ✓ пролапс матки любой степени с наличием или без ассоциированных симптомов [16, 17];
- ✓ симптоматический пролапс любой степени, когда хирургическое вмешательство невозможно (нежелание пациентки, наличие противопоказаний) [16];
- ✓ стрессовое недержание мочи на фоне пролапса [17];
- ✓ уродинамическая оценка скрытого недержания мочи в предоперационном периоде (прогнозирование результатов оперативного вмешательства) [18, 19].

Абсолютных противопоказаний для применения пессариев нет. Относительными противопоказаниями можно считать вагинит, декубитальные язвы, непереносимость эстриола, слабоумие, пролапс IV степени [20].

Индивидуальный подбор формы и размера пессария. Подбор формы и размера пессария производится в зависимости от вида и степени пролапса. При незначительной или средней степени опущения применяются кольцевые или чашечные пессарии с поддерживающим механизмом действия. При более выраженных нарушениях – грибовидные и кубические пессарии, поддерживающие и заполняющие внутреннее пространство. При сопутствующем недержании мочи выбирают пессарии с леватором, наличие которого оказывает запирающее действие вследствие давления на уретру. Перфорированные пессарии применяются при повышенной секреции влагалищного содержимого для улучшения оттока.

Эффективность применения пессариев доктора Арабин. Эффективность пессариев по данным одного рандомизированного клинического исследования составляет 60%, по данным когортных исследований достигает 92% [17, 21, 22].

Через год после проведенного лечения и у женщин, использовавших пессарии, и у женщин, которые были прооперированы, статистически значимо уменьшилась степень пролапса, улучшились функции мочевого пузыря, кишечника и сексуальная функция без существенной разницы между группами [23].

Почти все симптомы пролапса купировались меньше чем за два

месяца использования пессария: наличие «выпуклости» в половой щели (с 90 до 3%, $p < 0,001$), чувство давления (с 49 до 3%, $p < 0,001$), произвольная потеря мочи (с 12 до 0%, $p = 0,003$), а также запоры (с 14 до 0%, $p = 0,001$). Использование пессариев сопровождается такими положительными объективными изменениями, как уменьшение размера половой щели через три месяца с 4,8 до 3,9 см, снижение степени опущения у 21% женщин после первого года использования (по POP-Q) [24, 25].

Купирование мочевого симптома (стрессовое недержание, частые позывы к мочеиспусканию и затруднение мочеиспускания) достигается в 59% случаев [16, 26–29], симптомов, связанных с дисфункцией кишечника (анальное недержание, обструктивные симптомы), – в 40% [30], частота сексуальных контактов и сексуального удовлетворения увеличивается на 50% [30, 31].

Заключение

Выявление недостаточности мышц тазового дна и пролапса гениталий на ранних стадиях заболевания и своевременное начало лечения консервативными методами могут предотвратить прогрессирование заболевания, нивелировать симптомы, в том числе со стороны мочевого пузыря (недержание), у большинства пациенток и улучшить качество их жизни. ❖

Литература

1. Awwad J., Sayegh R., Yeretian J., Deeb M.E. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study // *Menopause*. 2012. Vol. 19. № 11. P. 1235–1241.
2. Тигиева А.В. Несостоятельность тазового дна у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014.
3. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Дурандин Ю.М. и др. Перинеология. Опущение и выпадение половых органов: учебное пособие. М.: РУДН, 2008.
4. Weber A.M., Richter H.E. Pelvic organ prolapse // *Obstet. Gynecol.* 2005. Vol. 106. № 3. P. 615–634.
5. RCOG release: Simple lifestyle changes may reduce the symptoms of pelvic organ prolapse // www.rcog.org.uk/en/news/rcog-release-simple-lifestyle-changes-may-reduce-the-symptoms-of-pelvic-organ-prolapse.
6. Schaffer J.I., Bloom S.L., Casey B.M. et al. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2005. Vol. 192. № 5. P. 1692–1696.
7. Hagen S., Stark D. Conservative management of pelvic organ prolapse in women // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011. Vol. 12. CD003882.
8. Braekken I.H., Majida M., Engh M.E., Bø K. Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial // *Obstet. Gynecol.* 2010. Vol. 115. № 2. Pt. 1. P. 317–324.
9. Серов В.Н., Аполихина И.А., Кубицкая Ю.В., Железнякова А.И. Электростимуляция мышц тазового дна

- в лечении недержания мочи у женщин // Акушерство и гинекология. 2011. Т. 7. № 2. С. 51–55.
10. Siegel S.W., Richardson D.A., Miller K.L. et al. Pelvic floor electrical stimulation for the treatment of urge and mixed urinary incontinence in women // Urology. 1997. Vol. 50. № 6. P. 934–940.
 11. Eyjólfssdóttir H., Ragnarsdóttir M., Geirsson G. Pelvic floor muscle training with and without functional electrical stimulation as treatment for stress urinary incontinence // Laeknabladid. 2009. Vol. 95. № 9. P. 575–580.
 12. Spruijt J., Vierhout M., Verstraeten R. et al. Vaginal electrical stimulation of the pelvic floor: a randomized feasibility study in urinary incontinent elderly women // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2003. Vol. 82. № 11. P. 1043–1048.
 13. Santos P.F., Oliveira E., Zanetti M.R. et al. Electrical stimulation of the pelvic floor versus vaginal cone therapy for the treatment of stress urinary incontinence // Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009. Vol. 31. № 9. P. 447–452.
 14. Goode P.S., Burgio K.L., Locher J.L. et al. Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial // JAMA. 2003. Vol. 290. № 3. P. 345–352.
 15. Mørkved S., Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review // Br. J. Sports Med. 2014. Vol. 48. № 4. P. 299–310.
 16. Manchana T., Bunyavejchevin S. Impact on quality of life after ring pessary use for pelvic organ prolapse // Int. Urogynecol. J. 2012. Vol. 23. № 7. P. 873–877.
 17. Clemons J.L., Aguilar V.C., Tillinghast T.A. et al. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse // Am. J. Obstet. Gynecol. 2004. Vol. 190. № 2. P. 345–350.
 18. Atnip S.D. Pessary use and management for pelvic organ prolapse // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 2009. Vol. 36. № 3. P. 541–563.
 19. Liang C.C., Chang Y.L., Chang S.D. et al. Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse // Obstet. Gynecol. 2004. Vol. 104. № 4. P. 795–800.
 20. Reena C., Kekre A.N., Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2007. Vol. 97. P. 31–34.
 21. Cundiff G.W., Amundsen C.L., Bent A. et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries // Am. J. Obstet. Gynecol. 2007. Vol. 196. № 4. P. 405.
 22. Robert M., Mainprize T.C. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2002. Vol. 13. № 5. P. 326–329.
 23. Abdool Z., Thakar R., Sultan A.H., Oliver R.S. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse // Int. Urogynecol. J. 2011. Vol. 22. № 3. P. 273–278.
 24. Handa V.L., Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2002. Vol. 13. № 6. P. 349–351.
 25. Jones K., Yang L., Lowder J.L. et al. Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse // Obstet. Gynecol. 2008. Vol. 112. № 3. P. 630–636.
 26. Donnelly M.J., Powell-Morgan S., Olsen A.L., Nygaard I.E. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2004. Vol. 15. № 5. P. 302–307.
 27. Moore K.H., Foote A., Burton G., King J. An open study of the bladder neck support prosthesis in genuine stress incontinence // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1999. Vol. 106. № 1. P. 42–49.
 28. Farrell S.A., Baydock S., Amir B., Fanning C. Effectiveness of a new self-positioning pessary for the management of urinary incontinence in women // Am. J. Obstet. Gynecol. 2007. Vol. 196. № 5. P. 474.
 29. Noblett K.L., McKinney A., Lane F.L. Effects of the incontinence dish pessary on urethral support and urodynamic parameters // Am. J. Obstet. Gynecol. 2008. Vol. 198. № 5. P. 592.
 30. Fernando R.J., Thakar R., Sultan A.H. et al. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse // Obstet. Gynecol. 2006. Vol. 108. № 1. P. 93–99.
 31. Oliver R., Thakar R., Sultan A.H. The history and usage of the vaginal pessary: a review // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2011. Vol. 156. № 2. P. 125–130.

Early Diagnostics and Conservative Treatment of Pelvic Floor Dysfunction

G.B. Dikke

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Contact person: Galina Borisovna Dikke, galadikke@yandex.ru

Here, diagnostic and therapeutic issues of early pelvic floor dysfunction are discussed in the paper. It was proved that pelvic floor muscle exercises prevent disease progression and even lower risk of prolapse in 17% cases. Upon that, alleviated bladder and intestinal symptoms were observed in 40–60% cases, whereas lack of disease progression – in more than 94% cases. According to the data from the randomized clinical and cohort studies, efficacy of using Dr. Arabin's pessaries in treatment of prolapses was 60% and 92%, respectively.

Key words: pelvic floor dysfunction, Kegel exercises, vaginal cones, pessaries

А ПЕССАРИИ ДР. АРАБИН (Dr. Arabin) АКУШЕРСКИЕ и УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ



РЕКЛАМА



ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»
Эксклюзивный дистрибьютор,
Тел./факс: +7(495) 788-77-46,
www.dr-arabin.ru, www.repro21.ru



Все pessарии
изготовлены
из неаллергенного
гибкого силикона