



На семинаре в Сочи специалисты обсудили проблему дисфункции тазового дна у женщин

В рамках X Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» в Сочи при поддержке компании «Пенткрофт Фарма» 9 сентября 2017 г. было проведено секционное заседание «Дисфункция тазового дна – проблема молодых!», на котором ведущие российские и зарубежные эксперты обсудили методы профилактики, ранней диагностики и консервативного лечения недержания мочи и пролапса женских половых органов.

На мероприятии со вступительным словом выступила эксперт РАН, заслуженный деятель науки и образования, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФГАОУ ВО РУДН Г.Б. Дикке. В своем сообщении «Пролапс начинается не в 50» она отметила: «В последнее время частота пролапсов органов малого таза у женщин к 50 годам серьезно возросла и достигает 77%, то есть две женщины из трех имеют пролапс и сопутствующие нарушения со стороны соседних органов. Данная патология развивается не к 50 годам, когда уже присутствуют видимые клинические прояв-

ления, а гораздо раньше. 40% молодых женщин через год после рождения ребенка уже имеют пролапс 1 и 2 степени и стрессовое недержание мочи (НМ). И нужно начинать лечить это состояние сразу после родов. Именно они являются пусковым фактором развития пролапса. Не следует доводить ситуацию до оперативного вмешательства. Ведь сейчас есть эффективные консервативные методы лечения пролапса, которые мы должны использовать».

А. Браун (A. Brown), руководитель отдела по обеспечению качества компании TensCare Ltd (Великобритания) представил доклад «Тренажеры мышц тазового дна – неинвазивная альтерна-

тива лечения стрессового типа недержания мочи». Спикер согласился с мнением профессора Г.Б. Дикке, что большинство случаев НМ, в т. ч. стрессового, отмечаются после родов: «У 92% женщин с НМ после рождения ребенка существует риск развития пролапса через 5 лет. И если проводить лечение после родоразрешения, это поможет предотвратить проблемы с НМ».

Специалист отметил, что лечение последствий НМ может повлечь за собой долгосрочные расходы для здравоохранения. В Великобритании ведение пациента со стрессовым НМ в течение всей его жизни обходится в 6810 фунтов стерлингов (примерно 500 тыс. ру-



блей). Также НМ связано с изменением качества жизни, приводит к физическому и эмоциональному дискомфорту для женщины: ограничивает активность в повседневной жизни и вызывает беспокойство, тревожность, стыд, влияет на сексуальные функции. «Несколько простых шагов могут изменить ситуацию, – заявил А. Браун. – Хирургическое вмешательство зачастую приводит к негативным последствиям. Однако есть альтернатива. К стандартным вариантам лечения стрессового типа НМ относятся: изменение образа жизни, снижение веса, отказ от курения, сбалансированное питание, упражнения для укрепления мышц тазового дна (выполнение упражнений Кегеля или использование тренажеров мышц тазового дна), применение пессариев.

По мнению докладчика, одним из наиболее эффективных методов является электростимуляция с помощью тренажера мышц тазового дна. Он привел доказательства в пользу этого метода: «Женщины, выполнявшие упражнения с электростимулятором, чаще

сообщали об излечении или улучшении симптомов, в том числе об улучшении качества жизни, уменьшении количества эпизодов подтекания мочи в день, и, согласно результатам опроса, их сексуальная жизнь улучшилась. Следовательно, есть все предпосылки для включения тренажеров мышц тазового дна в список возможных вариантов консервативного лечения НМ».

Для тренировки мышц тазового дна также используются упражнения Кегеля, но, по данным литературы, порядка 80% женщин не умеют должным образом тренировать мышцы тазового дна, не могут правильно выполнять сокращения мышц. Если же изначально мышечный тонус слишком слаб (≤ 2 балла по Оксфордской шкале), то выполнение упражнений невозможно. Также чтобы проверить уровень сокращений мышц тазового дна, используются электростимуляторы с функцией обратной связи. Они показывают, каковы сила, скорость и длительность сокращений. В качестве примера спикер продемонстрировал возможности электростиму-

лятора Tenscare Embagyn. Это медицинский прибор, предназначенный для реабилитации и укрепления мышц тазового дна. Данный тренажер мышц тазового дна имеет 4 программы работы, экран LED с подсветкой, включается одним касанием и запоминает настройки последней используемой программы. А. Браун рассказал о механизме электрической стимуляции мышц: «Прибор посылает мягкий электрический импульс через вагинальный электрод, заставляя сокращаться и укрепляться мышцы тазового дна. Он эффективен при стрессовом, ургентном и смешанном типах НМ. Тренировка мышц способствует улучшению здоровья органов малого таза и усилению контроля над мышцами, тренирует быструю реакцию на изменения давления в брюшной полости, чтобы не допустить подтекания мочи».

По словам эксперта, упражнения тазового дна показаны всем, у кого по Оксфордской шкале показатель состояния мышц составляет 0–2 балла, тем, кому трудно определить местораспо-



ложение мышц и момент, когда они сокращаются. Рекомендуется использовать тренажер один раз в день в течение 20 минут. Необходимо следовать строгому режиму: неорганизованность при выполнении упражнений – самая большая проблема. Не следует рассчитывать на мгновенный результат. В среднем для достижения стабильного результата требуется до 12 недель (это минимальный срок для изменения функции любой мышцы). Нужно регулярно тренироваться в течение минимум 3 месяцев, прежде чем мышцы станут сильнее. Но, как правило, первые результаты заметны уже через несколько недель. Важно знать, что пациентам придется использовать тренажер на протяжении всей жизни, иначе проблема вернется.

Специалист также рассказал, когда не следует использовать электростимуляцию. Противопоказаниями являются: беременность, электронный имплантат в брюшной полости, инфекция и слабая чувствительность, нельзя использовать прибор в течение 6 недель

после операции в области стимуляции. Есть предостережения относительно использования тренажера в случае невозможности введения зонда, во время управления транспортным средством, при наличии рака в области стимуляции. Тренажер для электростимуляции в домашних условиях имеет ряд преимуществ. Он является таким же эффективным методом лечения НМ, как и лечение в условиях амбулаторно-поликлинических центров. Аппарат прост в использовании, имеет доступную цену, его можно использовать ежедневно, вероятность побочных эффектов очень низкая. Было проведено многоцентровое исследование тренажера Tenscare Embagun, которое показало значительное улучшение качества жизни у 93% пациенток (у 77% уже через 4 недели).

Во второй части секции под руководством профессора Г.Б. Дикке был проведен тренинг hands-on «Ранняя диагностика пролапса женских половых органов. Начни с себя!». Она отметила, что знаменитости привлека-

ют внимание общественности к медицинским проблемам, пережив их сами. Так, Кейт Уинслет, столкнувшись с проблемой НМ, публично призвала женщин обращаться к врачу как можно раньше. Специалист сделала акцент на том, что каждый врач должен начать решать данную проблему с себя, ведь большинство акушеров-гинекологов в нашей стране – женщины, и их более 30 тысяч.

Спикер рассказала, что было проведено исследование (в форме анонимного анкетирования) распространенности дисфункции тазового дна (ДТД) среди 429 женщин акушеров-гинекологов. ДТД – это собирательное понятие, объединяющее пролапс тазовых органов (48–77%), НМ (32–64%), недержание кала (0,5–28%) и сексуальные расстройства (3–46%). Наличие ДТД отметили у себя 57,5% акушеров-гинекологов, при этом только 12% были объективно осведомлены о наличии у них этой проблемы, а 55,8% опрошенных не обращались с ней к врачу. Согласно последним данным статисти-

ки, пролапс половых органов – это проблема 77% женщин. Специалист призвала аудиторию последовать примеру Кейт Уинслет и привлечь внимание своих пациенток к проблеме, помочь им ее осознать и стать для них образцом для подражания. По словам профессора Дикке, основной фактор риска ДТД – это роды. 35% женщин после родов приобретают пролапс и/или НМ. Преобладающими факторами риска являются: первые и/или оперативные роды (щипцы), вес ребенка при рождении свыше 4 кг, пролонгированный второй этап родов (более 50 мин). Исследование показало, что симптомы ДТД наблюдаются у 41,7% пациенток до 25 лет и у 45,1% – 25–34 лет. Симптомы сексуальной дисфункции – у 40% пациенток до 25 лет и у 33,3% – 25–34 лет.

Специалист подчеркнула, что ранняя диагностика ДТД необходима, и представила алгоритм ранней диагностики пролапса половых органов 5 STEPS (5 шагов).

1 шаг – S: смотри (как выглядит промежность). Необходимо оценить зияние промежности – это первый признак пролапса. Также следует обратить внимание на асимметрию промежности, наличие рубцов, истонченных или атрофических изменений.

2 шаг – T: тестируй. Нужно провести пробу Вальсальвы – попросить пациентку потужиться и оценить состояние промежности на высоте потуги.

3 шаг – E: еще тестируй. Следует провести кашлевую пробу – попросить пациентку покашлять, оценить степень потери мочи во время кашлевых толчков. Эта проба выполняется при полном мочевом пузыре (150–200 мл), необходимо повторить три кашлевых толчка 3–4 раза.

4 шаг – P: пальпируй. Важно оценить тургор по толщине задней спайки (пальпируя ее большим и указательным пальцами), тонус промежности (по количеству введенных во влагалище пальцев) и силу сокращений мышц по шкале Оксфорда (при этом следует попросить пациентку сжать мышцы тазового дна как можно сильнее).

5 шаг – S: спроси о симптомах недостаточности мышц тазового дна (хлопающие звуки при половом контакте, попадание воздуха во влагалище

при физических упражнениях, слабая, прерывистая или разбрызгивающаяся струя мочи при мочеиспускании, НМ при кашле) и функциональных нарушений тазовых органов (ощущение инородного тела во влагалище, дискомфорт, боль, учащенное мочеиспускание и эпизоды ургентности, непроизвольное выделение мочи, затрудненное мочеиспускание, эпизоды недержания кала, газов, запоры, сексуальная дисфункция). Также необходимо оценить тяжесть симптомов пролапса по опроснику PFDI-20, определить интенсивность боли или дискомфорта (по визуально-аналоговой шкале), оценить симптомы сексуальной дисфункции по опроснику FSFI. На основании наблюдений следует поставить диагноз «опущение женских половых органов», если пролапс выявлен, и указать его вид, степень и форму.

По данным литературы, опущение половых органов той или иной степени встречается у половины рожавших женщин, а нуждаются в медицинской помощи около 20% из этого количества. И здесь речь идет лишь об оперативном вмешательстве. Но важно понимать, что пролапс всегда носит прогрессирующий характер, поэтому в лечении нуждаются 100% женщин и начинать его надо как можно раньше с помощью консервативных методов. Однако не все врачи пока это осознают. При анкетировании в период проведения исследования ДТД у акушеров-гинекологов заинтересовались, какие варианты борьбы с ДТД при наличии несостоятельности промежности и симптомов PFDI-20 они выбирают для себя. 53,6% акушеров-гинекологов проигнорировали ранние, но явные симптомы неблагополучия. В то же время столько же акушеров-гинекологов в случае выявления ДТД рекомендуют своим пациенткам в любом возрасте тренировки мышц тазового дна. Пессарии выбирают не более 20%. К хирургической коррекции несостоятельности тазового дна прибегают бы менее 7%.

Обсуждался и вопрос об эффективности пессариев в купировании симптомов ДТД. Докладчик привела данные клинических исследований: полностью купированы в течение 1 года

следующие симптомы ДТД: наличие «выпуклости» в половой щели – у 87% пациенток, нарушения мочеиспускания – у 59%, дисфункция кишечника – у 40%. Также у половины больных выросла частота сексуальных контактов и сексуального удовлетворения. Лечение ДТД необходимо начинать с консервативных методов и только при неэффективности (сохранении или прогрессировании симптомов) ставить вопрос о хирургической операции.

В заключение профессор Дикке рассказала о методах консервативного лечения недостаточности мышц тазового дна и пролапса половых органов, которые она тоже назвала «5 STEPS» (5 шагов): S – стиль жизни (отказ от курения, лечение хронического кашля; профилактика запоров (диета, богатая клетчаткой); избегание физических нагрузок, связанных с подъемом тяжестей; поддержание нормального веса (снижение веса при его избытке); T – тренировки мышц тазового дна (упражнения Кегеля с использованием перинеометра или тренажеров с биологически обратной связью для домашнего применения); E – эстрогены (применение средств, содержащих эстрогены, селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов, ралоксифен, тамоксифен); P – пессарии (гинекологические или урогинекологические); S – сопровождение (динамическое наблюдение, контроль со стороны врача).

Профессор Г.Б. Дикке призвала всех пройти тестирование по опроснику PFDI-20 на сайте www.repro21.ru и начать лечение, если это необходимо.

Секция завершилась выступлением к.м.н., заведующего отделением гинекологии объединенной больницы с поликлиникой Управления делами Президента РФ, главного тренера школы эстетической урогинекологии УМЦ «De Novo», уролога, доцента кафедры акушерства и гинекологии ЛФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова А.С. Пермякова. Он поделился опытом применения электростимуляции в практике акушера-гинеколога и рассказал о том, что крайне важно мотивировать пациенток с проблемой НМ для того, чтобы избежать хирургического вмешательства, регулярно использовать тренажеры мышц тазового дна.

Тренажёры для укрепления мышц тазового дна

Компания TensCare Limited провела клинические исследования и показала, что тренажер мышц тазового дна EmbaGYN безопасен и эффективен для уменьшения симптомов недержания мочи стрессового, ургентного и смешанного типов.

EmbaGYN
Тренажер мышц тазового дна



Тренажер мышц тазового дна с электростимуляцией EmbaGYN



Лубриканты с Д-пантенолом



Пессарии Др.Арабин

**ЗАБУДЬ
О ПРОЛАПСЕ!**

Живи полноценной жизнью!



Пневматический персональный тренажер XFT-0010



Интерактивный тренажер Magic Kegel Master



Влагалищные конусы StepFree

