

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ТАЗОВОГО ДНА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ТАКТИКА.

Малевич Ю.К., Мороз Н.В. БГМУ

Резюме : систематизированы жалобы и методы объективного гинекологического обследования при различных степенях пролапса, приведены определение, классификация и тактика при различных степенях несостоятельности тазового дна.

Ключевые слова: несостоятельность тазового дна, определение, классификация и тактика

FAILURE OF THE PELVIC FLOOR, DEFINITION, CLASSIFICATION,
TACTICS.

Malevich Y.K., Moroz N.V. BSMU

Summary: systematized complaints and methods of objective gynaecological examinations at different degrees of prolapse, are the definition, classification and tactics in various degrees of insolvency of the pelvic floor.

Key words: failure of the pelvic floor, definition, classification and tactics

Введение.

Пролапс гениталий на сегодняшний день представляет собой важную медицинскую, социальную и этическую проблему. 22% женщин старше 18 лет имеют различные формы пролапса гениталий, а 7% из них имеют опущение 3-4 степени тяжести (3,5). По прогнозу ВОЗ к 2030 году около 63 млн. женщин в мире будут страдать от пролапса гениталий.

Распространенность пролапса гениталий среди женского населения достигает 34,1-56,3%, а хирургическая коррекция ОиВВПО 15% от так называемых больших гинекологических операций, занимая 3 место в структуре показаний к оперативному лечению после доброкачественных опухолей и эндометриоза [1].

В основе патогенеза пролапса находится несостоятельность тазового дна.

Однако четкого определения несостоятельности тазового дна не имеется. Отсутствует классификация, диагностика, тактика при различных степенях выраженности рассматриваемой патологии

Цель: систематизировать диагностику, определение и классификацию несостоятельности тазового дна.

Материал и методы исследования. Многолетний опыт работы авторов наблюдения и лечения больных с пролапсом гениталий и данные литературы.

Результаты и обсуждение

Большой полиморфизм жалоб и клинических проявлений пролапса свидетельствуют, что несостоятельность тазового дна и опущение половых органов начинаются «исподволь», как – бы «невзначай», имеет тенденцию к прогрессированию на протяжении ряда лет . По характеру и времени появления жалобы можно и целесообразно разделить на 3 группы: (рис.1)

Ранневременные, Средневременные, Поздневременные

●ранневременные(0-3 года после родов);

-Дискомфорт при движении

-Нарушение половой жизни

-бели

●средневременные (до 1-5 лет после родов);

-Появление выпячивания

-Зуд, жжение

-Учащенное мочеиспускание

-Неудовлетворенность половой жизнью

●поздневременные (>3–5 лет после родов).

-Сухость и жжение

-Инородное тело

-Нарушение мочеиспускание и дефекации

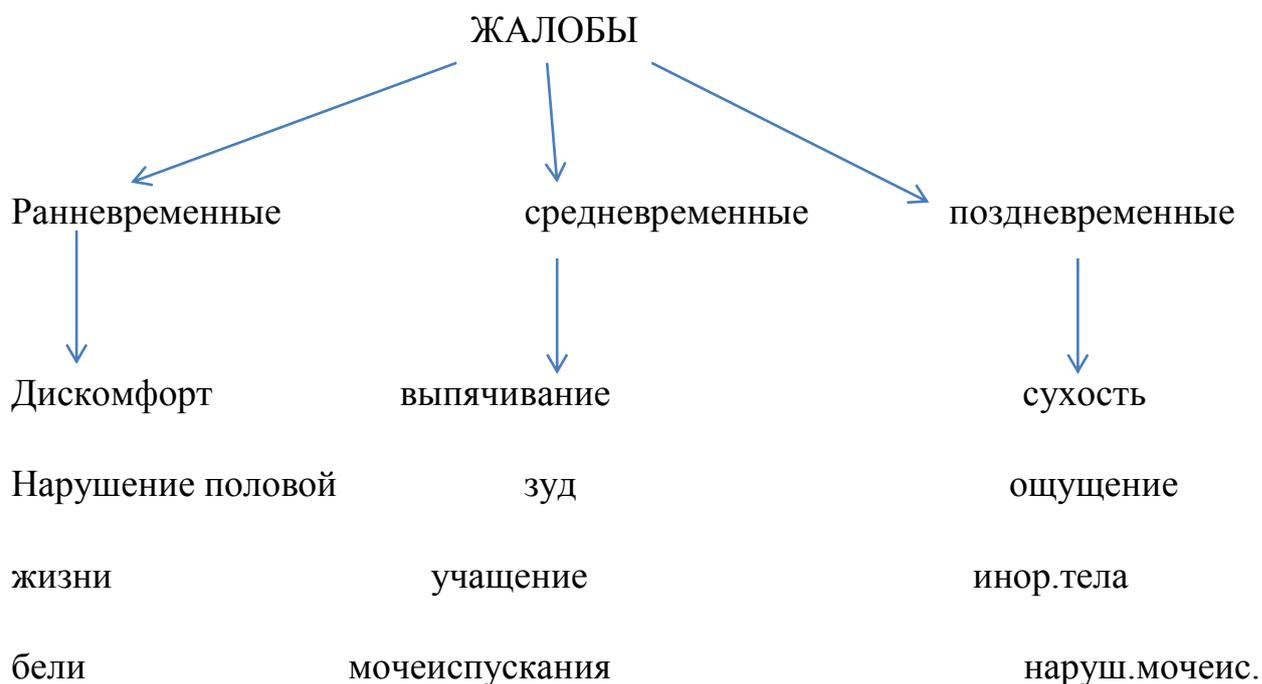


Рис.1. Разделение жалоб при пролапсе на группы.

Частая патология женской репродуктивной системы именуемая как « опущение и выпадение половых органов» или « пролапс» в основе имеет недостаточность мышц тазового дна ,как **ОСНОВНОЙ И ГЛАВНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА**. Всеми признается существование несостоятельности тазового дна. Однако четкая клиническая характеристика этого состояния, к сожалению отсутствует

В силу ряда объективных и субъективных причин изучению промежности и тазового дна уделялось намного меньше внимание по сравнению с другими областями женской репродуктивной системы , особенно функциональной диагностике – методам диагностике состояния половой сферы , и функциональных расстройств при отсутствии объективных анатомических и топографических изменений. Вместе с тем по мнению ведущих гинекологов «невозможно обоснованное суждение о причинах и характере тех или иных расстройств функции полового аппарата без оценки их функционального состояния»

Для оценки состояния тазового дна используется много различных клинических и инструментальных приемов, наиболее распространенными из которых являются пальпаторные и функциональные пробы.

Из множества известных клинических способов оценки состояния промежности мы выбрали 5, которые просты в выполнении, информативны, не требуют специальной аппаратуры, могут быть осуществлены любым врачом : визуальная и пальпаторная оценка промежности, визуальная оценка степени смыкания половой щели, растяжение вульварного кольца , сила сокращения констриктора куни и определение степени смещаемости стенок влагалища (частично и мочевого пузыря) при натуживании, кашле(проба Вальсальвы).

Техника проведения исследования: на обычном гинекологическом кресле, при хорошем освещении, руками в перчатках, после визуальной оценки наружных половых органов, перед специальным гинекологическим исследованием.

- визуальная оценка смыкания или степени зияния половой щели - важно оценить степень зияния половой щели у пациенток в покое и при натуживании, т.к. это информативный показатель несостоятельности тазового вследствие расхождение ножек мышц, поднимающих задний проход

- анатомическое состояние промежности (деформация и истончение) - визуально оценивается симметричность, наличие и состояние рубца, дается его характеристика, выявляется деформация, возможно наличие дилатации уретры и анального отверстия, а также геморроидальных узлов.

Пальпация проводится по следующей методике: указательный палец вводится во влагалище, а большой располагается на коже промежности.

- «Растяжение вульварного кольца» - указательным пальцем одной или обеих рук.

В первом случае надавливают на промежность в сторону ануса (у лежащей пациентки – книзу, определяя эластичность (растяжимость, податливость) промежностного клина в первом случае .

Во втором случае оттягивают заднюю полуокружность вульварного кольца в расходящихся направлениях в сторону копчика. Хорошо сохранившаяся эластическая промежность оказывает значительное сопротивление растяжению, препятствуя осмотру обнажаемой таким образом передней стенки влагалища и после прекращения растяжения возвращается в исходное положение. При функциональной недостаточности мышц, запирающих выход из таза, этим приемом удается обнажить даже шейку матки.

- «Сила сокращения констриктора куни (классический)- вводят два пальца во влагалищный вход и предлагают пациентке сжать их . В одних случаях мы ощущаем циркулярное сжатие пальцев. Что свидетельствует о хорошем состоянии исследуемой мышцы. В особенно сильной степени это выявляется при « вагинизме» и не только за счет спазма констриктора, но и защитного сокращение других мышц особенно леваторов. В других случаях сжатия пальцев не происходит или оно крайне незначительное.»

Второй способ оценки - большой палец поочередно устанавливается слева и справа от промежностного шва, а пациентку просят напрячь тазовое дно.

Третий способ- во влагалище вводят один, затем два пальца правой руки, методично увеличивая расстояние между ними, аналогично исследованию степени открытия маточного зева, и прося женщину сжать введенные пальцы мышцами промежности. Минимальная позиция, при которой исследователь ощущает тонус промежности, отражает степень дистопии мышц тазового дна

- Определение степени смещаемости стенок влагалища (частично и мочевого пузыря) при натуживании, кашле. При сохранившемся поддерживающем и подвешивающим аппаратах , при натуживании отмечается лишь небольшое приоткрывание половой щели без видимого глазом опущения стенок влагалища. Более или менее отчетливое опущение влагалища(главным образом передней) свидетельствует о природной неполноценности или о приобретенном повреждении леваторов и является признаком начальной стадии опущения.

Для удобства использования каждый клинический прием включает описательную(по трем качественным признакам) и балльную оценку. Каждому из показателей присваивается балл, основанный на значении под цифрой 2 при нормальной анатомии промежности, тонуса тазового дна и уменьшении этих значений при ухудшении клинической картины.(по аналогии по значимости с оценкой по Апгар, оценками в школах, университетах и др. аналогичных случаях . а не наоборот). Показатель, полученный в результате суммирования баллов можно назвать оценкой промежности или промежностным индексом. Нормальное состояние промежности - 8-10 баллов.

Большие значения оценки соответствуют лучшему состоянию промежности.

При этом использование суммы баллов необходимо не столько для оценки степени нарушений тазового дна, сколько для возможности проводить сравнительный анализ патологических состояний промежности до и после терапии и у различных пациенток.(табл.№ 1)

Табл.1. Оценка состояние промежности (тазового дна)

признак	0 баллов	1 балл	2 балла
Зияние половой щели	Зияет	приоткрыта	сомкнута
Анатомическое состояние промежности и ее толщина	Деформирована Тонкая	Незначительная деформация истонченная	Не деформирована достаточная
Проба на сжатие	отсутствует или - или +	Слабо выражена или ++	хорошая или +++
Соппротивление растяжению	слабая или - или +	Уменьнная или ++	хорошая или +++
Ощущение кашлевого толчка и смещение тканей	значительная - или +	незначительная Или ++	отсутствует или +++

Оценка : 8-10 баллов – Хорошее состояние промежности

6-7 - начальные признаки несостоятельности промежности

3-5- умеренные признаки несостоятельности промежности

0-2- выраженная несостоятельность промежности

Очевидно , что оценка состояния промежности требует немного времени, а дает множество информации по выявлению, ранней диагностике, и своевременным, подчеркиваем, а не запоздалым мероприятиям по их устранению.

Кроме того, не претендуя на окончательное решение вопроса, оценка состояния промежности, должно стать таким же привычным делом, как и описание и оценка других областей женских половых органов и войти в состав классического описания гинекологического статуса.

Например: « Наружные половые органы развиты правильно. Шейка чистая ... Промежностный индекс или оценка промежности или просто промежность 9 баллов. Влагалище рожавшей. Матка нормальной величины, плотная... и т.д.

На основании литературы(2,4), проведенных исследований и большого собственного опыта предлагаем определение несостоятельности тазового дна- это клинико-анатомический симптомокомплекс, заключающийся в недостаточном участии промежности в: замыкании влагалища и обеспечении его нормального биоценоза; оптимальном положении внутренних половых органов; половой жизни и биомеханизме родов.

Классификация несостоятельности тазового дна может быть представлена следующим образом:

По причине возникновения:

- Органическая,
- функциональная ,
- смешанная

По времени возникновения

- первичная(врожденная)
- вторичная (приобретенная)(Рис. 2)

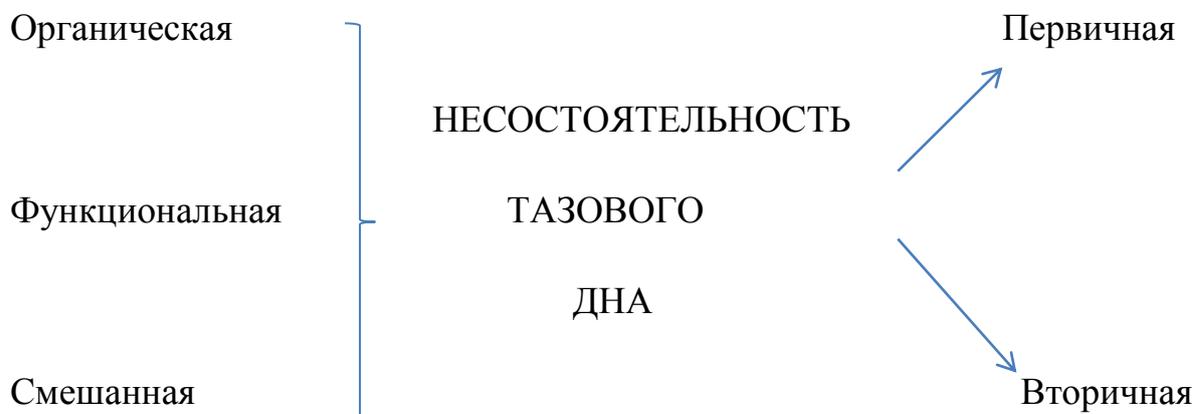


Рис.2. Классификация несостоятельности тазового дна.

Органическая (приобретенная). Эту патологию в настоящее время принято считать полиэтиологичной. Основными факторами, ослабляющими тазовое дно, являются:

- неоднократные беременности и роды (особенно домашние роды, вес плода более 4500 г, роды без эпизиотомии)
- разрывы шейки матки и промежности,
- недостаточность питания, голодание,
- тяжелый физический труд
- неблагоприятные бытовые условия
- астеническое телосложение или наоборот ,повышенной массе тела,
- хроническое повышение внутрибрюшного давления, к которому приводят: тяжелый и ранний физический труд, длительное статическое положение, хронический кашель, затруднения при дефекации, наличие опухолей брюшной полости, хронический бронхит, бронхиальная астма.
- нарушением кровообращения и микроциркуляции малого таза и тканей тазового дна, в том числе при хронической анемии.

-недостаточность эстрогенов в менопаузе приводит не только к нарушению кровообращения и микроциркуляции тазового дна, а также к снижению эластичности тканей, усугубляет развитие выпадения половых органов, начавшееся в более молодом возрасте.

Функциональная несостоятельность тазового дна может быть обусловлена:

-особенностями конституции женщины

- недостаточностью параметральной клетчатки, патологией связочного аппарата матки,

-гипоэстрогенией,

-системной дисплазией соединительной ткани,

коллагенозами,

-а также такими состояниями как гиперподвижность суставов, артрит, остеохондроз, остеопороз, плоскостопие, геморрой, патология дыхательной системы, грыжи передней брюшной стенки, striae gravidarum, миопия и др., нарушения иннервации и кровообращения тазового дна,

-биохимическими изменениями в тканях промежности

- генетической предрасположенности

Первичная - начинается с пубертатного периода.

Причиной могут быть:

- различные врожденные органические поражения и функциональные состояния ЦНС

-синдром доброкачественной гиперподвижности суставов,

- врожденная недостаточность связочного аппарата, при некоторых наследственных синдромах (Марфана, Ehlers-Danlos, Рокитанского-Кюстера-Хаузераи др.)

Выпадение матки может наблюдаться даже у новорожденных, например, при врожденных спинальных дефектах (spina bifida)

Вторичная - возникшая в процессе жизни женщины

Предлагаемая классификация несостоятельности тазового дна носит не чисто эмпирический характер, а определяет принципиальную лечебную тактику и выбор метода коррекции.

Принципиальная тактика ведения пациентов при несостоятельности тазового дна (рис.3): общеукрепляющая терапия, полноценное питание, водные процедуры, лечебная гимнастика, изменение условий труда могут рассматриваться как самостоятельное лечение только на начальных стадиях патологического процесса, в дальнейшем только как дополнение к хирургическому!

Ортопедические методы –пессарии имеют ограничения из-за угрозы пролежней, восходящей инфекции, необходимости постоянного врачебного контроля.

Различного рода пояса, бандажи применяются только при невозможности выполнения хирургической операции, обусловленной, например, тяжелой соматической патологией или старческим возрастом, а также перед планируемой операцией для улучшения заживления слизистой.

Наиболее эффективными методами лечения пролапса гениталий и несостоятельности мышц тазового дна являются только хирургические.

Хирургическое лечение в каждом конкретном случае предусматривает выполнение операции по созданию надежной фиксации стенок влагалища, а также хирургической коррекции имеющихся функциональных нарушений.



Рис.3. Тактика ведения пациентов при несостоятельности тазового дна.

Таким образом, при функциональной и первичной несостоятельности – можно рекомендовать гимнастику по укреплению тазового дна, при целесообразно органической и вторичной – целесообразна только операция.

Литература:

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.С., Попов А.А. «Оперативная гинекология». М, 2010, 320с.
2. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология.- М.: МЕДИЦИНА, 1990.С.299
3. Сорока С.А. «Субъективный взгляд на пролапс», Медицинский вестник. 2014, № 51, 21 с.
4. Неймарк А.И., Ряполова М.В. Консервативное лечение императивного и смешанного недержания мочи у женщин. – Казанский медицинский журнал, 2010.,том 91, №4.с508-510
5. Сметник В.П. Медицина климактерия. – М.:2009 . с. 217-236

Адрес для корреспонденции.

Малевич Юрий Константинович

Белорусский государственный медицинский университет

220007. Минск, ул. Жуковского 5-2-63, тел 029-6249840