

Ю. К. Малевич, Н. В. Мороз

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ТАЗОВОГО ДНА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ТАКТИКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Используя данные литературы и многолетний опыт работы по наблюдению и лечению больных с пролапсом гениталий, систематизированы жалобы и методы объективного гинекологического обследования при различных степенях пролапсагениталий, приведены определение, классификация и тактика при различных степенях несостоятельности тазового дна, что позволит создать унифицированный алгоритм обследования пациенток, страдающими явлениями недостаточности тазового дна.

Для оценки состояния промежности предложено ввести понятие промежностный индекс. Классификация несостоятельности тазового дна позволит определить принципиальную ле-

□ Клинический обзор

чебную тактику и выбор метода коррекции на самых ранних этапах развития данной патологии. Ведь опущение и выпадение женских половых органов является одной из самых частых и повсеместно распространенных гинекологических патологий.

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

Yu. K. Malevich, N. V. Moroz

INSOLVENCY OF THE PELVIC BOTTOM, DEFINITION, CLASSIFICATION, TACTICS

Using these literatures and long-term experience on supervision and treatment of patients with a prolapse of genitals, complaints and methods of objective gynecologic inspection at various degrees of a prolapse are systematized, definition, classification and tactics at various degrees of insolvency of a pelvic bottom that will allow to create the unified algorithm of inspection of patients, the suffering phenomena of insufficiency of a pelvic bottom are given.

For an assessment of a condition of a crotch it is offered to enter concept a promezhnostny index. Classification of insolvency of a pelvic bottom will allow to define basic medical tactics and a choice of a method of correction at the earliest stages of development of this pathology. After all omission and loss of female genitals is one of frequent and everywhere widespread gynecologic pathologies.

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

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 [4, 5]. По прогнозу Всемирной организации здравоохранения к 2030 году около 63 миллионов женщин в мире будут страдать от пролапса гениталий.

Распространенность пролапса гениталий среди женского населения достигает 34,1–56,3%, а хирургическая коррекция опущения и выпадения половых органов – 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: оптимизировать диагностику, определение и классификацию несостоятельности тазового дна.

«Типичные жалобы» пролапса, характерные для выраженных степеней этой патологии, во многом однообразны, в связи с возрастающей грамотностью населения и изучением своих проблем и чтения научно-популярных сайтов с помощью интернета. Большой полиморфизм жалоб и клинических проявлений свидетельствуют, что пролапс начинается «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 (через 3–5 лет после родов):

- появление выпячивания в области наружных половых органов;

- зуд, жжение;
 - учащенное мочеиспускание;
 - неудовлетворенность половой жизнью.
- Поздневременные** (>3–5 лет после родов):
- сухость и жжение;
 - инородное тело;
 - нарушение мочеиспускание и дефекации.

Из представленного обзора литературы, очевидно, что 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».



Рис. 1. Разделение жалоб при пролапсе на группы

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 дна, вследствие расхождения 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» – визуально оценивается степень растяжения вульварного кольца. Пальпация проводится 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). Пальпация проводится по следующей методике: в первом способе 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 сокращения 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 просят 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 Аппгар). 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).

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,

Таблица 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	отсутствовали – или +	слабо выражена или ++	хорошая или +++
Сопротивление растяжению	слабая или – или +	умеренная или ++	хорошая или +++
Ощущение кашлевого толчка и смещение тканей	значительная – или +	незначительная или ++	отсутствует или +++

Клинический обзор

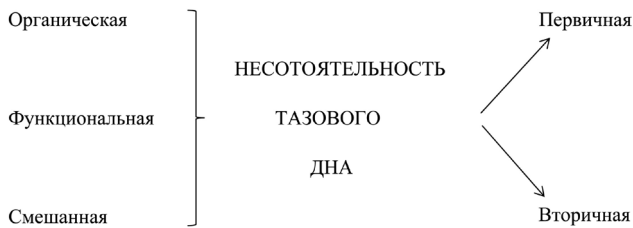


Рис. 2. Классификация несостоятельности тазового дна

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. Влагище рожавшей. Матка нормальной величины, плотная... и т. д.

На основании собственного опыта, проведенных исследований собственного предлагаем определение **несостоятельности тазового дна** – это клинко-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).

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 массы 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;
- гипозэрагией;
- 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 (spinabifida).

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. Различают консервативную и оперативную тактику лечения (рис. 3).

Консервативные методы лечения:

- 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 инесостоятельности 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 пациенток с несостоятельностью мышц тазового дна

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

– систематизированы жалобы и методы объективного гинекологического обследования при различных степенях пролапса;

– приведены определение, классификация и тактика при различных степенях несостоятельности тазового дна;

– единая классификация позволит создать унифицированный алгоритм обследования пациенток, страдающими явлениями недостаточности тазового дна;

– классификация несостоятельности тазового дна позволит определить принципиальную лечебную тактику и выбор метода коррекции на ранних этапах развития данной патологии.

Литература

1. *Краснопольский, В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. С., Попов А. А.* Оперативная гинекология. – М, 2010. – С. 320.

2. *Кулаков, В. И., Селезнева Н. Д., Краснопольский В. И.* Оперативная гинекология. – М.: МЕДИЦИНА, 1990. – С. 299.

3. *Неймарк, А. И., Ряполова М. В.* Консервативное лечение императивного и смешанного недержания мочи у женщин / *Казанский медицинский журнал.* – 2010. – Т. 91, № 4. – С. 508–510.

4. *Сорока, С. А.* Субъективный взгляд на пролапс. *Медицинский вестник.* – 2014. – № 51. – С. 21.

5. *Сметник, В. П.* Медицина климактерия. – М., 2009. – С. 217–236.

Поступила 5.05.2015 г.