

Эффективность консервативного лечения пролапса гениталий после родов с использованием вагинального тренажера

Профессор Ю.Э. Доброхотова, профессор И.Ю. Ильина

ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценить эффективность консервативного лечения пролапса гениталий на ранних стадиях у женщин с помощью тренажера *Magic Kegel Master* (вагинальный тренажер) в амбулаторных условиях.

Материал и методы: выделено 2 группы, в каждую из которых вошли по 20 пациенток через 2–5 мес. после физиологических родов. В 1-й группе использовался вагинальный тренажер в течение 6 мес., во 2-й – проводилось динамическое наблюдение. Пациентки заполняли опросник PFDI-20, для количественной оценки пролапса использовали классификацию POP-Q, при гинекологическом осмотре оценивали тургор промежности, проводили кашлевую пробу, проводилось ультразвуковое исследование промежности.

Результаты исследования: в 1-й группе через 3 мес. сохранялись жалобы у 9 больных (45%), спустя 6 мес. у 4 (20%) отмечались жалобы на дискомфорт во влагалище и у 1 (5%) – симптомы стрессового недержания мочи. Во 2-й группе через 3 мес. жалобы сохранялись у 14 пациенток (70%), через 6 мес. – у 9 (45%). В 1-й группе спустя 3 мес. количество жалоб уменьшилось в 2 раза, через 6 мес. – в 5 раз, а встречаемость симптомов стрессового недержания мочи – в 8 раз. Во 2-й группе наблюдалось уменьшение количества жалоб в 1,4 раза, через 6 мес. – в 2 раза, такая же ситуация наблюдалась и со стрессовым недержанием мочи. В 1-й группе по данным PFDI-20 через 3 мес. количество баллов составило $26,6 \pm 7,3$, спустя 6 мес. – $17,2 \pm 4,2$, во 2-й группе через 3 мес. – $45,2 \pm 13,2$, через 6 мес. – $30,3 \pm 11,3$. Снижение тургора промежности через 3 и 6 мес. чаще наблюдалось у пациенток 2-й группы.

Заключение: с целью профилактики пролапса гениталий целесообразно использовать для тренировки мышц промежности вагинальный тренажер, что достоверно быстрее восстановит тонус мышц после родов.

Ключевые слова: пролапс гениталий, несостоятельность мышц промежности, недержание мочи, чувство инородного тела во влагалище, тяжесть в нижних отделах живота, вагинальный тренажер, лактационный период, кашлевая проба, опросник PFDI-20.

Для цитирования: Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю. Эффективность консервативного лечения пролапса гениталий после родов с использованием вагинального тренажера // PMЖ. 2017. № 26. С. 1908–1912.

ABSTRACT

The effectiveness of conservative treatment of genital prolapse after childbirth with the use of a vaginal training device
Dobrokhotova Yu.E., Ilyina I.Yu.

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow

The aim of the study was to evaluate the efficacy of conservative outpatient treatment of early stages of genital prolapse in women with the use of *Magic Kegel-Master* (vaginal training device).

Patients and methods: the patients were divided into two groups, each group included 20 patients after 2–5 months after physiological delivery. In group 1, a vaginal training device was used for 6 months, in the second group, a dynamic observation was performed. Patients completed the PFDI-20 questionnaire, POP-Q classification was used to quantify prolapse, the turgor of the perineum was assessed during gynecological examination, a cough test and the perineal ultrasound was performed.

Results of the study: in group 1 after 3 months, 9 patients (45%) had complaints, after 6 months 4 patients had complaints about discomfort in the vagina (20%) and 1 patient had symptoms of stress urinary incontinence (5%). In group 2, after 3 months, 14 patients (70%) had complaints, after 6 months - 9 (45%) patients. 3 months later, in group 1 the number of complaints decreased by 2 times, after 6 months by 5 times, and the incidence of symptoms of stress urinary incontinence by 8 times. In group 2 there was a decrease in the number of complaints by 1.4 times, in 6 months – by 2 times, the same situation was observed with stress urinary incontinence. In group 1, according to PFDI-20, after 3 months the score was 26.6 ± 7.3 , after 6 months - 17.2 ± 4.2 points, in 2 groups after 3 months - 45.2 ± 13.2 , after 6 months - 30.3 ± 11.3 points. Decrease in perineum turgor after 3 and 6 months was more often observed at patients of group 2.

Conclusion: to prevent genital prolapse, it is advisable to use the vaginal training device for training the muscles of the perineum, which will reliably restore muscle tone after delivery.

Key words: genital prolapse, incompetence of perineal muscles, urinary incontinence, foreign body sensation in the vagina, heaviness in the lower abdomen, vaginal training device, lactation period, cough test, PFDI-20 questionnaire.

For citation: Dobrokhotova Yu.E., Ilyina I.Yu. The effectiveness of conservative treatment of genital prolapse after childbirth with the use of a vaginal training device // RMJ. 2017. № 26. P. 1908–1912.

Введение

В настоящее время число женщин, страдающих заболеваниями, связанными с состоянием промежности (в первую очередь это пролапс тазовых органов и недержание мочи), неуклонно увеличивается [1–3]. Встречаемость пролапса гениталий, по данным разных авторов, колеблется от 1,7% до 28% больных в структуре гинекологической патологии, у женщин после 40 лет цифры достигают 34,7% [3, 4]. В некоторых странах (Египет, Иордания) распространенность данной патологии составляет 56,3% [5].

Генитальный пролапс распространен среди женщин всех возрастов. Это сложный динамический процесс, который носит всегда прогрессирующее течение, сопровождаясь развитием структурно-функциональных нарушений в организме, часто дегенеративного (деструктивного) характера. Длительный бессимптомный период заболевания сменяется постепенным нарастанием местных и общих симптомов [2, 3].

Пролапсу гениталий сопутствует широкий спектр нарушений. У 85,5% больных с опущением и выпадением внутренних половых органов развиваются функциональные расстройства смежных органов: недержание мочи – у 70,1% пациенток, нарушение дефекации – у 36,5%, диспареуния – у 53,3% [2, 6, 7]. Это, в свою очередь, сказывается на общем и психическом состоянии, работоспособности и качестве жизни женщин [1, 3, 5].

Пролапс гениталий различной степени выраженности отличается многообразием клинических проявлений: отмечаются тяжесть в нижних отделах живота, дискомфорт и чувство инородного тела во влагалище, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию, недержание мочи при физической нагрузке, частое мочеиспускание, ноктурия. Клинические проявления могут возникать в репродуктивном возрасте и прогрессировать в течение жизни [6, 8].

На сегодняшний день, несмотря на продолжающиеся поиски оптимальных методов ведения родов через естественные родовые пути, число травм промежности не имеет тенденции к снижению. Такие травмы, по данным разных авторов, отмечаются более чем у половины рожениц, что может в будущем увеличивать риск развития пролапса гениталий [9–11]. Но и физиологические роды сами по себе также могут приводить к дисфункции тазового дна. Так, по данным некоторых авторов, дисфункция тазового дна (ДТД) имеет место уже во время беременности у 40% женщин и сохраняется в течение 6–8 нед. послеродового периода у большинства из них. Через 1 год частота ДТД увеличивается на 7–10%, через 10 лет – на 25% и достигает 50–77% [12–14].

Способов лечения пролапса гениталий много: поведенческая терапия, тренировки мышц тазового дна с помощью специальных устройств (вагалищные конусы, тренажеры Кегеля) и портативных приборов, медикаментозная терапия, хирургическая коррекция [6]. Сегодня появляются тренажеры, которые подключаются через Bluetooth к приложению на смартфоне или могут работать в независимом режиме (например, Magic Kegel Master). Приложение имеет множество программ и нагрузок медицинского, общеукрепляющего и оздоровительного характера, созданных на основании различных показаний [15].

Становится очевидным, что необходимо разработать комплекс мероприятий для женщин после родов (у них имеется наибольшая угроза развития ДТД) с целью профилактики развития и прогрессирования пролапса гениталий в последующем.

Приводим данные собственного исследования

Цель исследования: оценить эффективность консервативного лечения пролапса гениталий на ранних стадиях у женщин с помощью тренажера Magic Kegel Master (вагинальный тренажер) в амбулаторных условиях.

Материал и методы

Критериями включения в исследование были: возраст 25–35 лет, наличие пролапса тазовых органов I–II степени тяжести, в т. ч. сопровождавшегося стрессовым недержанием мочи, отсутствие противопоказаний к использованию тренажера Magic Kegel Master в амбулаторных условиях, согласие пациентки на участие в клиническом исследовании.

Критериями исключения явились: психические заболевания, препятствующие пониманию требований клинического исследования, наличие симптоматического пролапса (ощущение инородного тела во влагалище, боль, непроизвольное выделение мочи при напряжении).

Методом простой рандомизации нами было выделено 2 группы женщин, в каждую из которых вошли 20 пациенток через 2–5 мес. после физиологических родов. В 1-й группе пациентки использовали вагинальный тренажер в течение 6 мес., во 2-й группе проводилось динамическое наблюдение за состоянием пациенток.

Пациентки обеих групп заполняли опросник PFDI-20 (Pelvic floor disorders distress inventory) для субъективной оценки их состояния. Он состоит из 20 вопросов, из которых 6 относятся к симптомам пролапса тазовых органов, 8 – к колоректально-анальным симптомам, 6 – к симптомам недержания мочи. Каждый вопрос в зависимости от степени выраженности симптома и частоты его проявления оценивается от 0 до 4 баллов. Далее по каждой из трех шкал симптомов высчитывается среднее значение по всем вопросам, умножается на 25, затем значения складываются (конечное значение может быть в диапазоне от 0 до 300) [6, 15].

Для количественной оценки пролапса тазовых органов использовали стандартизованную классификацию POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), разработанную ICS в 1996 г.

Кроме того, при гинекологическом осмотре оценивали тургор промежности по следующей методике: указательный палец вводится во влагалище, а большой палец позиционируют в области промежностного шва, оценивается толщина промежности между исследующими пальцами. Далее пальпаторно оценивается тонус промежности, для чего большой палец поочередно устанавливают слева и справа от промежностного шва, а пациентку просят напрячь тазовое дно: степень сокращения мышц промежности определяют субъективно (нормальный тонус, тонус снижен, тонус отсутствует). Наконец, определяется степень дистопии мышц тазового дна: во влагалище вводят один, затем два пальца левой руки, методично увеличивая расстояние между ними (аналогично исследованию степени открытия маточного зева), и просят пациентку сжать введенные пальцы мышцами промежности. Минимальная позиция, при которой исследователь ощущает тонус промежности, отражает степень дистопии мышц тазового дна. Мнение о послеродовой характеристике тонуса мышц промежности составляют по числу фаланг исследующих пальцев, ощущающих тонус в минимальной позиции [5].

Также при гинекологическом осмотре проводили кашлевую пробу с полным мочевым пузырем (150–200 мл) в положении на гинекологическом кресле. Пациентке предлагают покашлять, повторив три кашлевых толчка

3–4 раза, в промежутках между сериями кашлевых толчков необходим полный вдох. Проба положительна при подтекании мочи при кашле.

В обязательном порядке всем пациенткам проводили бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала и уретры, цитологические исследования соскобов с поверхности шейки матки и цервикального канала. Только при отсутствии патологии пациентки продолжали дальнейшее участие в исследовании.

Проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) промежности с целью выяснения состояния тазового дна, при котором оцениваются высота сухожильного центра промежности, отсутствие или наличие диастаза леваторов, сохранность мышечных пучков, ширина *m. bulbospongiosus*. Однако мы считаем, что данный метод не может объективно оценить состояние тазового дна у пациенток спустя короткий промежуток времени после родов, т. к. травматизация промежности даже при физиологических родах присутствует (не говоря о тех пациентках, которым в родах проводили рассечение промежности и у которых заживление тканей требует определенного времени для оценки тазового дна с помощью УЗИ в дальнейшем).

Результаты исследования

Средний возраст пациенток 1-й группы – $29,9 \pm 2,7$ года, период после родов составил $3,2 \pm 1,04$ мес. Средний возраст пациенток 2-й группы – $28,3 \pm 3,02$ года, период после родов составил $2,9 \pm 0,7$ мес.

Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, анамнезу, наследственности, особенностям менструальной и детородной функций, наличию сопутствующей патологии.

У всех обследованных нами пациенток были жалобы, причем принципиальных отличий в их частоте не было. В 1-й группе 5 пациенток (25%) предъявляли жалобы на тяжесть в нижних отделах живота, 7 (35%) – на дискомфорт во влагалище, 3 (15%) – на чувство инородного тела во влагалище, у 5 пациенток наблюдалось сочетание симпто-

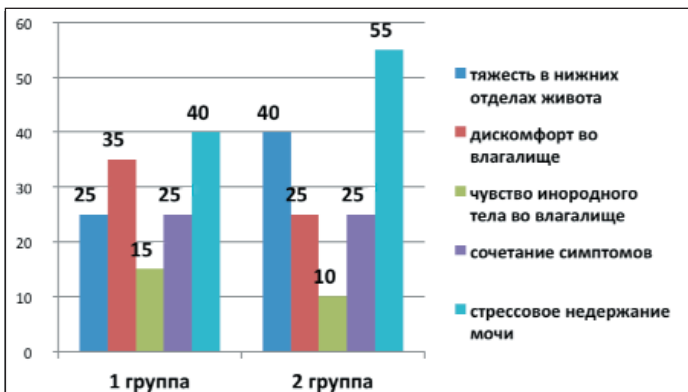


Рис. 1. Частота встречаемости жалоб у пациенток 1-й и 2-й групп (в %)

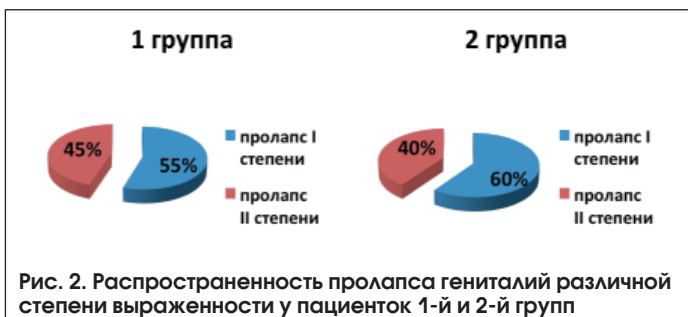


Рис. 2. Распространенность пролапса гениталий различной степени выраженности у пациенток 1-й и 2-й групп

мов. Стрессовое недержание мочи было выявлено у 8 больных (40%) (рис. 1).

Во 2-й группе 8 пациенток (40%) жаловались на тяжесть в нижних отделах живота, 5 (25%) – на дискомфорт во влагалище, у 2 (10%) отмечались жалобы на чувство инородного тела во влагалище, у 5 (25%) – сочетание симптомов. Стрессовое недержание мочи было выявлено у 11 больных (55%) (рис. 1).

На основе анализа опроса пациенток с использованием PFDI-20 были получены следующие результаты: у больных 1-й группы – в среднем $65,7 \pm 15,2$ балла (от 44 до 92 баллов), у больных 2-й группы – в среднем $73,4 \pm 12,8$ балла (от 48 до 96 баллов).

При гинекологическом осмотре у пациенток диагностировали пролапс гениталий I и II степени выраженности: в 1-й группе у 11 (55%) – пролапс I степени, у 9 (45%) – II степени; во 2-й группе у 12 (60%) – пролапс I степени, у 8 (40%) – II степени (рис. 2).

По результатам оценки тургора промежности в 1-й группе у 16 пациенток (80%) он был снижен, у 4 (20%) – отсутствовал, во 2-й группе у 17 пациенток (85%) был снижен, у 3 (15%) – отсутствовал.

Интересно отметить, что в литературе имеются данные о том, что степень выраженности пролапса гениталий далеко не всегда определяет характер жалоб, предъявляемых пациентками [2, 3, 5]. Однако в нашем исследовании у пациенток и 1-й, и 2-й группы была обнаружена положительная высокая корреляционная связь между выраженностью жалоб и степенью пролапса гениталий – 0,68 и 0,73 соответственно.

После обследования пациенткам 1-й группы был предложен для тренировки мышц промежности тренажер Magic Kegel Master (вагинальный тренажер), который они использовали согласно инструкции 2 раза в день в течение 6 мес.

Спустя 3 и 6 мес. от начала исследования мы оценивали жалобы больных, проводили опрос с использованием PFDI-20 и гинекологический осмотр.

В 1-й группе через 3 мес. использования вагинального тренажера сохранялись жалобы у 9 больных (45%), тяжесть в нижних отделах живота беспокоила 6 больных (30%), дискомфорт во влагалище испытывали 3 больные (15%). Сочетание симптомов отсутствовало, жалобы на чувство инородного тела в области влагалища не предъявлялись. Симптомы стрессового недержания мочи наблюдались у 4 пациенток (20%) (табл. 1).

У пациенток этой же группы спустя 6 мес. использования вагинального тренажера только у 4 (20%) были жалобы на дискомфорт во влагалище, и только 1 пациентка (5%) предъявляла жалобы на симптомы стрессового недержания мочи (табл. 1).

Во 2-й группе через 3 мес. динамического наблюдения после родов жалобы сохранялись у 14 пациенток (70%), из них на тяжесть в нижних отделах живота жаловались 7 пациенток (35%), дискомфорт во влагалище беспокоил 3 (15%), сочетание симптомов наблюдалось у 4 (20%). Симптомы стрессового недержания мочи были выявлены у 9 пациенток (45%).

Через 6 мес. у пациенток 2-й группы у 9 (45%) сохранялись жалобы, из них у 6 (30%) – на чувство тяжести в нижних отделах живота, у 3 (15%) – на дискомфорт во влагалище. У 4 больных (20%) наблюдались симптомы стрессового недержания мочи.

При анализе результатов, представленных в таблице 1, обращает на себя внимание значительное уменьшение количества жалоб у пациенток 1-й группы, которые применя-

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 ХФТ-0010



Влагалищные конусы «StepFree»



Интерактивный тренажер Magic Kegels Master



ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА» Тел./факс: +7 495 788-77-46, www.ru486.ru
интернет-магазины: www.arabin24.ru, www.repro21.ru

реклама

Таблица 1. Частота встречаемости жалоб у пациенток 1-й и 2-й групп в начале исследования и через 3 и 6 месяцев после него

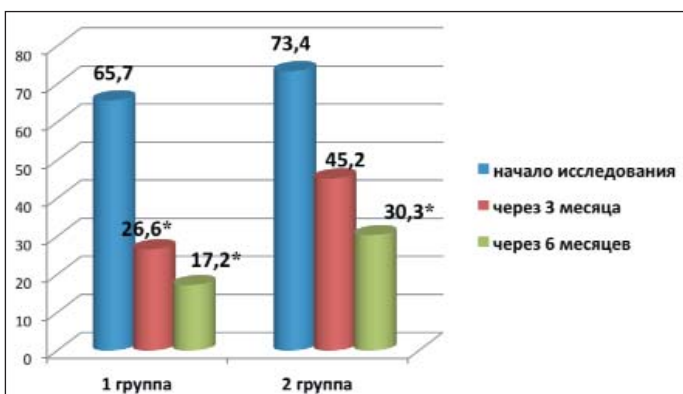
Жалобы	1-я группа (n=20)			2-я группа (n=20)		
	Начало	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Начало	Через 3 мес.	Через 6 мес.
Тяжесть в нижних отделах живота	5 (25%)	6 (30%)	-	8 (40%)	7 (35%)	6 (30%)
Дискомфорт во влагалище	7 (35%)	3 (15%)	4 (20%)	5 (25%)	3 (15%)	3 (15%)
Чувство инородного тела во влагалище	3 (15%)	-	-	2 (10%)	-	-
Сочетание симптомов	5 (25%)	-	-	5 (25%)	4 (20%)	-
Итого	20 (100%)	9 (45%)	4 (20%)	20 (100%)	14 (70%)	9 (45%)
Стрессовое недержание мочи	8 (40%)	4 (20%)	1 (5%)	11 (55%)	9 (45%)	4 (20%)

ли вагинальный тренажер. Уже спустя 3 мес. количество жалоб у них уменьшилось в 2 раза. Более значимые результаты отмечались через 6 мес. от начала использования вагинального тренажера. При сравнении с исходными данными количество жалоб уменьшилось в 5 раз, а встречаемость симптомов стрессового недержания мочи – в 8 раз.

У пациенток 2-й группы, у которых проводилось динамическое наблюдение за их состоянием, также наблюдалось уменьшение количества жалоб, но только в 1,4 раза. Через 6 мес. количество жалоб уменьшилось лишь в 2 раза от исходного уровня, такая же ситуация наблюдалась и со стрессовым недержанием мочи.

Спустя 3 и 6 мес. от начала исследования мы также оценивали результаты, полученные в ходе опроса с использованием PFDI-20. У пациенток 1-й группы через 3 мес. использования вагинального тренажера количество баллов составило $26,6 \pm 7,3$ (от 14 до 38 баллов), спустя 6 мес. – $17,2 \pm 4,2$ (от 12 до 26 баллов). У пациенток 2-й группы через 3 мес. динамического наблюдения количество баллов составило $45,2 \pm 13,2$ (от 22 до 68 баллов), через 6 мес. – $30,3 \pm 11,3$ (от 18 до 52 баллов) (рис. 3).

Обращает на себя внимание тот факт, что при использовании вагинального тренажера уже спустя 3 мес. отмечается достоверное улучшение субъективных ощущений, спустя 6 мес. – более значительные изменения. У пациенток 2-й группы также отмечались постепенное улучшение состояния и уменьшение жалоб, но достоверные результаты были получены только спустя 6 мес. Остальные женщины, у которых спустя 6 мес. динамического наблюдения сохранялись жалобы, попали в группу риска по прогрессированию пролапса гениталий в последующем.



* $p < 0,05$ при сравнении с исходным уровнем

Рис. 3. Анализ результатов опросника PFDI-20 у пациенток 1-й и 2-й групп через 3 и 6 месяцев от начала исследования (в баллах)

При оценке тургора промежности через 3 мес. от начала исследования у 7 больных (35%) 1-й группы было отмечено его снижение, отсутствие тургора отмечено не было. Через 6 мес. использования вагинального тренажера снижение тонуса мышц промежности было выявлено у 4 больных (20%), что в 5 раз меньше по сравнению с исходными данными (рис. 4).

Во 2-й группе были получены следующие результаты: через 3 мес. наблюдения снижение тонуса мышц промежности наблюдалось у 14 пациенток (70%), тонус отсутствовал у 3 больных (15%). Через 6 мес. наблюдения снижения тургора промежности было выявлено у 10 пациенток (50%), его отсутствие – у 2 (10%). Таким образом, во 2-й группе через 6 мес. наблюдения нарушения со стороны тургора промежности были у 12 больных (60%), что всего лишь в 1,6 раза меньше по сравнению с исходными данными (рис. 4).

Заключение

Таким образом, анализируя все полученные результаты, можно сделать вывод о том, что даже после физиологических родов пациенткам угрожает развитие пролапса гениталий в дальнейшем. Частота симптомов в течение 6 мес. динамического наблюдения после родов снижается, и тонус мышц промежности постепенно восстанавливается, но значительно медленнее, чем при использовании вагинального тренажера. Поэтому с целью профилактики развития и прогрессирования пролапса гениталий целесообразно использовать для тренировки мышц промежности вагинальный тренажер в режиме 2 раза в день через 2–3 мес. после родов в течение как минимум 6 мес., что достоверно быстрее восстановит тонус мышц после родов.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

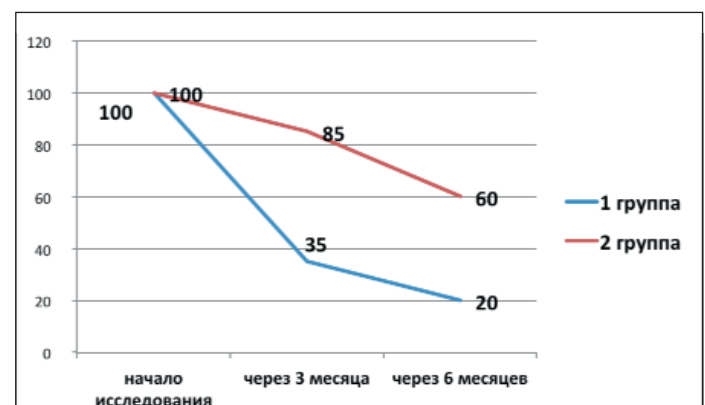


Рис. 4. Частота встречаемости нарушения тургора промежности у пациенток 1-й и 2-й групп в различные периоды в ходе исследования (в %)