

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

- ©*Субанова Н. А., Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, nargiza.subanova@bk.ru*
- ©*Стакеева Ч. А., SPIN-код: 7382-3760, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, stakeeva@bk.ru*
- ©*Субанова Г. А., SPIN-код: 3914-4317, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Ош, Кыргызстан, guljamal1967@mail.ru*
- ©*Кадырбекова А. М., Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Ош, Кыргызстан, Kadyrova2302@icloud.com*
- ©*Кенжебаева Г. К., Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Ош, Кыргызстан, kenjebaeva1970@mail.ru*

FAILURE OF PELVIC FLOOR MUSCLES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

- ©*Subanova N., I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan, nargiza.subanova@bk.ru*
- ©*Stakeeva Ch., SPIN-code: 7382-3760, I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan, stakeeva@bk.ru*
- ©*Subanova G., SPIN-code: 3914-4317, Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training, Osh, Kyrgyzstan, guljamal1967@mail.ru*
- ©*Kadyrbekova A., Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training, Osh, Kyrgyzstan, Kadyrova2302@icloud.com*
- ©*Kenzhebaeva G., Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training, Osh, Kyrgyzstan, kenjebaeva1970@mail.ru*

Аннотация. На сегодняшний день проблема пролапса гениталий остается актуальной в связи с высокой частотой встречаемости данного заболевания. Пролапс на сегодня становится одной из серьезных проблем гинекологии, внимание к которой возрастает с каждым годом. В современной отечественной и зарубежной литературе имеются достаточно разноречивые сведения о частоте пролапса тазовых органов (от 4,5% до 30% в популяции). В последние годы во всем мире регистрируется значительный рост числа пациенток, страдающих пролапсом гениталий. Известно, что за медицинской помощью обращаются далеко не все женщины, имеющие анатомические изменения со стороны поддерживающего аппарата тазового дна. В данной статье рассматривается распространенность пролапса тазовых органов, выявленная путем анкетирования и, далее, подтвержденная при гинекологическом осмотре. Анкета имеет доказанную эффективность по выявлению заболевания на его ранних стадиях. В структуре жалоб, согласно анкетирования больше половины женщин с пролапсом гениталий (62,3%), отметили мочевою инконтиненцию. Диспареуния беспокоила 52,2% женщин, тазовая боль — 48,3% опрошенных. В статье представлен ряд функциональных тестов, обеспечивающих раннюю диагностику генитального пролапса и выбор соответствующего подхода в лечении данной патологии.

Abstract. To date, the problem of genital prolapse remains relevant due to the high incidence of this disease. Prolapse today is becoming one of the serious problems of gynecology, attention to which is increasing every year. In modern domestic and foreign literature, there are quite contradictory data on the frequency of pelvic organ prolapse (from 4.5 to 30% in the population). In recent years, a significant increase in the number of patients suffering from genital prolapse has been recorded worldwide. It is known that not all women who have anatomical changes in the supporting apparatus of the pelvic floor seek medical help. This article discusses the prevalence of pelvic organ prolapse, identified by questioning and, further, confirmed during a gynecological examination. The questionnaire has a proven effectiveness in detecting the disease in its early stages. In the structure of complaints, according to the survey, more than half of women with genital prolapse (62.3%) noted urinary incontinence. Dyspareunia bothered 52.2% of women, pelvic pain — 48.3% of the respondents. The article presents a number of functional tests that provide early diagnosis of genital prolapse and the choice of an appropriate approach in the treatment of this pathology.

Ключевые слова: пролапс, дисфункции, тазовое дно, недержание мочи, качество жизни.

Keywords: prolapse, dysfunction, pelvic floor, urinary incontinence, quality of life.

Введение

Пролапс гениталий (ПГ) — синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании, который крайне негативно отражается на качестве жизни пациенток. Согласно мировым данным от 2,9% до 53% женщин отмечают те или иные проявления ПГ [4, 7]. До 47% больных пролапсом тазовых органов — это женщины трудоспособного возраста [5]. В большинстве случаев ПГ протекает практически бессимптомно, что свидетельствует о его большей распространенности в популяции [1]. Однако при наличии симптомов ПГ каждая 5-я женщина имеет риск быть прооперированной к 60 годам по поводу ПГ либо недержания мочи [2].

ПГ выявляется 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, 3]. Очевидно, что объективное излечение болезни не есть единственная цель, поскольку важно ощущает ли улучшение сам пациент. В связи с этим при обследовании пациентов с ПГ задачей клинициста является выяснение связи между многочисленными и разнообразными жалобами и объективной картиной заболевания. Но важно какие именно симптомы преобладают и насколько они влияют на качество жизни больных с данным диагнозом. При этом следует отметить, что начальные формы ПГ проявляются в репродуктивном возрасте: у 65% больных — между 30 и 45 годами, у 19% больных — до 30 лет, и лишь у 17% — после 50 лет. По мере прогрессирования заболевания появляются и усугубляются функциональные нарушения [6, 8].

Проблема несостоятельности тазового дна глобальна и, конечно, сводится не только к ухудшению качества сексуальных отношений, что чаще всего волнует молодых женщин, она медленно прогрессирует, и к 40–50 годам не менее 40% всех женщин страдают от выпадения тазовых органов — пролапса гениталий. Самым первым симптомом заболевания является зияние половой щели при разведении бедер в покое или при напряжении. Такое состояние является первым и самым ранним признаком пролапса гениталий. Ранними симптомами начинающегося пролапса являются также: хлюпающие звуки при половом контакте, недержание мочи при напряжении, попадание воздуха во влагалище при физических упражнениях, слабая прерывистая струя или разбрызгивание мочи при мочеиспускании. По менталитету центральноазиатских стран большинство женщин не могут подробно рассказать

свои жалобы, и по этой причине самым эффективным является специальный адаптированный опросник, для исследования качества жизни и выявления ранних клинических проявлений ПГ.

Цель данного исследования: изучить частоту встречаемости пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста в Кыргызстане и оптимизировать стандарт его ранней диагностики.

Методы и материалы исследования

Работа проведена в два этапа. Для изучения возможности ранней диагностики пролапса гениталий на первом этапе исследования сплошным методом было проведено анкетирование 257 сотрудниц дошкольных и школьных учреждений городов Бишкек и Ош, и ряда районов Ошской области. Критерии отбора: женщины репродуктивного возраста (15–49 лет). Все анкетированные самостоятельно заполняли адаптированный опросник «Пролапс (тазовых органов), дисфункции (тазового дна) и качество жизни» (ПД-КЖ), который был взят из King's Health Questionnaire. На втором этапе, для клинического подтверждения ПГ, всем женщинам проведена визуальная и пальпаторная оценка промежности (визуальная оценка степени смыкания половой щели, анатомическое состояние промежности, растяжение вульварного кольца) и функциональные тесты (проба Вальсальвы, проба с натуживанием, кашлевая проба, определение тонуса и силы мышц тазового дна).

Техника проведения исследования: обычное гинекологическое кресло, хорошем освещении, осмотр гениталий в перчатках. Далее проводится визуальная оценка 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. 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.

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

– *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 разведении (в сантиметрах) или введенных нескольких пальцев в поперечном положении (их количество).

Для определения *силы мышц тазового дна* был использован пневматический цифровой перинеометр iEASE XFT-0010 (Shenzhen XFT Electronics, Китай).

Статистический анализ данных использовали при помощи MS Excel.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования, согласно данным анкетирования, у 149 (58,0%) женщин были выявлены признаки пролапса гениталий. На этапе проведения стандартных и дополнительных методов исследования пролапс гениталий был выявлен у 156 (60,7%) женщин.

Средний возраст пациенток составил $34 \pm 1,5$ лет и находился в интервале 25–42 лет. ИМТ у пациенток не превышал 28,2. Все пациентки были рожавшими, большая часть из них имела роды через естественные родовые пути — 87,9%, путем операции кесарево сечение были родоразрешены 12,1% женщин. Медиана количества родов составила 3 и варьировала от 1 до 5 родов. Средний вес плода составил 3291,73 г. Разрывы промежности в родах имели 62,1% женщин, в том числе у 54,9% травмы в родах возникали повторно, в 18,4% случаев промежность не было восстановлена. В гинекологическом анамнезе миома матки выявлена у 8,9% женщин с пролапсом гениталий; воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) — у 85,8%; гиперпластический процесс эндометрия — у 8,4% женщин.

В структуре жалоб, согласно анкетирования (первый этап исследования), больше половины женщин с пролапсом гениталий (62,3%) отметили мочевою инконтиненцию, диспареуния беспокоила 52,2% женщин, тазовая боль — 48,3% опрошенных (Рисунок 1).

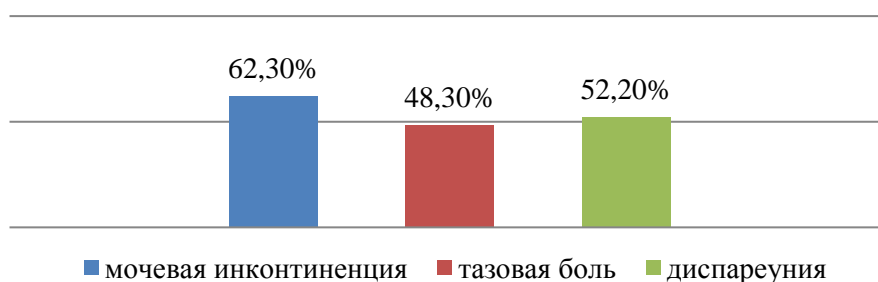


Рисунок 1. Структура жалоб пациенток, согласно анкетированию

Визуальная оценка смыкания или степени зияния половой щели. У 40,0% женщин состояние половой щели отмечено, как «половая щель зияет», «приоткрыта» — у 20,6%, «сомкнута» — 39,2%. Анатомическое состояние промежности (деформация и истончение). В каждом третьем случае (35,7%) выявлены деформация промежности, в 28% случаях — истончение промежности.

Определение тонуса и силы мышц тазового дна. Проба на сжатие отсутствовала у каждой четвертой женщины (28%), слабо выраженной была отмечена у 41,6%, хорошая — у 30,3%.

Слабое сопротивление растяжению отмечена у 23,7% обследуемых, умеренная — в 43,5% случаях, хорошая — в 32,6% (Рисунок 2).

Таким образом, такие методы оценки состояния тазового дна, как визуальная оценка смыкания или степени зияния половой щели, определение анатомического состояния промежности являются доступными и достоверными методами ранней диагностики пролапса гениталий.

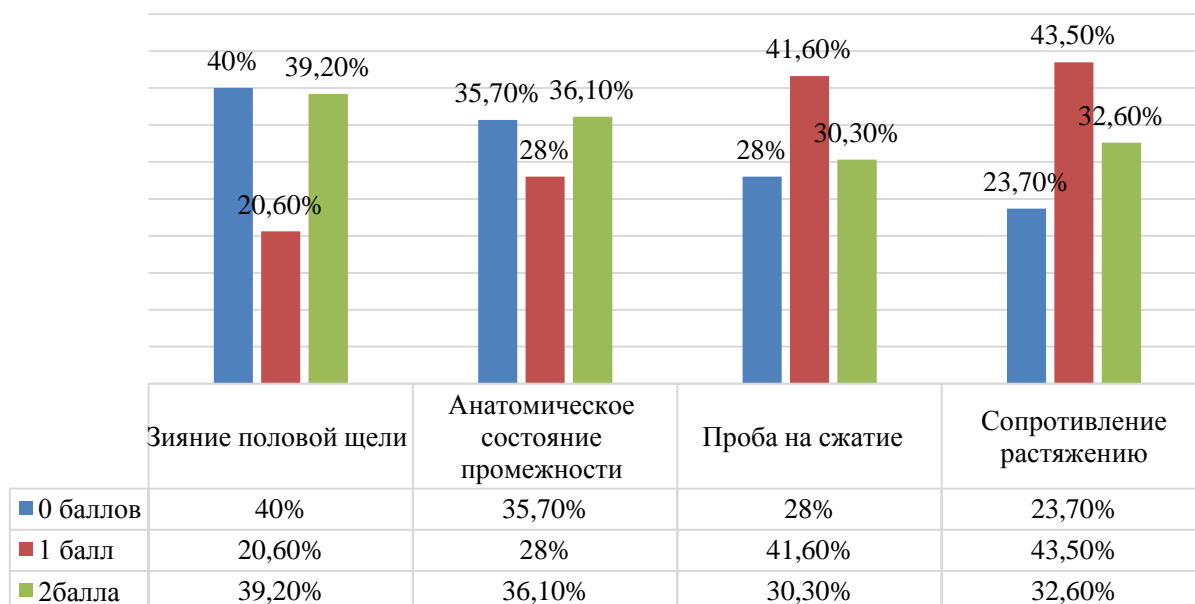


Рисунок 2. Оценка состояния промежности (тазового дна)

Кашлевой тест и проба Вальсальвы были положительными у 61% женщин.

Для подтверждения или исключения несостоятельности мышц тазового дна дополнительно был применен такой метод исследования, как измерение силы мышц тазового дна пневматическим перинеометром.

Оценка состояние промежности оценивалась по балльной шкале. Оценка: 7–8 баллов — хорошее состояние промежности; 5–6 — начальные признаки несостоятельности промежности; 3–4 — умеренные признаки несостоятельности промежности; 0–2 — выраженная несостоятельность промежности.

Данное исследование выявило, что большая часть женщин (62,7%) имели оценку 6–7, что свидетельствует начальным признакам несостоятельности промежности.

При оценке клинических проявлений пролапса гениталий установлено, что чаще всего отмечается опущение передней стенки влагалища — 49,1% случаев, в то время, как опущение задней стенки влагалища выявлено в 29,5% случаях, а опущение обеих стенок влагалища — в 21,4% случаях. Пролапс гениталий I степени был диагностирован у 47,2% женщин, пролапс гениталий II степени — у 45,4%, пролапс гениталий III степени — у 8,3% обследуемых.

Выводы

Результаты проведенного нами анализа позволяют сделать некоторые частные выводы, представляющие интерес для нашего исследования. Так комбинация тестов, направленных на определение предикторов пролапса гениталий, начиная с ранних признаков проявления заболевания, многообразна. В ходе анализа данных анкетирования и дополнительных методов исследования отмечено, что анкетирование может быть использовано, как первичный

скрининг несостоятельности мышц тазового дна. Стоит отметить, что стрессовое недержание мочи и гиперактивность мочевого пузыря являются наиболее ранним и частым признаком ПГ, что является следствием опущения передней стенки влагалища. Можно полагать, что тщательное выявление женщин с признаками несостоятельности тазового дна позволит своевременно проводить возможные профилактические мероприятия по предупреждению развития более тяжелых форм ПГ, требующих хирургической коррекции.

Список литературы:

1. Баисова Э. И. Выбор метода оперативного лечения пролапса матки: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999. 24 с.
2. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Петрова В. Д. Комбинированное лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и недержанием мочи с применением антистрессовых технологий. М., 2003. 41 с.
3. Ward R. M., Edwards D. R. V., Edwards T., Giri A., Jerome R. N., Wu J. M. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review // *American journal of obstetrics and gynecology*. 2014. V. 211. №4. P. 326-335. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.04.006>
4. Garshasbi A., Faghihzadeh S., Fallah N. The status of pelvic supporting organs in a population of Iranian women 18–68 years of age and possible related factors // *Archives of Iranian Medicine*. 2005. №2.
5. Nygaard I., Barber M. D., Burgio K. L., Kenton K., Meikle S., Schaffer J. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women // *Jama*. 2008. V. 300. №11. P. 1311-1316. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1311>
6. Thakar R., Stanton S. Management of genital prolapse // *Bmj*. 2002. V. 324. №7348. P. 1258-1262. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7348.1258>
7. Samuelsson E. C., Victor F. A., Tibblin G., Svärdsudd K. F. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors // *American journal of obstetrics and gynecology*. 1999. V. 180. №2. P. 299-305. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70203-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70203-6)
8. Barber M. D., Kuchibhatla M. N., Pieper C. F., Bump R. C. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders // *American journal of obstetrics and gynecology*. 2001. V. 185. №6. P. 1388-1395. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.118659>

References:

1. Baisova, E. I. (1999) Choice of method of surgical treatment of uterine prolapse: authoref. M.D. diss. Moscow, 24. (in Russian).
2. Krasnopolsky, V. I., Buyanova, S. N., & Petrova, V. D. (2003) Combined treatment of patients with prolapse and prolapse of internal genital organs and urinary incontinence using anti-stress technologies. Manual for doctors. Moscow, 41. (in Russian).
3. Ward, R. M., Edwards, D. R. V., Edwards, T., Giri, A., Jerome, R. N., & Wu, J. M. (2014). Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 211(4), 326-335. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.04.006>
4. Garshasbi, A., Faghihzadeh, S., & Fallah, N. (2005). The status of pelvic supporting organs in a population of Iranian women 18-68 years of age and possible related factors. *Archives of Iranian Medicine*, (2).

5. Nygaard, I., Barber, M. D., Burgio, K. L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J., ... & Pelvic Floor Disorders Network. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *Jama*, 300(11), 1311-1316. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1311>
6. Thakar, R., & Stanton, S. (2002). Management of genital prolapse. *Bmj*, 324(7348), 1258-1262. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7348.1258>
7. Samuelsson, E. C., Victor, F. A., Tibblin, G., & Svärdsudd, K. F. (1999). Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *American journal of obstetrics and gynecology*, 180(2), 299-305. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70203-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70203-6)
8. Barber, M. D., Kuchibhatla, M. N., Pieper, C. F., & Bump, R. C. (2001). Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(6), 1388-1395. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.118659>

Работа поступила
в редакцию 10.09.2022 г.

Принята к публикации
15.09.2022 г.

Ссылка для цитирования:

Субанова Н. А., Стакеева Ч. А., Субанова Г. А., Кадырбекова А. М., Кенжебаева Г. К. Несостоятельность мышц тазового дна у женщин репродуктивного возраста // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №10. С. 166-172. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/83/21>

Cite as (APA):

Subanova, N., Stakeeva, Ch., Subanova, G., Kadyrbekova, A., & Kenzhebaeva, G. (2022). Failure of Pelvic Floor Muscles in Women of Reproductive Age. *Bulletin of Science and Practice*, 8(10), 166-172. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/83/21>