

Перинеальный птоз. Возможности коррекции.

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ИНМФО
к.м.н. Гриценко И.А.

18.09.2020 г.

По данным M.D. Moen (2014), в настоящее время 11-30% женского населения земного шара нуждаются в оперативной коррекции нарушений тазового дна, и почти 30% операций на тазовом дне проводятся по поводу рецидива болезни.

В структуре плановых показаний к оперативному лечению пролапсы занимают 3е место после доброкачественных опухолей и эндометриоза.

(Манухин И.Б. и др., 1999)

Начальная стадия пролапса



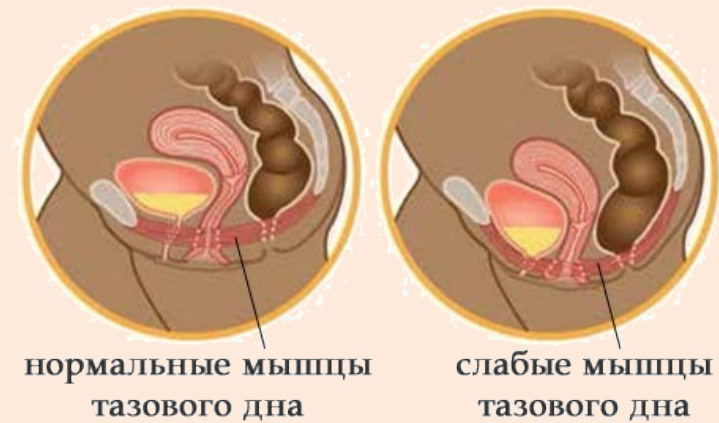
СИМПТОМЫ:

- Нарушение микрофлоры влагалища;
- Нарушения мочеиспускания;
- Расстройство сексуальной функции (диспареуния, снижение либидо, аноргазмия);
- Колоректальная дисфункция;
- Механические симптомы;
- Заниженная самооценка.

Синдромом несостоятельности тазового дна принято считать совокупность гистоархифункциональных дефектов тазового дна на любом уровне (генетическом, гистохимическом, анатомическом, функциональном). Именно эти дефекты составляют основу ВСЕХ пролапсов тазовых органов – базового синдрома перинеологии.

Причины

- Беременность, роды и акушерский травматизм
- Недостаточность лигаментарной системы
- Недостаточность клетчатки
- Хроническое повышение внутрибрюшного давления
- Нарушение кровообращения малого таза
- Дефицит эстрогенов (гормональный дисбаланс)
- Дисплазия соединительной ткани
- Тяжелый физический труд
- Метаболический синдром.



НОРМАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА по DeLancey

Поддержка I уровня

- Апикальная

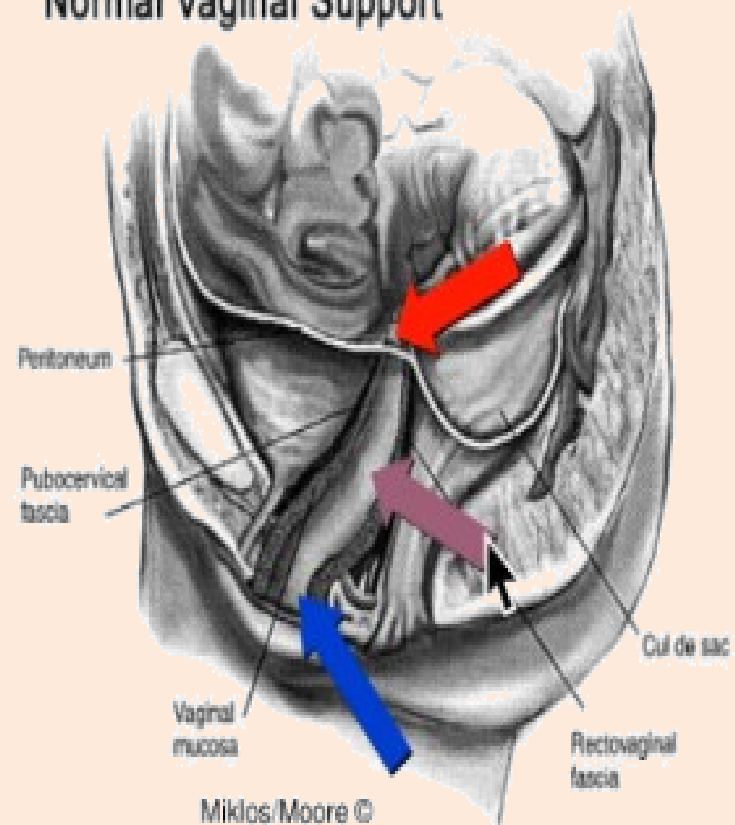
Поддержка II уровня

- Поперечная/
горизонтальная

Поддержка III уровня

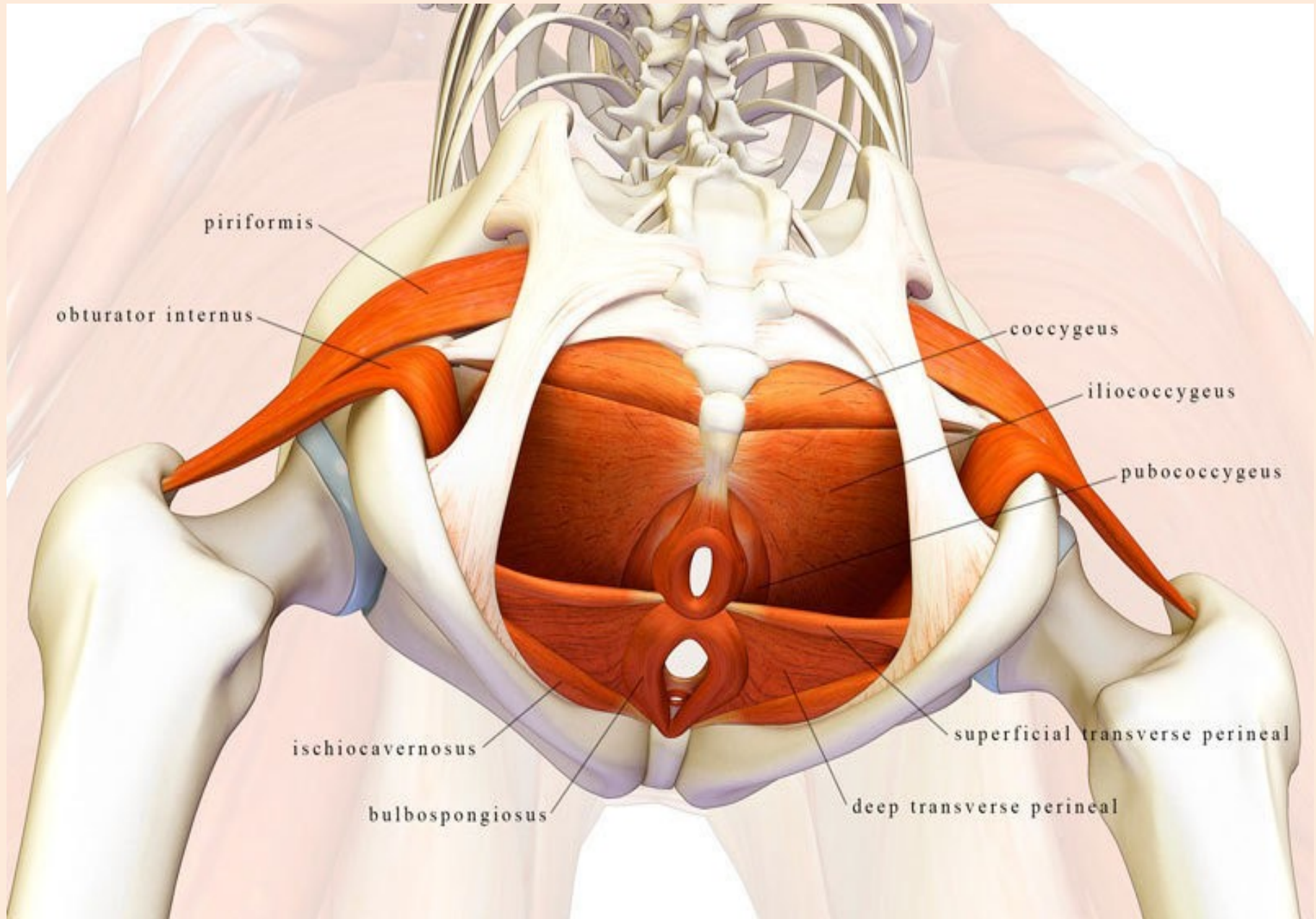
- Промежностное тело

Normal Vaginal Support



Поддерживающий аппарат малого таза и клинико-анатомическая форма пролапса

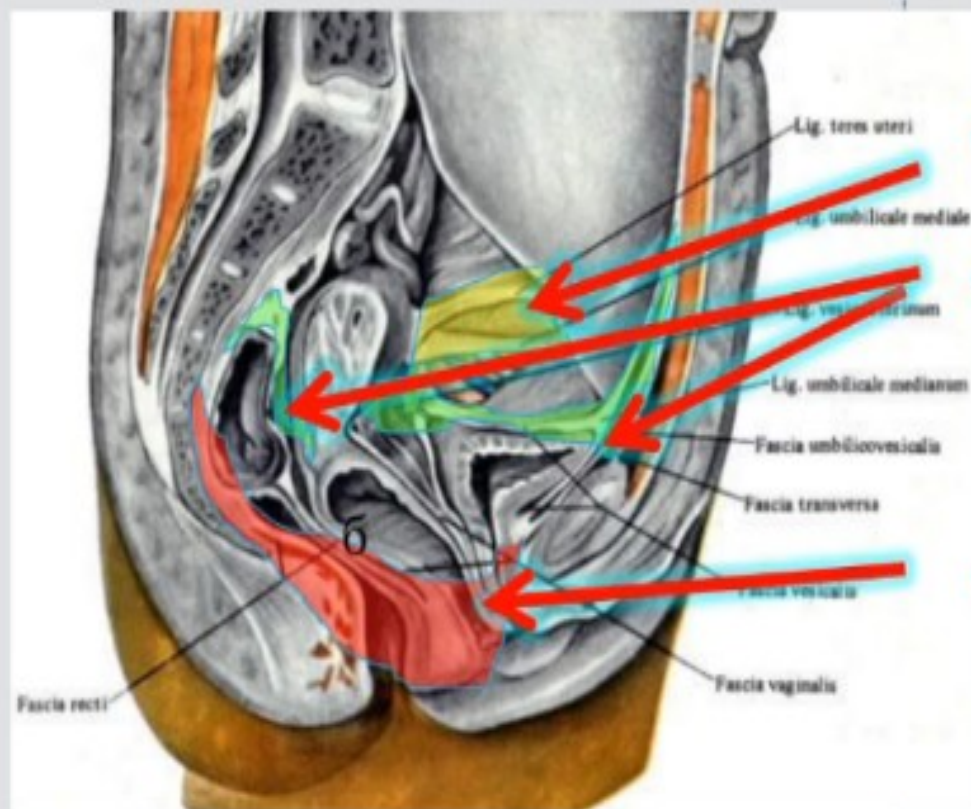
Уровень	Поддерживающие структуры	Клинико-анатомические проявления
I	Кардинальные и крестцово-маточные связки	Опущение матки и проксимальной 1/3 влагалища, а также купола влагалища после гистерэктомии, энтероцеле
II	Перивезикальная и периуретральная фасция, пузырно-тазовые и уретро-тазовые связки, пубоуретральные связки. Ректо-вагинальная перегородка, периректальная фасция. Сухожильная дуга тазовой фасции	Цистоцеле, уретроцеле, гипермобильность уретры, НМПН. Ректоцеле, энтероцеле. Паравагинальные дефекты
III	Мышцы тазовой и урогенитальной диафрагм, сухожильный центр промежности	Несостоятельность мышц тазового дна, зияние hiatus genitalis, промежностная грыжа НМПН





Норма топографии малого таза

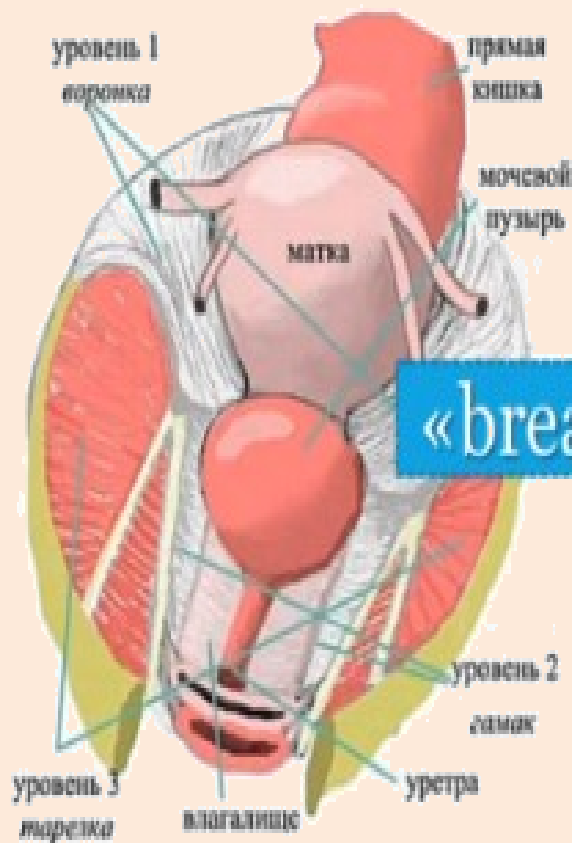
- **Аппараты:**



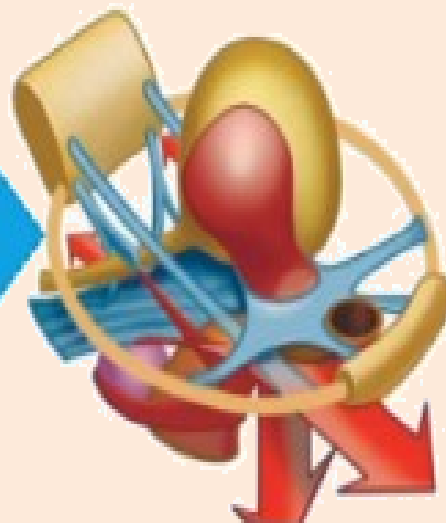
- Подвешивающий
- Фиксирующий
- Поддерживающий

Увеличение мощности структур

Предел прочности фиксирующего аппарата матки ~ 300 mg/mm²



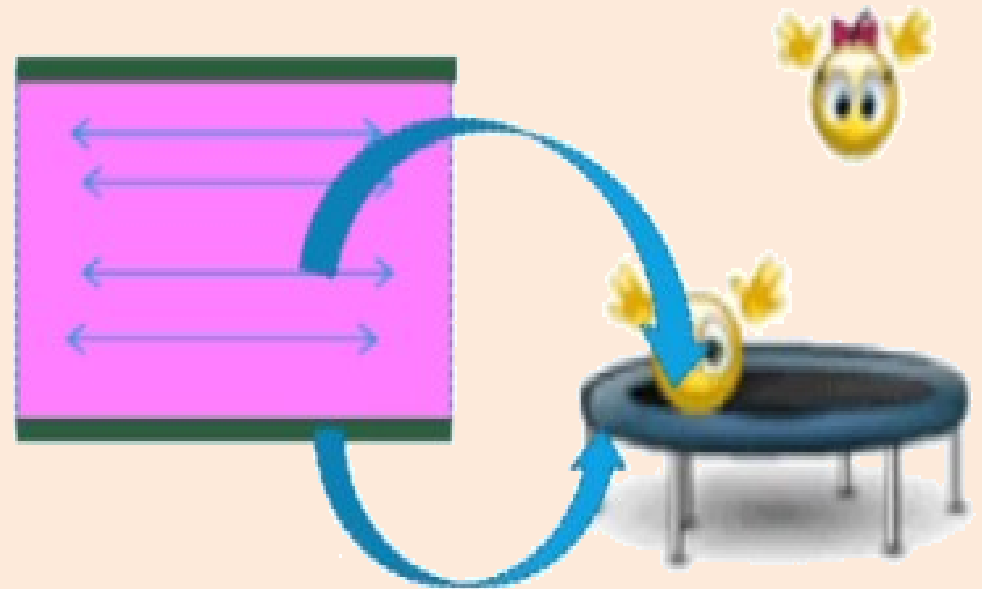
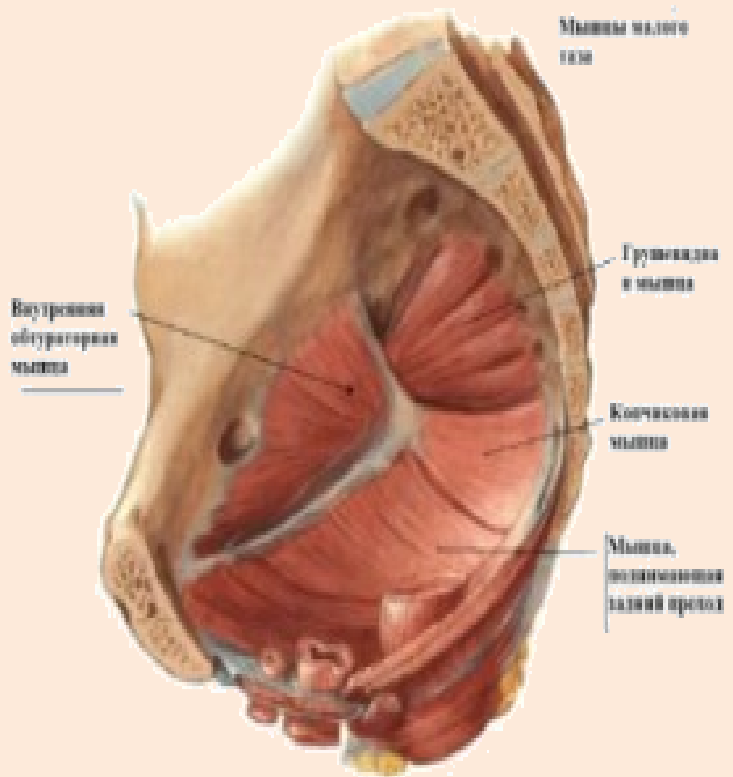
«breakage force»



* DeLancey, 2002; Sivaslioglu A., 2017

* DeLancey, 2002; Sivaslioglu A.,

Поддерживающий аппарат матки – битканевая структура.



Мышцы&Фасции – единство противоположностей!

Пролапс, который заставляет пациентку обратиться к врачу



Послеродовая реабилитация:

- Ранняя – использование пессария
- Поздняя
 - тренировка мышц тазового дна (после дообследования)
 - Электромиостимуляция
 - БОС – терапия
 - Восточные танцы

Изучена клиническая
эффективность консервативных
методов коррекции перинеального
птоза и оценка качества жизни
женщин с данной патологией.

Критерии включения:

- возраст 42-73 года;
- наличие противопоказаний к хирургической коррекции;
- отказ от хирургического вмешательства.

Пессарий (гинекологический)

Съемное устройство, помещаемое во влагалище, для восстановления его топографии.

(механическое препятствие внутрибрюшному давлению и гравитации путем создания опоры)

Показания:

- невозможность оперативного лечения;
- временный отказ от хирургической тактики;
- профилактика усугубления после родов

АРНОЛЬД КЕГЕЛЬ (ARNOLD HENRY KEGEL)

Родился 24 февраля 1894 г. в США, Айова

Сфера деятельности - гинекология

Звание - доктор медицины

Достижения - В 1947 году Кегель запатентовал тренажер Промежностометр или Перинеометр Кегеля, с помощью которого можно было измерять силу мышц промежности и тазового дна.

В 1952 году ученый разработал упражнения Кегеля, направленные на тренировку мышц промежности.

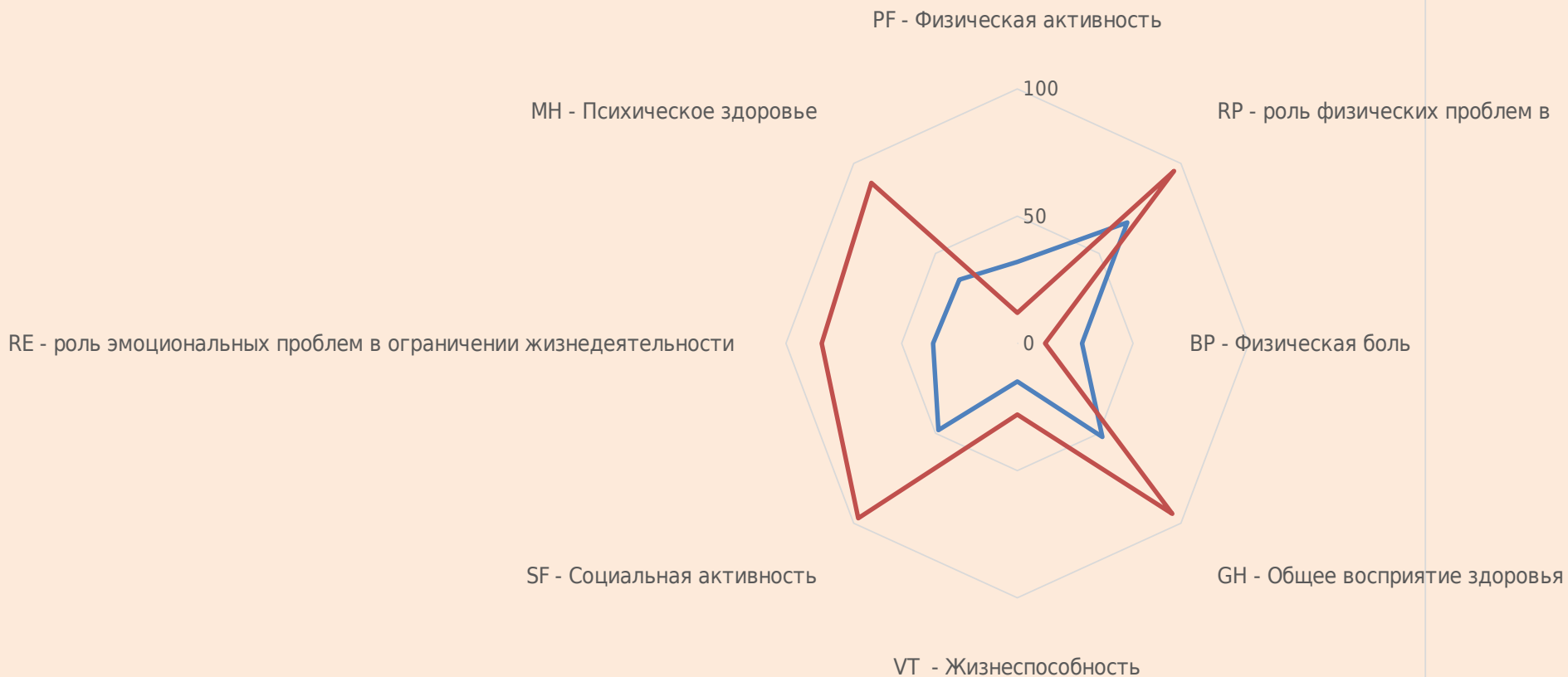


Динамическая оценка комплексного метода лечения пациенток с генитальным пролапсом

Жалобы	Частота выявления, %		
	до лечения	через 6 месяцев	через 12 месяцев
Затруднение при мочеиспускании	23 (71,8%)	7 (21,8%)	4 (12,5%*)
Ощущение инородного тела в области промежности	21 (65,6%)	0	0
Бактериальный вагиноз	18 (56,25%)	9 (28,1%)	4 (12,5%*)
Сила мышц тазового дна	55 ± 5 mm Hg	67 ± 6 mm Hg	71 ± 4 mm Hg*
Длительность статического сокращения мышц тазового дна	20 ± 10 сек	120 ± 14 сек	*260 ± 42 се* * * *

Состояние здоровья обследуемых

- до использования предлагаемой методики коррекции
- через 6 месяцев наблюдения



Согласно рекомендациям Международного общества по менопаузе (2016г), изменение образа жизни и тренировка мочевого пузыря эффективны при ургентном недержании мочи.

Тренировка мускулатуры тазового дна является эффективным методом профилактики несостоятельности мышц и ее последствий – недержания и пролапса органов.

THE VULVODYNIA GUIDELINE (ISSVD)

Воздействие на боль, устранение триггерных ее механизмов гинекологическими методами:

Работа с вагинальными мышцами

Местные обезболивающие средства
(многоуровневая инфильтрационная
анестезия области вульвы и входа во
влагалище)

Психосексуальное консультирование,
сексуальная терапия

Психотропные препараты (антидепрессанты)

Когнитивно- поведенческая терапия



К настоящему времени эффективность тренировки мускулатуры тазового дна подтверждена большим количеством независимых научных исследований (PMID: 15791633 [PubMed — indexed for MEDLINE]; PMID: 23076935 [PubMed — indexed for MEDLINE]) и др.

В некоторых обзорах даже не обсуждается обоснование применения тренировки, а речь идет о выборе наиболее эффективного подхода для нее (PMCID: PMC2997838).



Постулат перинеологии:

Половая щель даже
после родов не
должна зиять.

**Благодарю
за внимание!**



**Специализированный
прием
*«сохранение,
восстановление и
реабилитация тазового
дна»*
проводит врач акушер-
гинеколог, к.м.н.
Гриценко Ирина
Анатольевна**