

# Роль и место гинекологического массажа в профилактике разрывов промежности в родах и опущения тазовых органов после родов\*

М.Г.Шнейдерман<sup>1</sup>, Т.А.Тетерина<sup>1</sup>, И.А.Аполихина<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Гинекологическое отделение восстановительной терапии ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава РФ, Москва;

<sup>2</sup>ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава РФ

**Р**азрывы промежности в родах и опущение внутренних половых органов после родов являются крайне нежелательными осложнениями в процессе родов и в послеродовом периоде, сопровождают каждые 5-е роды, причем у первородящих в 2–3 раза чаще, чем у повторнородящих. Именно от эластичности мышц промежности зависит исход родов.

Эластичность мышц промежности может снижаться под влиянием нескольких факторов, приводящих к разрывам:

- возраст роженицы старше 35 лет, особенно если она первородящая;
- неэластичные ткани у первородящих старше 30 лет;
- недостаточная защита промежности при выведении головки и плечиков ребенка;
- крупный плод;
- развитая мускулатура промежности (например, у спортсменок);
- рубцы на промежности, причиной которых послужили травмы во время предыдущих родов или полученные в результате пластических операций;
- высокая промежность (расстояние между задним проходом и входом во влагалище более 7–8 см);
- быстрые и стремительные роды;
- несвоевременно оказанная или неправильно оказанная акушерская помощь, а также невыполнение роженицей указаний врача и акушера;
- воспалительный процесс во влагалище (кандидоз);
- отек промежности, возникающий при слабости родовой деятельности и длительных потугах;
- родоразрешение с помощью оперативного вмешательства (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец);
- различные нарушения костного строения таза, при которых сужен выход из малого таза [1].

## Проблемы

Профилактика таких осложнений – цель данной статьи. Разрывы промежности в родах с последующим хирургическим лечением могут быть толчком к развитию опущения тазовых органов со всеми негативными последствиями.

Опущение стенок влагалища и матки, и даже их выпадение, является не только медицинской, но и социальной проблемой. Порой это заболевание нарушает нормальную жизнедеятельность женщины во многих аспектах: семейном, личном, профессиональном, сексуальном и др.

В настоящее время существуют десятки хирургических методов, направленных на устранение неправильного положения половых органов, однако применение консервативных методов профилактики осложнений в родах и послеродовом периоде является наиболее важным и актуальным.

## Анатомические структуры

Для лучшего понимания методов профилактики послеродовых осложнений необходимо прежде всего остановиться на анатомических структурах, определяющих физиологическое положение тазовых органов.

Фиксирующий аппарат внутренних гениталий можно разделить на 3 комплекса:

1. Подвешивающий комплекс – круглые, широкие, собственные и подвешивающие связки яичника.
2. Закрепляющий аппарат – соединительнотканые тяжи с небольшим количеством мышечных клеток, которые идут от нижнего отдела матки к мочевому пузырю, боковым стенкам таза и кзади в виде соединительнотканного остова крестцово-маточных связок.
3. Поддерживающий комплекс – мышцы и фасции тазового дна, которые не дают внутренним органам смещаться вниз, вызывая развитие опущения и выпадения [2].

На анатомических образованиях поддерживающего аппарата стоит остановиться подробнее, поскольку эти структуры являются основными для понимания механизма развития опущения органов малого таза и профилактики разрывов промежности во время родов.

Промежность – комплекс мягких тканей (кожа, мышцы, фасции) с сосудами и нервами в пределах от заднего прохода до наружных половых органов (perineum). В более широком смысле слова под промежностью понимают ромбовидную область, расположенную ниже дна полости малого таза и ограниченную спереди лобковым сращением, сзади – верхушкой копчика, с боков – седалищными буграми. Линией, соединяющей наиболее выступающие точки обоих седалищных бугров (linea bischiadica), эта область, в свою очередь, делится на 2 области: переднюю мочеполовую (regio urogenitalis) и заднюю заднепроходную (regio analis). Часть дна полости малого таза, расположенная в пределах regio urogenitalis, получает название мочеполовой диафрагмы (diaphragma urogenitale s. trigonum urogenitale), у женщин ее прободает влагалище. Другую часть тазового дна в пределах regio analis называют диафрагмой таза (diaphragma pelvis): через нее проходит конечная часть прямой кишки. Diaphragma pelvis и diaphragma urogenitale образуются мышцами и фасциями малого таза.

Diaphragma pelvis образуют 2 парные мышцы: мышца, поднимающая задний проход (t. levator ani), и копчиковая мышца (m. coccygeus), а также непарная наружная мышца, сжимающая задний проход (m. sphincter ani externus).

1. Мышца, поднимающая задний проход (m. levator ani), – парная, плоская, тонкая мышечная пластинка, залегает в малом тазу и имеет приблизительно форму треугольника. Она делится на 2 части: лобково-

\*Статья впервые была опубликована в журнале «Гинекология» №4, 2012 г.

копчиковую мышцу (*m. pubococcygeus*) и подвздошно-копчиковую (*m. iliococcygeus*).

Функция: поднимает дно полости таза.

2. Копчиковая мышца (*m. coccygeus*) в виде треугольной пластинки располагается на внутренней поверхности (*lig. sacrospinale*). Начинается узкой верхушкой от седалищной кости, широким основанием прикрепляется к боковым краям нижних крестцовых и копчиковых позвонков. Передний край мышцы вместе с задним краем *m. levator ani* образуют сплошной мышечный пласт.

3. Наружная мышца, сжимающая задний проход (*m. sphincter ani externus*), – непарная, залегает под кожей, окружая заднепроходное отверстие.

Внутренние пучки этой мышцы, превышая своей массой наружные, кольцеобразно окружают нижний отдел прямой кишки и влетают сверху в *m. levator ani*.

Функция: при сокращении сжимает задний проход.

Мочеполовая диафрагма (*diaphragma urogenitale*), или мочеполовой треугольник (*trigonum urogenitale*), – фиброзно-мышечная пластинка трапециевидной формы. Она располагается под нижним краем *symphysis ossium pubis*, выполняя пространство, ограниченное с боков нижними ветвями лобковых и седалищных костей. При этом между *symphysis ossium pubis* и мочеполовой диафрагмой остается выполненная соединительной тканью небольшая щель, через которую проходит *v. dorsalis clitoridis*.

Мочеполовой треугольник состоит из верхней фасции мочеполового треугольника (*fascia trigoni urogenitalis superior*), нижней фасции (*fascia trigoni urogenitalis inferior*) и заложеной между ними глубокой поперечной мышцы промежности (*m. transversus perinei profundus*).

Поперечная мышца промежности, глубокая (*m. transversus perinei profundus*), плоская, имеет форму трапеции.

Функция: фиксирует мочеиспускательный канал. Кроме того, способствует выделению секрета бартолиновых желез.

У переднего края мочеполовой диафрагмы проходят сосуды и нервы (*aa. clitoridis, vv. pudendae internae, nn. dorsales clitorides*) и впереди нее – мышцы собственно наружных половых органов: седалищно-пещеристая мышца (*m. ischiocavernosus*), кнутри от последней – луковично-пещеристая мышца (*m. bulbocavernosus*) [3].

### Профилактика разрывов промежности в процессе родов

Методике гинекологического массажа посвящены сотни трудов отечественных и зарубежных ученых. Работы таких медиков, как Н.Какушкина, В.И.Здравомыслова, И.И.Бенедиктова, М.Г.Шнейдермана, внесли большой вклад в развитие и популяризацию практического применения гинекологического массажа. Но, к сожалению, до настоящего времени нет работ, посвященных методике гинекологического массажа в качестве профилактики разрывов промежности во время родов и предупреждению опущения половых органов в послеродовом периоде.

Промежность наиболее часто подвергается травме во время прохождения головки плода через родовые пути [4].

Высота промежности обычно составляет 30–60 мм. Короткая промежность (меньше 30 мм) и длинная промежность (более 60 мм) встречаются у 18% женщин (*R.Zemcik, University of West Bohemica, Czech Republic*).

Частота разрывов промежности в родах не зависит от длины промежности, а напрямую связана с состоянием тканей промежности (тургор, эластичность), врожденной слабостью связочного и мышечного аппарата тазового дна, застойными сосудистыми наруше-

ниями в малом тазу, повышением внутрибрюшного давления и др. [1].

Для профилактики разрывов промежности и опущения тазовых органов у беременных рекомендуется делать массаж промежности с 28-й недели беременности 1 раз в неделю, с 34-й недели – 2 раза в неделю, а с 38-й недели – 4–5 раз в неделю [5].

Наряду с этим не следует забывать, что имеется целый ряд противопоказаний проведения массажа промежности при беременности. Заболевания и состояния, при которых абсолютно противопоказано проведение массажа промежности:

- инфекционные заболевания слизистой влагалища (вагинит, герпес, кандидоз и др.);
- острые и подострые воспалительные заболевания органов малого таза;
- угроза прерывания беременности (тонус матки, подтекание околоплодных вод и др.);
- цистит;
- истмико-цервикальная недостаточность;
- низкое расположение плаценты;
- геморрой;
- кожные заболевания в области промежности.

Во избежание неприятных последствий массаж промежности должен делать опытный акушер-гинеколог, и женщине необходимо лежать на кушетке с несколько приподнятым тазом [6].

Многочисленные рекомендации в Интернете, в которых говорится о том, что беременная может сама себе делать массаж промежности в положении стоя, поставив одну ногу на стул с введением пальцев во влагалище или привлекая для этого своего мужа, недопустимы и опасны.

Как и в классическом массаже, при массаже промежности используют 4 основных приема:

- поглаживание;
- растирание;
- растяжение;
- вибрация.

Каждый из этих приемов в отдельности или в сочетании могут чередоваться во время сеанса массажа.

На данном этапе в медицинской литературе нет описания техники массажа промежности у беременных. В связи с этим ниже подробно описываются приемы массажа, применяемые с целью укрепления тазового дна, предупреждения разрывов промежности и профилактики опущения тазовых органов.

### Техника

Техника проведения массажа включает в себя 3 приема:

1. Ручное растирание и поглаживание наружных отделов промежности для повышения тонуса и гиперемии тканей.
2. Растяжение ткани задней спайки и боковых стенок влагалища и входа во влагалище.
3. Вибрационный массаж наружных тканей промежности и наружного сфинктера заднего прохода (*m. sphincter ani externus*) [7].

Безусловно, каждый из этих приемов, особенно вибрационный, можно проводить при отсутствии противопоказаний и спокойном течении беременности.

Итак, начинается процесс массажа с кругового поглаживания и растирания тканей промежности двумя пальцами правой руки (обязательное применение стерильных перчаток и массажного растительного масла), чередуется с точечными надавливаниями в этой области. Эти манипуляции делаются 2–3 мин. Движения должны быть легкими и плавными и не причинять женщине болезненных и неприятных ощущений. Затем следует переходить к массажированию входа во влагалище и легкому растяжению пальцами 2 рук задней спайки и боковых стенок влагалища.

Для этого пальцы «внутренней» руки проводят маятникообразные движения по задней и боковым стенкам влагалища на глубину 1 см от входа во влагалище (при этом слизистая влагалища как бы распрямляется), и массируются мышцы промежности. Эти манипуляции делаются 1–2 мин, затем производятся круговые движения по передней и боковым стенкам влагалища. Движения должны быть легкими и медленными. Круговые движения производят по направлению от входа во влагалище на глубину 2 см, повторяя эти движения 10–15 раз. Затем, не вынимая пальцы из влагалища, совершают давление на область задней спайки, при этом женщина синхронно с нажатием сжимает мышцы влагалища. Сделав 5 таких тракций, производят пятикратное давление на боковые стенки передней трети влагалища (синхронно женщина сжимает вход во влагалище). Таким образом, происходит «тренировка» и укрепление мышц промежности и мышцы, поднимающей задний проход. В течение всей процедуры массажа этот прием следует повторять 3–4 раза.

На следующем этапе пальцами 2 рук производится растяжение входа во влагалище в области нижней трети половой щели и задней спайки. Тракции производятся 5–6 раз плавно и без усилий.

Далее можно переходить к вибрационному массажу.

### Вибрационный массаж

Прикрываем чистой салфеткой наружные половые органы и вибратором массируем область задней спайки и «круговую» мышцу влагалища, избегая соприкосновения с областью клитора. Достигается это следующим образом: пальцами «внутренней» руки под головку вибратора «поддаются» ткани промежности в области задней спайки, а затем ткани (по всей толщине) правой и левой половых губ. При этом происходит массаж и укрепление «круговой» мышцы влагалища, повышается эластичность и упругость тканей входа во влагалище и мышц промежности, усиливается кровоснабжение, улучшаются активные реакции сосудистого и нервного аппарата.

Вибрационный массаж боковых стенок влагалища и мышц промежности проводится специальным удлиненным влагалищным вибратором не глубже чем на 2 см от входа во влагалище. Следует на вибратор надевать специальный презерватив, который смазывается гелем-любрикантом. Массаж удлиненным влагалищным вибратором проводится по задней и боковым стенкам нижней трети влагалища маятникообразными движениями слева-направо и справа-налево с легким нажимом в течение 1–2 мин.

На этом процедура массажа заканчивается. Женщине совсем не обязательно после массажа какое-то время лежать на спине.

Общая длительность проведения массажа при данных состояниях возможна до 7–10 мин [8].

Е.Меi-дан и соавт. изучили эффективность перинеального массажа на 234 первородящих в слепом контролируемом проспективном исследовании. Женщин разделили на 2 группы: группу контроля и группу, в которой с 34-й недели беременности ежедневно проводили массаж промежности до родов [9].

В ходе исследования не было установлено статистически значимой разницы между группами по количе-

ству произведенных эпизиотомий в родах и частотой разрывов промежности. Однако в группе с массажем несколько ниже уровень разрывов I степени.

В другом рандомизированном слепом контролируемом исследовании M.Labrecque и соавт. была также изучена эффективность массажа промежности в III триместре беременности по сравнению с обычной акушерской тактикой. Было включено 1527 беременных, из которых 493 – повторнородящие, а 1034 – первородящие [10].

Массаж проводили с 34 по 35-ю неделю беременности 1 или 2 пальцами, введенными во влагалище на глубину 3–4 см, первоначально в течение 2 мин, затем по 2 мин на каждую стенку влагалища.

Среди первородящих у 24,3% роды прошли через естественные родовые пути без травмы промежности по сравнению с 15,1% в группе контроля (95% доверительный интервал; 3,8–14,6%;  $p=0,001$ ). Однако в отношении количества проведенных эпизиотомий и разрывов III–IV степени среди женщин обеих групп значимой разницы не выявлено.

Среди повторнородящих и женщин группы контроля не выявлено значимой разницы по уровню травматизации промежности.

Необходимо отметить также психологическую составляющую массажа: так, 85% женщин, проводивших массаж промежности во время беременности, рекомендовали бы его другим беременным.

Следовательно, в литературе представлены противоречивые данные относительно эффективности массажа промежности. Однако большинство авторов склоняются к его положительному влиянию, так как данный массаж уменьшает риск травмы промежности у первородящих и может быть рекомендован в качестве профилактики разрывов промежности и опущения органов малого таза в дородовом и послеродовом периодах.

Таким образом, практика проведения массажа промежности при беременности является эффективной и желательной для большинства женщин с высоким риском нарушения целостности промежности во время родов и последующим опущением тазовых органов в послеродовом периоде.

### Литература

1. Пушкарь ДЮ., Гумин ЛМ. Тазовые расстройства у женщин. МЕДпресс-информ, 2006.
2. Бенедиктов ИИ. Гинекологический массаж и гимнастика. Свердловск, 1999.
3. Куничев ЛА. Лечебный массаж. М.: Медицина, 1979.
4. Cardozo L, Staskin D. Pregnancy and childbirth. Textbook of female Urology and Urogynaecology – UK, 2002; p. 977–94.
5. FitzGerald M, Graziano S. Anatomic and functional changes of the lower urinary tract during pregnancy. Urol Clin North Am 2007; 34: 7–12.
6. Пасынков ЕИ. Общая физиотерапия. Букинистическое издание. М., 1969.
7. Шнейдерман МГ. Лечебный гинекологический массаж. М.: Гном и Д, 2003.
8. Шнейдерман МГ. Гинекологический массаж: практическое руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. М.: РИТМ, 2011.
9. Mei-dan E, Walfish A. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. IMAJ 2008; 10: 499–502.
10. Labrecque M. Perineal massage in pregnancy. Such massage significantly decreases perineal trauma at birth. BMJ 2001; 322 (7297): 1277–80.