

Эстетическая гинекология – новое направление в гинекологии

В нашей стране все большую популярность приобретает новая отрасль медицины – эстетическая гинекология. Современные методы эстетической гинекологии, основанные на последних научных достижениях, позволяют решить множество медицинских проблем, связанных с нарушениями в урогенитальном тракте. В рамках форума «Мать и дитя» состоялось заседание, посвященное вопросам эстетической гинекологии и урогинекологии. Были рассмотрены актуальные вопросы эстетической гинекологии, методы диагностики и лечения дисфункций органов малого таза и сексуальных расстройств.



Д.м.н., профессор
И.А. Анополихина

Открыла симпозиум д.м.н., профессор Инна Анатольевна АПОЛИХИНА – руководитель первого в России отделения эстетической гинекологии и реабилитации, которое начало работу в 2016 г. на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (НЦАГиП) им. акад. В.И. Кулакова. В решении проблем эстетической гинекологии используются как инвазивные, так и неинвазивные и малоинвазивные методы. Воздействию подвергаются мышечная, соединительная и слизистая ткани женских половых органов. Среди классических инвазивных методов широко применяется кольпоперинеолеваторопластика для хирургической коррекции опущения и выпадения тазовых органов.

Современные тренды эстетической гинекологии

К неинвазивным (консервативным) методам относятся тренировка мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи, электростимуляция, экстракорпоральная магнитная стимуляция нервно-мышечного аппарата тазового дна, использование влагалищных конусов, тренажеров Кегеля и портативных тренажеров с биологической обратной связью для домашнего использования, применение pessaries Др. Арабин. Для восстановления соединительной ткани и слизистых оболочек при заболеваниях вульвы, влагалища и шейки матки в постменопаузе, улучшения их трофики используют менопаузальную гормональную терапию и радиоволновое воздействие на структуру слизистой вульвы и влагалища.

Широкое распространение получили такие малоинвазивные технологии, как перинеопластика специальными биодеградируемыми нитями, введение филлеров. Одним из малоинвазивных методов лечения стрессового недержания мочи у женщин является периуретральное введение современного объемообразующего средства, состоящего из положительно заряженных микрочастиц декстраномера, стимулирующего эндогенный рост коллагеновых

волокон и выработку гиалуроновой кислоты. Аутологичная плазма, обогащенная тромбоцитами (Platelet Rich Plasma – PRP), – еще один эффективный способ стимуляции регенеративных процессов. PRP-терапия способствует повышению эластичности, ускорению заживления стенок влагалища, усилению метаболических процессов, восстановлению микрофлоры половых органов и чувствительности слизистой у женщин. Эта методика успешно разработана и применяется в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова для лечения женщин со склероатрофическим лишаем, генитоуринарным синдромом в менопаузе и стрессовым недержанием мочи.

В настоящее время лидером в эстетической гинекологии являются лазерные технологии. Лазерное воздействие используется при генитоуринарном синдроме в менопаузе, пролапсе гениталий, недержании мочи, синдроме «растянутого влагалища», диспареунии, сексуальной дисфункции, гиперпигментации, рубцовой деформации промежности и др. С помощью лазера успешно проводят эстетическую коррекцию больших и малых половых губ. В арсенале имеются фракционный CO₂-лазер (методики Мона-



XVII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя»

Lisa Touch, Дека), твердотельный эрбиевый лазер с пиксельным режимом (методики IntimaLase, IncontiLase). Эрбиевый лазер имеет длину волны 2940 нм, а CO₂-лазер – 10 600 нм. При меньших затратах энергии у эрбиевого лазера развивается меньшая глубина проникновения, поэтому его чаще используют для коррекции недержания мочи и синдрома «растянутого влагалища». Фото-термическая реконструкция тка-

ней – главный эффект эрбиевого лазера. В ряде исследований показано, что после термического повреждения фиброзных нитей образуются белки теплового шока и происходит запуск реакций клеточного иммунитета. Развивается асептическое воспаление, что приводит к синтезу фибробластов и активации формирования волокон коллагена и эластина. Реакция клеточного иммунитета продолжается в те-

чение 21 суток, а первые волокна молодого коллагена формируются к 24-м суткам.

В заключение профессор И.А. Аполихина отметила, что эстетическая гинекология как направление медицины получила широкое распространение во всем мире, в том числе России, продолжает активно развиваться, а технологии и методы омоложения интимной области у женщин стали неотъемлемой частью гинекологии.

Достижения пластической хирургии в эстетической гинекологии в XXI в.

Заведующая гинекологическим отделением Центра косметологии и пластической хирургии (Екатеринбург) к.м.н. Елена Владиславовна ПИСКУНОВА подчеркнула ведущую роль гинеколога в решении вопросов эстетической гинекологии. Именно этот врач составляет оптимальный план восстановления функциональных потерь женщины и улучшения ее качества жизни. Тем не менее проблемы эстетической гинекологии требуют междисциплинарного подхода, который подразумевает участие не только гинеколога, но и эндокринолога, дерматолога, косметолога и пластического хирурга.

В центры эстетической гинекологии обращаются женщины разного возраста с анатомическими, травматическими и возрастными изменениями в интимной области. В первую очередь ими движет желание устранить эстетические дефекты, восстановить функциональное состояние слизистой и органов и повысить качество жизни. Многие женщины хотят снизить массу тела, что обуславливает необходимость тесного взаимодействия гинекологов, эндокринологов и пластических хирургов. Вопросы лечения недержания мочи также определяются после консультации смежных специалистов – гинекологов и урологов.

Е.В. Пискунова представила результаты собственного исследования, которое проводилось с целью определения алгоритма и последовательности выполняемых процедур в эстетической гинекологии с целью достижения максимального эстетического результата. В ходе исследования оценивали целесообразность междисциплинарного подхода к проблеме. Пациенток разделили на группы в зависимости от возраста. В первую группу вошли 40 пациенток в возрасте 18–28 лет, во вторую – 30 больных в возрасте 30–37 лет, а в третью – 70 пациенток в возрасте 45 лет и старше. Среди пациенток первой группы был наибольший процент обращаемости по поводу только эстетической коррекции (67%) по сравнению со второй (16%) и третьей (38%) группами. Чаще всего женщины жаловались на стрессовое недержание мочи: 20% в первой группе, 66% во второй, 62% в третьей. В посттравматической коррекции вульвы и влагалища нуждались 16% женщин второй группы. В первой группе у 12,5% молодых женщин были отмечены сочетанные заболевания, такие как врожденные пороки развития (гипоплазия влагалища, неполная перегородка влагалища, связанные с этим репродуктивные потери и т.д.).

В ходе наблюдений был разработан следующий алгоритм подхода к последовательности процедур



К.м.н. Е.В. Пискунова

в эстетической гинекологии. При наличии у пациентки анатомического дефекта прежде всего выполняется хирургическая коррекция (пластика влагалища, перинеопластика, лабиопластика, лифтинг больших половых губ и др.). После хирургического лечения пациентке показаны специальные малоинвазивные и неинвазивные процедуры, направленные на улучшение состояния слизистой вульвы и влагалища, такие как гормональная поддержка и использование лазерных технологий. На завершающем этапе проводятся дополнительные эстетические процедуры – липофилинг собственным жиром или инъекционные методики с объемообразующими средствами.

В заключение Е.В. Пискунова отметила, что эстетическая гинекология является частью комплексной программы антивозрастной терапии, которая активно развивается и ставит перед собой новые перспективные задачи.



Е.А. Горбунова

Генитоуринарный синдром в фокусе внимания эстетической гинекологии

Врач акушер-гинеколог отделения эстетической гинекологии и реабилитации НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова Елена Алексеевна ГОРБУНОВА подробно рассмотрела современные методы диагностики и лечения генитоуринарного синдрома в менопаузе.

Еще на эмбриональном уровне развитие мочевой и репродуктивной систем тесно взаимосвязано. Влагалище, вульва, уретра, мочевой пузырь, структуры тазового дна развиваются из уrogenитального синуса. Принимая во внимание единый источник эмбрионального происхождения, а также общий патогенез развития уретровлагалищной атрофии у женщин на фоне дефицита эстрогенов в постменопаузе, эксперты ведущих международных сообществ по менопаузе в 2013 г. предложили использовать в клинической практике новый термин «генитоуринарный синдром в менопаузе» вместо общепринятого термина «вульвовагинальная атрофия». Согласно современным представлениям, генитоуринарный синдром в менопаузе – это симптомокомплекс. Он включает в себя физиологические и анатомические изменения, возникающие на фоне дефицита эстрогенов и других половых стероидов у женщин в наружных половых органах, промежности, влагалище, уретре и мочевом пузыре. Недостаток эстрогенов ведет к атрофическим

процессам в эпителии влагалища и уретры, снижению содержания в нем гликогена, повышению уровня pH. Возрастает риск развития вагинальных и мочевых инфекций, язв или трещин в мочеполовых органах, повышается частота urgentных позывов, учащенного болезненного мочеиспускания.

В уретрии выделяют три основных слоя: базальный, контактирующий с базальной мембраной, промежуточный и поверхностный. Структура уретрального эпителия сходна с эпителием влагалища. Е.А. Горбунова обратила внимание на то, что уретрий так же чувствителен к эстрогенам, как и слизистая влагалища. Развитие генитоуринарного синдрома в менопаузе способствует прекращению митотической активности клеток слизистой не только влагалища, но и уретры, происходит исчезновение слоя клеток с гликогеном и элиминация лактобацилл во влагалище и мочевыводящих путях.

Большое значение в диагностике генитоуринарного синдрома в менопаузе имеет тщательно собранный анамнез в дополнение к жалобам пациентки. К распространенным симптомам генитоуринарного синдрома относят сухость, зуд, повышенную чувствительность, дискомфорт во влагалище, а также отсутствие лубрикации, болезненность при половом акте (диспареунию), менее интенсивные оргазмы из-за снижения микроциркуляции и снижения чувствительности (сексуальную дисфункцию). У женщин формируются такие нарушения, как атрофический цистоуретрит, недержание мочи, рецидивирующие инфекции мочевых путей, цисталгия, ноктурия, поллакиурия, urgentность.

В ходе гинекологического осмотра оценивают степень вагинальной атрофии с помощью индекса ваги-

нального здоровья, выраженность и степень опущения тазовых органов. Кроме того, необходимо заполнить дневник мочеиспускания, провести кашлевую пробу и пробу Вальсальвы, перинеометрию, ультразвуковое исследование мочевого пузыря, урофлоуметрию, комбинированное уродинамическое исследование и исследование сексуальной функции. Объективно оценить состояние слизистой влагалища можно с помощью оценки индекса созревания влагалищного эпителия.

Как уточнила Е.А. Горбунова, коррекция генитоуринарного синдрома в менопаузе обязательно включает комплекс задач:

- восполнение дефицита эстрогенов;
- нормализация уровня pH слизистой;
- восполнение дефицита лактофлоры;
- профилактика пролапса и недержания мочи;
- улучшение кровоснабжения и увлажнения слизистых;
- стимуляция роста мышечной массы;
- стимуляция синтеза коллагена;
- восполнение дефицита микроэлементов и витаминов.

Менопаузальная гормональная терапия генитоуринарного синдрома в менопаузе может проводиться системно и локально. К системной терапии относятся препараты, содержащие эстрадиол и эстриол. Для локальной менопаузальной гормональной терапии в нашей стране зарегистрированы только препараты, содержащие эстриол. Эстриол – эстроген, обладающий избирательной активностью именно в отношении уrogenитального тракта. Он стимулирует процессы восстановления и обновления слизистой с минимальным риском негативных последствий. При местном применении эстрогенов быстро наступает созревание



XVII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя»

эпителии слизистой влагалища. Через две недели лечения состояние генитального тракта становится близким к пременопаузальному. Максимальный эффект достигается к третьему месяцу терапии. В настоящее время Национальным институтом здоровья и клинического совершенствования Великобритании (National Institute for Health and Clinical Excellence) рекомендовано использовать низкодозированные вагинальные эстрогены женщинам при генитоуринарном синдроме в менопаузе (включая получающих системную менопаузальную гормональную терапию) столь продолжительно, сколько

это будет необходимо для снижения симптомов. Это обусловлено тем, что лечение низкодозированными вагинальными эстрогенами крайне редко сопровождается неблагоприятными эффектами¹.

Особого внимания в терапии генитоуринарного синдрома заслуживают аппаратные методы, в том числе с использованием лазерных технологий. Разработана высокоэффективная неинвазивная методика вагинального омоложения с помощью фракционного фототермолиза.

«Большой опыт по использованию инновационных лазерных технологий в эстети-

ческой гинекологии накоплен в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова», – отметила Е.А. Горбунова. Применение уникальных малоинвазивных фракционных CO₂-лазеров по технологиям MonaLisa Touch и Fem Touch в специальных режимах позволяет эффективно устранить эстетические и функциональные нарушения в интимной зоне у женщин. Обработка слизистой влагалища с помощью этих лазерных методов стимулирует выработку нового коллагена и эластина и способствует быстрому запуску механизмов регенерации и обновления.

Различные маски дисфункции тазового дна у женщин

Дисфункция тазового дна – комплекс нарушений функции связочного аппарата и мышц тазового дна, удерживающих органы малого таза в нормальном положении и обеспечивающих удержание мочи и кала. Разнообразная клиническая картина дисфункции тазового дна с вовлечением в патологический процесс кишечника и мочевого пузыря обуславливает необходимость междисциплинарного подхода к ведению пациенток с участием, помимо гинеколога, уролога, проктолога, сексолога, невролога, физиотерапевта и других специалистов.

Врач акушер-гинеколог отделения эстетической гинекологии и реабилитации НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова, к.м.н. Айна Салаудиновна САИДОВА охарактеризовала наиболее распространенные нарушения, которые могут наблюдаться при дисфункции тазового дна, начав с пролапса (опущения и выпадения) органов малого таза. Клинические симптомы пролапса органов малого таза крайне разнообразны, включают чувство переполнения, ощущение

инородного тела, тяжести, тянущих болей в нижних отделах живота и таза. По мере развития процесса усугубляются и функциональные нарушения, которые часто не только вызывают физические страдания, но и делают пациенток частично или полностью нетрудоспособными.

Опущение и выпадение органов малого таза в большинстве случаев сочетаются с расстройствами мочеиспускания. Недержание мочи у женщин – одно из самых распространенных заболеваний в структуре дисфункции тазового дна. В клинической практике недержание мочи принято подразделять на три основных типа: ургентное, стрессовое и смешанное. Диагностика дисфункции тазового дна включает такие методы оценки функции мышц тазового дна, как влагалищная и аноректальная манометрия, электромиография, вагинальная динамометрия, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, оценка качества жизни и сексуальной функции. Кроме того, рекомендуется проводить комбинированное



К.м.н. А.С. Саидова

уродинамическое исследование (цистометрию, профилометрию, урофлоуметрию).

Методы лечения дисфункции тазового дна подбирают индивидуально в зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания. А.С. Саидова более подробно охарактеризовала методы консервативного лечения. Один из консервативных методов – использование пессариев, например Др. Арабин. Показаниями для их введения являются: стрессовое недержание мочи и пролапс гениталий, когда проведение хирургического вмешательства невозможно или временно нежелательно, а также

¹ Menopause: diagnosis and management. NICE guideline, 2015 // www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-1837330217413.

в послеродовом периоде. Наиболее часто пессарии применяются у пожилых женщин с одним или несколькими сопутствующими заболеваниями, у которых есть противопоказания для операции. Уродинамические изменения, которые наблюдаются при использовании пессария, сопоставимы с теми, что происходят после хирургического лечения. В подтверждение А.С. Саидова привела клинический случай: пациентка 65 лет, пролапс тазовых органов. До введения пессария Др. Арабин максимальная скорость потока составляла 7,4 мл/с, остаточный объем мочи – 241 мл, после установки пессария Др. Арабин максимальная скорость увеличилась до 20,6 мл/с и остаточная моча отсутствовала. Следует отметить, что разнообразные виды пессария Др. Арабин, разработанные для коррекции различных состояний, а также возможность самостоятельного введения делают данный метод лечения незаменимым в урогинекологической практике.

В настоящее время для лечения дисфункции тазового дна успешно применяются лечебные влагалищные тренажеры, например вагинальные конусы. Вагинальные конусы показаны при сниженном тоне мышц тазового дна, недержании мочи. Этот вид лечения рекомендован женщинам для восстановления после родов и при сексуальной дисфункции. Тренировка с вагинальными конусами помогает укрепить мышцы тазового дна и способствует повышению их тонуса.

Женщинам с ургентным недержанием мочи показана тренировка мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи. Метод позволяет восстановить тонус мышц тазового дна, скорректировать замыкательную функцию сфинктеров, восстановить фазу физиологического наполнения и опорожнения мочевого пузыря, улучшить кровообращение в органах малого таза. Современ-

ные устройства, например InTone и InToneMV, представляют собой аппаратно-программные комплексы, позволяющие регистрировать и фиксировать тонус мышц тазового дна с помощью вагинальных и ректальных датчиков в виде электромиографии – сигналов в режиме реального времени. Указанные приборы эффективны не только при лечении дисфункции тазового дна, но и для профилактики ослабления тонуса мышц после родов.

Современные портативные тренажеры с биологической обратной связью для индивидуального использования могут успешно применяться в домашних условиях. В настоящее время доступны различные варианты таких приборов – пневматический тренажер мышц тазового дна (цифровой перинеометр), прибор EmbaGYN™ (электростимулятор мышц тазового дна), тренажеры k-Goal и Magic Kegel Master (имеют множество программ и нагрузок медицинского, общеукрепляющего и оздоровительного характера).

Лечение с помощью двухканального нейромышечного стимулятора BioBravo с вагинальным и ректальным зондами проводят

при недержании мочи и кала легкой и средней степени, сексуальных расстройств, а также с целью стимуляции перистальтики кишечника. Кроме того, лечение показано пациенткам, не способным к самостоятельному сокращению мышц промежности и влагалища. С помощью данного аппарата проводится тиббиальная нейромодуляция (электростимуляция) – раздражение тиббиального (большеберцового) нерва слабым электрическим током у пациенток с ургентным недержанием мочи.

Для экстракорпоральной магнитной стимуляции нервно-мышечного аппарата тазового дна успешно используют систему «Авантрон». При помощи магнитной стимуляции осуществляется безболезненное сокращение и восстановление мышц тазового дна. Магнитные излучатели посылают импульсы под определенным углом. При этом промежность пациентки располагается на основной оси импульсного магнитного поля. Данная методика апробирована и внедрена в практику в отделении эстетической гинекологии и реабилитации НЦАГиП им. В.И. Кулакова.

Заключение

В рамках заседания также были рассмотрены возможности антивозрастной программы в менопаузе и комплексной стратегии профилактики биологического старения, а также преимущества радиоволновой хирургии при гипертрофии малых половых губ у девочек.

Подводя итог, профессор И.А. Аполихина отметила, что эстетическая гинекология предоставляет широкие возможности для коррекции различных нарушений урогенитального тракта (опущения тазовых органов, генитоуринарного синдрома в менопаузе, недержания мочи и сексуальной дисфункции). И прежде

всего это неинвазивные или малоинвазивные методы: гормональная терапия, аппаратные методы, использование пессариев Др. Арабин, лазерные технологии. При этом принципы эстетической гинекологии предусматривают не только коррекцию проблемы с эстетической точки зрения, но и сохранение или восстановление нормального функционирования организма. Таким образом, сформулировано определение эстетической гинекологии – это методы антивозрастной медицины, направленные на сохранение и продление молодости женского организма и его способности к высокому качеству жизни. 🍀

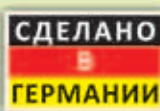
ПЕССАРИИ ДР. АРАБИН (Dr. Arabin) АКУШЕРСКИЕ и УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ



РЕКЛАМА



ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»
 Эксклюзивный дистрибьютор,
 Тел./факс: +7(495) 788-77-46,
www.dr-arabin.ru, www.repro21.ru



Все pessaries
 изготовлены
 из неаллергенного
 гибкого силикона