

Эстетическая гинекология. Сексуальность или функциональность?

Эстетическая гинекология предоставляет широкие возможности для коррекции различных нарушений урогенитального тракта (генитоуринарного синдрома, недержания мочи, сексуальной дисфункции и др.). При этом предусматривается не только эстетическая коррекция, но и сохранение или восстановление нормального функционирования женских половых органов. В рамках симпозиума, организованного при поддержке компании «Аспен», обсуждались функциональные аспекты эстетической гинекологии, наиболее оптимальные подходы к диагностике и лечению заболеваний вульвы, повышению сексуальности и достижению гармонии в семье.



Д.м.н., профессор
И.А. Аполихина

Как отметила Инна Анатольевна АПОЛИХИНА, д.м.н., профессор, 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 эстетической гинекологии применяются как инвазивные, так и неинвазивные и малоинвазивные методы, причем предпочтение отдается наиболее щадящим способам лечения. Среди них такие малоинвазивные технологии, как тренировки мышц тазового дна в режиме биологической обратной связи, PRP-технологии, введение филлеров на основе гиалуроновой кислоты, RF-лифтинг, экстракорпоральная магнитная стимуляция и т.д.

Функциональные аспекты в эстетической гинекологии

Все большее распространение получают лазерные технологии. Они с успехом используются для реабилитации женщин после родов и гинекологических операций, при генитоуринарном синдроме в менопаузе, пролапсе гениталий, недержании мочи, гиперпигментации, рубцовой деформации промежности и др. С помощью лазера проводят эстетическую коррекцию больших и малых половых губ. Действие лазерного луча разнообразно и зависит от характеристики и длины волны лазера. По словам профессора И.А. Аполихиной, наиболее часто в отделении эстетической гинекологии НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова применяется метод фототермической реконструкции тканей. После термического повреждения фиброзных нитей образуются белки теплового шока и запускаются реакции клеточного иммунитета. Развивается асептическое воспаление, что приводит к синтезу фибробластов и активации формирования волокон коллагена и эластина. Поскольку продолжительность реакции клеточного иммунитета составляет 21 день, а первые волокна коллагена формируются к 24-м суткам, дальнейшие процедуры следует проводить

не ранее, чем через три недели. Оптимальный срок – через месяц. Атрофические процессы влагалища и вульвы развиваются, как правило, вследствие недостаточной выработки эстрогенов. Для восстановления соединительной ткани и слизистых оболочек при заболеваниях вульвы, влагалища и шейки матки в постменопаузе, улучшения их трофики используют гормональную терапию. Эстрогеновые рецепторы расположены в уретре, треугольнике Льево, влагалище, мышцах тазового дна и связочном аппарате тазового дна. Эстрогены контролируют синтез и разрушение коллагена, механизм удержания мочи, увеличивают давление в уретре за счет перипуэрального кровоснабжения и расслабляют гладкие мышцы мочевого пузыря. Изменение гормонального фона в постменопаузе затрагивает все органы и системы и может приводить к развитию генитоуринарного синдрома. Новый термин «генитоуринарный синдром в менопаузе» пришел на замену общепринятому термину «вульвовагинальная атрофия» в 2013 г. Согласно современным представлениям, генитоуринарный синдром в менопаузе – это симпто-



Сателлитный симпозиум компании «Аспен»

мокомплекс. 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. Со стороны половых органов синдром проявляется сухостью, зудом, повышенной чувствительностью, а также атрофическим цистоуретритом, недержанием мочи, рецидивирующими инфекциями мочеполовых путей, цисталгией, ноктурией, ургентностью. Страдает и сексуальная жизнь женщины, что приводит к конфликтам в семье.

При генитоуринарном синдроме происходит уплощение сосочков слизистой, она становится гладкой и тонкой, почти исчезает ее складчатость. В области наружных половых органов уменьшаются и фактически исчезают малые половые губы, полностью трансформируются в большие. Толщина эпителия уменьшается практически до нескольких клеток. Снижение уровня эстрогена в периуретральных тканях тазового дна приводит к прогрессирующему снижению кровотока, гиалинизации коллагеновых и фрагментации эластических волокон.

Следствием дефицита эстрогена становятся истончение слизистой, ухудшение кровоснабжения, фрагментация эластических волокон и в итоге атрофия слизистой. Изменяется микробиоценоз влагалища – снижается уровень гликогена и лактобактерий, pH повышается до 5,5–6,8. Изменения сопровождаются ростом патогенной и условно патогенной микрофлоры, инфицированием истонченных атрофических тканей, что может стать причиной развития патологии влагалища и шейки матки

в виде атрофического вагинита, цервицита, стеноза цервикального канала и серозометры.

Для восстановления соединительной ткани и слизистых оболочек при заболеваниях вульвы, влагалища и шейки матки в постменопаузе, улучшения их трофики назначают гормональную терапию. Данные 19 рандомизированных исследований с участием более 4 тыс. пациенток с вульвовагинальной атрофией продемонстрировали абсолютную эффективность локальной эстрогенотерапии¹. Доказан положительный эффект локальной эстрогенотерапии в лечении недержания мочи как в режиме монотерапии, так и в комбинации с системной менопаузальной гормональной терапией. Однако на сегодняшний день системная гормональная терапия не рекомендуется при урогенитальных расстройствах.

Для лечения патологии вульвы, влагалища и шейки матки в постменопаузе используется локальная терапия эстриолом. Эстриол – гормон короткого действия, поскольку он связывается с эстрогеновыми рецепторами в течение двух – четырех часов после интравагинального введения. Эстриол характеризуется самой низкой биологической активностью среди натуральных эстрогенов, селективностью в отношении эпителия шейки матки, влагалища и вульвы, при этом он не вызывает пролиферацию эндометрия. Лечебные эффекты эстриола заключаются в активации пролиферации эпителия влагалища, шейки матки, уретры и шейки мочевого пузыря, восстановлении эпителия при его атрофических изменениях в постменопаузе. Именно эстриол повышает резистентность вла-

галища шейки матки и мочевого пузыря к инфекциям, нормализует pH и микрофлору влагалища, улучшает кровоснабжение нижних отделов половых путей, повышает тонус сосудов и мышц, предотвращает недержание мочи. В постменопаузе локальная терапия эстриолом способствует купированию симптомов гиперактивности мочевого пузыря и стрессового недержания мочи, не приводя к развитию побочных эффектов, возникающих, например, при приеме М-холиноблокаторов. Эстриол после slingовой уретропексии снижает частоту ургентности, которая, по оценкам, в среднем составляет 6%².

В основе локальной терапии эстрогенами при урогинекологических заболеваниях в постменопаузе – солидная доказательная база. Вагинальные эстрогены показаны после оперативного вмешательства (уровень доказательности 2C), при гиперактивности мочевого пузыря (2C) и наряду с кремом с эстриолом при ургентном недержании мочи (2D)¹. Вагинальные эстрогены, в отличие от пероральных эстрогенов, снижают выраженность симптомов недержания мочи (уровень доказательности 1A). Международное общество по менопаузе (International Menopause Society) в качестве первой линии фармакотерапии у женщин при генитоуринарном синдроме и гиперактивности мочевого пузыря рекомендует назначать препараты антимускаринового действия в комбинации с локальными эстрогенами (уровень рекомендации А)³.

Как долго можно проводить менопаузальную локальную гормонотерапию? В настоящее время Национальный институт здоровья и клинического совер-

¹ Weber M.A., Kleijn M.H., Langendam M. et al. Local oestrogen for pelvic floor disorders: a systematic review // PLoS One. 2015. Vol. 10. № 9. ID e0136265.

² Rahn D.D., Ward R.M., Sanses T.V. et al. Vaginal estrogen use in postmenopausal women with pelvic floor disorders: systematic review and practice guidelines // Int. Urogynecol. J. 2015. Vol. 26. № 1. P. 3–13.

³ Baber R.J., Panay N., Fenton A. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // Climacteric. 2016. Vol. 19. № 2. P. 109–150.

шенствования Великобритании (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) рекомендует использовать низкодозированные вагинальные эстрогены женщинам при генитоуринарном синдроме (в том числе тем, кто получает системную менопаузальную гормональную терапию) столько, сколько это будет необходимо для снижения симптомов и профилактики их возникновения в будущем. Это обусловлено тем, что риск возникновения неблагоприятных эффектов на фоне низкодозированных вагинальных эстрогенов близок к среднепопуляционному⁴.

Таким образом, терапию локальными формами эстриола следует назначать женщинам в возрасте 45–55 лет при первых признаках атрофии в зеркалах на осмотре. Для купирования симптомов генитоуринарного синдрома эстриол (Овестин) применяется по стандартной схеме: 0,5 мг (оптимальная доза) на ночь в течение 14 дней. При местном применении эстрогенов быстро наступает созревание эпителия слизистой влагалища. Через две недели лечения состояние генитального тракта приближается к менопаузальному. Далее переходят на поддерживающую профилак-

тическую схему – 0,5 мг на ночь два раза в неделю до следующего планового осмотра гинекологом через год. Как правило, женщины нуждаются в длительном, часто пожизненном применении эстриола.

Одновременно с менопаузальной локальной гормональной терапией необходимо тренировать мышцы тазового дна, чтобы повысить тонус и трофику мышц тазового дна, подвижность суставов тазового пояса и уменьшить недержание мочи. Новая парадигма современной урогинекологии – это тренировка мышц тазового дна в течение всей жизни.



К.м.н.
А.С. Саидова

Более подробно вопросы диагностики и лечения пациенток с генитоуринарным синдромом рассмотрела Айна Салавдиновна САИДОВА, к.м.н., сотрудник отделения эстетической гинекологии и реабилитации НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова. Со стороны вульвы генитоуринарный синдром проявляется потерей волос в области наружных половых органов, уменьшением объема подкожной жировой клетчатки, снижением и потерей дефиниции между большими и малыми половыми губами, укорочением крайней плоти и избыточным обнажением клитора либо его атрофией, сужением входа во

Заболевания вульвы в векторе эстетической гинекологии: от программы обследования к действию

влагалище. Со стороны влагалища – сухостью и недостаточным увлажнением, истончением и потерей эластичности слизистой, уменьшением складчатости слизистой влагалища и уменьшением размеров шейки мочевого пузыря. Со стороны уретры – атрофическими изменениями эпителия уретры и выворотом уретры. Генитоуринарный синдром чреват увеличением риска вагинальных инфекций и возникновения язв, дизурическими проявлениями в виде поллакиурии, ноктурии, гиперактивного мочевого пузыря. Пациентки с генитоуринарным синдромом жалуются на сухость, жжение, постоянный зуд в области наружных половых органов, частые позывы к мочеиспусканию, недержание мочи, кровянистые выделения после полового акта, укорочение и сужение входа во влагалище. В таких случаях необходим тщательный осмотр наружных половых органов методом вульвоскопии. При этом следует оценить не только состояние слизистой оболочки, представленной многослойным плоским эпители-

ем, но и степень опущения или выпадения половых органов.

В ходе комплексной оценки функции тазовых органов также выполняются проба Вальсальвы и кашлевая проба, проводятся Q-tip тест и рН-метрия. Кроме того, оцениваются тонус мышц таза, исследуются бульбокавернозный и анальный рефлекс, сексуальная функция с помощью валидизированных опросников, анализируются данные дневника мочеиспускания. Еще один инструмент диагностики – индекс вагинального здоровья, который позволяет оценить пять параметров влагалища: объем секреции, уровень рН, эластичность мягких тканей, целостность эпителия, увлажненность стенок.

Достоверным методом оценки морфологического состава тканей считается гистологическое исследование биоптата вульвы и слизистой преддверия влагалища. По мнению А.С. Саидовой, можно назвать уникальным такой метод диагностики, как ультразвуковое сканирование кожи, благодаря которому можно выполнить

⁴ Menopause: diagnosis and management. NICE guideline, 2015 // www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-1837330217413.



гинекология

морфофункциональную оценку структуры эпидермиса, дермы, подкожной жировой клетчатки, а также придатков кожи. Патологические участки помогают определить спектры индуцированной лазером аутофлуоресценции слизистой оболочки влагалища.

Особого внимания в терапии генитоуринарного синдрома заслуживают малоинвазивные методы, прежде всего лазерные технологии. Эффективность процедуры зависит в том числе и от адекватности обезболивания.

Перед процедурами на органах малого таза, в частности перед сеансом лазерной терапии, проводится местная или аппликационная поверхностная анестезия. С этой целью используется крем ЭМЛА (лидокаин и прилокаин), который наносится на поверхность наружных половых органов или влагалища толстым слоем, покрывается окклюзионной повязкой и выдерживается пять – десять минут на слизистой половых органов либо 60 минут на коже. Крем ЭМЛА также применяется при удалении остроконечных кондилом вульвы и влагалища. Аппликационная поверхностная анестезия с помощью крема ЭМЛА помогает повысить комфортность проведения процедуры, уменьшает негативную реакцию пациенток на болезненность процедуры, снижает риск возможных осложнений по сравнению с введением анестетиков парентеральным путем. Крем ЭМЛА соответствует всем

требованиям, предъявляемым к топическим анестетикам, поскольку обладает высокой концентрацией, низкой токсичностью, обратимостью действия, быстро впитывается в слизистую и обеспечивает высокий анестезирующий эффект. Кроме того, крем ЭМЛА широко применяется при пластике больших и малых половых губ, влагалища, хирургических операциях при недержании мочи, аугментации точки G, при филлингах, липофиллингах, гименопластике, лазерных процедурах и т.д.

А.С. Саидова привела несколько клинических примеров успешного лечения обратившихся в НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова пациенток со склероатрофическим лишаем и генитоуринарным синдромом.

Пациентка А., 40 лет. Жалобы на сильный зуд в области наружных половых органов, от которого страдала в течение пяти лет. При первичном осмотре половых органов выявлена гиперемия слизистой влагалища и малых половых губ. Предварительный диагноз – склероатрофический лишай – подтвердило гистологическое исследование биоптата. В отделении эстетической медицины и реабилитации пациентке были проведены два сеанса CO₂-лазера. Уже после первого сеанса уменьшилась выраженность симптомов и отсутствовала гиперемия. После лазерных процедур пациентке, несмотря на молодой возраст, была назначена локальная эстрогенотерапия кремом Овестин

(эстриол), по окончании которой запланирован курс инъекций обогащенной тромбоцитами плазмы. А.С. Саидова напомнила схему применения препарата Овестин. При склероатрофическом лишае крем Овестин назначают по одной дозе крема до красной отметки аппликатора каждый день на ночь в течение двух недель, затем по одной дозе на ночь два раза в неделю в течение трех – шести месяцев. Свечи Овестин – по одной свече ежедневно во влагалище один раз в день на ночь в течение одной недели, далее – через день в течение двух недель, затем – два раза в неделю в течение трех – шести месяцев. Пациентка А., 30 лет. На фоне генитоуринарного синдрома у пациентки часто образовывались трещинки в области малой половой губы справа. Пациентке была назначена локальная терапия Овестином для купирования гормонального дефицита и выполнены три сеанса эрбиевым лазером. Лечение позволило предотвратить дальнейшее образование трещин и существенно повысить качество жизни пациентки. При вульвовагинальной атрофии обычно рекомендуется проводить полный курс из трех сеансов лазеротерапии с интервалом 30–60 дней. Однако количество сеансов может меняться в зависимости от степени вагинальной атрофии, наиболее подходящий терапевтический план можно установить с помощью тщательного гинекологического обследования.

Эстетическая гинекология – путь к сексуальности и гармонии в отношениях

Лариса Николаевна ШТАРК, к.м.н., психиатр, сексолог, психотерапевт, определила несколько признаков сексуально зрелой женщины. Один из них заключается в том, что сексуально зрелая женщина хорошо знает свое тело и любит его, легко позволяя партнеру дотрагиваться, целовать и ласкать себя, полностью отдаваясь ощущениям и не

думая при этом о своих недостатках. К сожалению, когда женщина вступает в период перименопаузы, возрастные изменения могут негативно сказаться на ее восприятии себя, уверенности, снизить самооценку, что отразится на сексуальной функции.

В копулятивном цикле женщины выделяют четыре основные стадии: нейрогумораль-



К.м.н.
Л.Н. Штарк

Эстетические гинекологи помогают решить не только эстетические, но и функциональные проблемы, сохраняют и продлевают молодость женщине, обеспечивают ей психологический комфорт. Предлагаются различные способы лечения, при этом предпочтение отдается не инвазивным вмешательствам, а малоинвазивным и консервативным методам: лазерным технологиям, гормональной терапии, введению филлеров и т.п.

ную, психическую, сенсорную и секреторную.

Крайне важна предварительная нейрогуморальная готовность женщины к половому акту. Половая конституция женщины зависит от содержания уровня гормонов, в основном тестостерона. У женщины с эндокринными проблемами, в том числе с пониженным уровнем эстрогенов, влечение изначально будет снижено. Психическая составляющая включается непосредственно к моменту полового взаимодействия. Женщина должна захотеть близости с конкретным мужчиной и быть готовой к половому акту. Для нее важно состояние здоровья половых органов. Та реактивная депрессия, которая может развиваться в результате негативных ощущений, вызванных нарушением мочеиспускания, генитоуринарным синдромом и т.п., может привести к тому, что женщина будет не готова принять ласки и вступить в половую близость.

Психическая стадия уступает место сенсорной, характеризующейся постепенным возбуждением и смазкой влагалища, с последующей секреторной стадией. Однако вследствие генитоуринарного синдрома и других нарушений процесс смазки может быть нарушен. Если половой акт произойдет, женщина будет испытывать болезненные ощущения, которые могут


зафиксироваться в памяти, и в дальнейшем женщина будет испытывать страх перед половой близостью. Даже в том случае, если женщине удастся, например, с помощью лубриканта, избежать боли и достигнуть копулятивной стадии, из-за атрофических изменений в половых органах она не сможет получить полное удовлетворение от полового акта, поскольку у нее не сформируется оргастическая манжетка. Как происходит изменение гениталий в норме при копулятивном цикле? При возбуждении мышцы преддверия влагалища приходят в тонус, половые губы набухают, клитор увеличивается, происходит элевация матки, расширяется задняя часть влагалища и за счет усиления кровенаполнения образуется оргастическая манжетка, которая при наступлении оргазма ритмично сокращается. В случае атрофических изменений этот механизм может быть нарушен.

Сексуальная функция – парная функция. От нелеченых возрастных изменений будет страдать не только женщина, но и мужчина ввиду отсутствия желания у женщины половых контактов с партнером. Кроме того, если мужчина уже вступает в период инволюции, для него перерыв в половых отношениях может оказаться роковым. Это можно объяснить феноменом Н.А. Белова, в основе которого лежит

простато-тестикулярное взаимодействие. Отсутствие опорожнения простаты, уменьшение ее активности как железы с внешней секрецией приводит к подавлению тестикулярной активности, снижению внутрисекреторной активности яичек, что в свою очередь уменьшает выработку секрета в предстательной железе. В молодом возрасте организм с этим справится, но в зрелом возрасте после длительного перерыва восстановить сексуальную функцию мужчины может оказаться затруднительным.

«Таким образом, от гинекологического здоровья женщины и ее психологического самочувствия зависят сексуальное здоровье мужчины и гармония в семье», – констатировала Л.Н. Штарк, завершая выступление.

Заключение

Опущение и выпадение тазовых органов, подтекание мочи при физических нагрузках, кашле, смехе, гиперактивный мочевого пузыря, хроническая изнуряющая тазовая боль – вот неполный перечень тех вопросов, с которыми пациентки обращаются к эстетическим гинекологам. Специалисты помогают решить не только эстетические, но и функциональные проблемы, сохраняют и продлевают молодость женщине, обеспечивают ей психологический комфорт. Гинекологическое здоровье женщины возвращает сексуальную гармонию в семью. Современная эстетическая гинекология предлагает различные способы лечения заболеваний женской половой сферы, при этом предпочтение отдается не инвазивным вмешательствам, а малоинвазивным и консервативным методам: лазерным технологиям, гормональной терапии, введению филлеров, PRP-технологиям, RF-лифтингу и т.п. 

ЭМЛА®

(лидокаин+прилокаин)

ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ КОЖИ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ^{1,2}

- Крем ЭМЛА® позволяет врачу уверенно провести болезненную процедуру с комфортом для пациента.⁴
- В отличие от косметических средств, производителем ЭМЛА® ведётся постоянный мониторинг безопасности препарата.⁶
 - В формулу ЭМЛА® не входят консерванты.¹
 - Крем разрешен для применения от 0 мес.¹

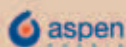
ПРИ КАКИХ ПРОЦЕДУРАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ ЭМЛА®^{1,2}

- БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ ● МЕЗОТЕРАПИЯ ● ЭПИЛЯЦИЯ
- ПИЛИНГ ● ЛАЗЕРНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ● БОТУЛИНОТЕРАПИЯ ● ПЕРМАНЕНТНЫЙ МАКИЯЖ



Литература:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата ЭМЛА® крем для местного и наружного применения (изменение №3 от 13.01.2015). Регистрационное удостоверение лекарственного средства П N014033/01
2. Е.А. Раннева. Применение крема ЭМЛА® 5% в практике дерматокосметолога. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология 2009, №2: 44-49
3. Е.А. Раннева. Применение крема ЭМЛА® в комплексной коррекции косметических недостатков. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология 2010, №2: 48-53.
4. В.Г. Лебедев с соавт. Анестезия в дерматокосметологии. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология 2010, №5: 36-41.
5. Robert A. Koppeil et al. The Efficacy of EMLA® versus ELA-Max for Pain Relief in Medium-Depth Chemical Peeling: A Clinical and Histopathologic Evaluation, Dermatol Surg 2000, 26:61-64.
6. Клинический обзор: клиническое документальное подтверждение по переклассификации ЭМЛА® крем 5% и ЭМЛА® пластырь 5% из рецептурных в нераспорядочные препараты, 14 декабря 2011 (Clinical Overview: Clinical Documentation for Reclassification of EMLA® Cream 5% and EMLA® Patch from Medical Prescription Products to Non-prescription Products, 14 December 2011)



ЭМЛА® товарный знак – собственность компании АстраЗенка, ООО «Аспен Хэлс», 123317, г. Москва, Преображенский наб., д. 6, стр.2, Бизнес-Центр «Империум Тауэр», 31 этаж, телефон/факс: +7 (495) 969-20-51, aspenmedinfo@professionalinformation.co.uk

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА