

Р.С. ШАРЯФЕТДИНОВА

Врач уролог, врач пластический хирург

«ООО «МК Новелла» (Кемерово), ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск),

сертифицированный тренер Нике-Мед (Москва), преподаватель учебного центра УЦПК «Шарм L» (Новосибирск).

Личный опыт применения сочетания хирургических и малоинвазивных методов лечения функциональных и эстетических задач в урогинекологии

Введение

Эстетическая гинекология, урогинекология со времен первых упоминаний о женской интимной пластике в 1978 г и дальнейшей акцентуации на должном внешнем виде области промежности с конца двадцатого века [1] достаточно стремительно шагнула до организации масштабных конгрессов в настоящее время, объединяющих врачей различных специальностей в такие ассоциации, как Международная ассоциация эстетической гинекологии и сексуального благополучия, Ассоциация Специалистов по Эстетической Гинекологии, Ассоциация эстетической гинекологии и андрологии и другие, что свидетельствует о высокой важности данного направления в медицине.

Актуальность

Если проанализировать и структурировать группу пациентов врачей пластических хирургов, гинекологов, урологов, косметологов, занимающихся бьютификацией интимной области у женщин, а также решением функциональных задач и лечением заболеваний женских половых органов, и исключить при этом тяжелые нозологии, к коим в первую очередь, исходя из распространенности в популяции, относятся тяжелые формы пролапса тазовых органов (по данным мировой литературы распространенность достигает 53% [2] с учетом малосимптомных форм), то перечень патологий, послуживших поводом для обращения, следующий: недостаточный или избыточный объем, размеры (гипертрофия или гипоплазия) больших и/или малых половых губ; наличие неровного, деформированного, гиперпигментированного края последних; уменьшение лубрикантных свойств слизистой преддверия, малых половых губ, влагалища и связанные с этим различные формы поверхностной диспареунии; снижение тургора и эластичности кожи промежности, больших половых губ, лобковой области; различные по происхождению (послеродовые, посттравматические, послеоперационные, инволюционные) деформации промежности, снижение ее высоты и дилатация преддверия влагалища; релаксация стенок влагалища, недостаточная конгруентность поверхностей при коитусе; оргазмическая дисфункция; посткоитальный и часто рецидивирующие циститы; недержание мочи.

Материалы и методы

При лечении любой из выше перечисленных групп патологий возможно применение сочетанного подхода, а именно комбинирование оперативного вмешательства, как базового метода коррекции, с одним или несколькими из малоинвазивных методов. Алгоритм применения на сегодняшний день определяется исходя из навыков и опыта работы с малоинвазивными методами коррекции конкретного врача. Стандартизация подходов в эстетической гинекологии, разработка клинических рекомендаций находится на этапе формирования и утверждения, и является непосредственной задачей соответствующих ассоциаций.

В своей клинической практике сочетаю тот или иной вид редуцирующей лабиопластики с применением объем образующих агентов на основе гиалуроновой кислоты. Препаратом выбора является линейка интимных филлеров Риниалл (**Reneall**). Наиболее частые варианты комбинаций с лабиопластикой одномоментно или вторым самостоятельным этапом, являются: объемное моделирование больших половых губ и/или введение филлеров с разными реологическими свойствами и/или биоревитализантов в малые половые губы для повышения lubricации. При поэтапном решении задач аугментация осуществляется через 3-4 недели и позднее после оперативного лечения.

Второй по частоте выполнения процедурой при сочетанном подходе является коррекция оргазмической дисфункции с применением филлеров, что также выполнимо после таких операций, как задняя кольпопластика, кольпоперинеолеваторопластика, пластика малых половых губ, липофиллинг интимной области, так как для восполнения утраченного объема головки клитора, зоны G, препарат на основе гиалуроновой кислоты является оптимальным, а остальные объем образующие агенты по многим параметрам в решении данной патологии уступают.

Коррекция послеродовых и послеоперационных деформаций - это целый блок, где сочетание оперативных методов лечения и малоинвазивных – это вынужденная необходимость, так как низкая эластичность рубцов промежности после стандартных хирургических техник снижает качество жизни (болевого синдром), а также способствует развитию сексуальной дисфункции.



Из-за высокой распространенности пролапса тазовых органов и большой вовлеченности в данную патологию женщин трудоспособного возраста [3], нельзя не осветить возможности малоинвазивных методов коррекции в этих вопросах. Наиболее распространенным оперативным вмешательством в гинекологической практике при лечении пролапсов заднего отдела тазового дна является задняя кольпорафия [4]. Задачей же специалистов эстетической урогинекологии становится улучшение качества жизни, в том числе сексуальной, после проведения данных операций. В структуре моего врачебного приема среди пациенток, обратившихся по вопросам эстетической урогинекологии, 15 процентов составляют женщины с ранее выполненной задней кольпорафией, кольполеваторопластикой, которым впоследствии в нашей клинике для повышения lubricации в области преддверия вводятся препараты на основе гиалуроновой кислоты: филлеры (позволяют дополнительно откорректировать полученную форму и объем) и препараты с несвязанной гиалуроновой кислотой в составе – биоревитализанты, для быстрого увлажнения слизистых и кожных покровов интимной области. Препаратами выбора в данных клинических ситуациях являются **Renell Secret Life** и **Revi Reform**.

Особую группу пациенток составляют женщины с недержанием мочи при напряжении той или иной степени выраженности в сочетании, как правило, с пролапсом тазовых органов. Согласно рекомендациям Европейского общества урологов [5] врач должен предложить одновременную симультанную хирургическую коррекцию этих двух патологий (уровень доказательности А), а также предупредить пациентку о повышенном риске развития неблагоприятных исходов при одновременном оперативном лечении этих двух патологий, в отличие от вмешательства только по поводу пролапса. Соответственно коррекция недержания мочи при напряжении при помощи введения парауретрально филлеров, как известная альтернатива операции, на основе гиалуроновой кислоты правомочна ввиду своей простоты, малоинвазивности, высокой безопасности, а также наличия возможности быстрой биодеградации в случае необходимости (введение гиалуронидазы в болюсы филлера) и устранения всех его эффектов, как положительных, так и отрицательных.

Парауретральные инъекции требуют дополнительного изучения и стандартизации по показаниям и технике самой манипуляции. Очевидным является низкая эффективность метода при выраженной степени пролапса. Однако введение филлера гиалуроновой кислоты и биоревитализантов в различные слои передней стенки влагалища после установки петлевых синтетических имплантов может оказать дополнительную компрессию на уретру, а также улучшить качество слизистой в месте оперативного вмешательства, данное применение также требует дополнительного изучения.

Больше доказали свою эффективность парауретральные инъекции при посткоитальных и часторецидивирующих циститах. В своей клинической практике имею опыт коррекции анатомической структуры меатуса и средних отделов уретры после проведения подслизистой транспозиции последней. В данном случае инъекции были применены в виду отсутствия эффекта (возобновление эпизодов цистита) после хирургического лечения, а также наличия рубцовой деформации парауретральных тканей, снижения эластичности слизистой (появление мацерации, микротрещин) и боли при половом контакте. Введение филлера обеспечило уменьшение асептического воспаления и рубцовой ретракции за счет свойств гиалуроновой кислоты, а также устранение анатомических предпосылок для облегченного транспорта микрофлоры преддверия и влагалища восходящим путем и развития эпизода инфекции нижних мочевых путей. Препаратом выбора в данном случае был **Renell ProActive**.

Выводы

Подводя итог, отмечу, что специалист, занимающийся эстетической гинекологией, урогинекологией, должен учитывать все аспекты большого количества заболеваний и функциональных состояний женской половой сферы. Для успешной и безошибочной работы каждого такого специалиста очевидна необходимость глубоких знаний анатомии и физиологии, а также владения методами диагностики выше упомянутых патологий и широкой осведомленности в видах, методах лечения и профилактики.

Список литературы

1. Alter Gary New technique for aesthetic labia minors reduction. *Ann Plast Surg* 1998; 40:287–290.
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//Пособие для врачей. – М., 2003. – 41 с.
3. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Гус А. И. и др. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути. – *Акушерство и гинекология*. – 2004. – С. 26–30.
4. Jha S., Moran P. A. National survey on the management of prolapse in the UK. *Neurourol Urodynam* 2007;26:325–31.
5. <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urinary-Incontinence-2015.pdf> 72