

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Иванюк И. С., Ремнёва О. В., Мельник М. А., Тирская Е. Н.

Научный руководитель: Ремнёва О. В. – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ДПО, SPIN-код: 7338-2147

Аннотация. В статье представлены результаты коррекции дисфункции тазового дна у женщин репродуктивного возраста с помощью консервативных методов. Показана сравнительная эффективность применения высокоинтенсивной сфокусированной электромагнитной энергии, портативного электромиостимулятора и микроаблятивного фракционного CO²-лазера в улучшении сексуальной функции женщин и уменьшении симптомов, обусловленных пролапсом гениталий, нарушением функции мочевого пузыря и кишечника.

Ключевые слова: дисфункция тазового дна, сексуальная функция, пролапс гениталий, консервативные методы.

Введение

Дисфункция тазового дна (ДТД) – это комплекс нарушений, возникающий в результате чрезмерной слабости или повреждения связок и мышц, удерживающих органы малого таза в нормальном положении. Симптомы, обусловленные нарушением функции мочевого пузыря и кишечника, а также изменения в сексуальной жизни постепенно приводят к социальной изоляции и депрессивным состояниям [1, 2]. Методом выбора коррекции пролапса гениталий (ПГ) III-IV степени является хирургическое лечение, однако процент осложнений при использовании сетчатых имплантов может достигать 42% [3], а частота рецидивов 36% [4, 6]. При

наличии симптомов ДТД и ПГ I-II начинать лечение стоит с консервативных методов [5, 7].

Цель исследования: оценить сравнительную эффективность консервативных методов коррекции ДТД.

Материалы и методы

В исследование были включены три группы пациенток репродуктивного возраста (18-45 лет) с наличием симптомов дисфункции тазового дна. Критерии исключения: ПГ более II степени, роды менее 1 года назад, беременность и период лактации, злокачественные новообразования, обострение хронических заболеваний органов малого таза.

В первой группе женщин (n=12) для коррекции симптомов ДТД применялась высокоинтенсивная сфокусированная электромагнитная энергия (HIFEM) (аппарат Emsella BTL), 10 сеансов с частотой 2 раза в неделю. Пациентки второй группы (n=12) использовали портативный тренажер электромиостимулятор (EmbaGyn) ежедневно в течение 3 месяцев. Третья группа (n=12) получала лечение с применением микроаблятивного фракционного CO²-лазера (MonaLisa Touch), 3 процедуры с интервалом 1 раз в 30-45 дней.

В исследуемых группах проводили оценку клинико-anamнестических данных, сексуальной функции (опросник FSFI19 (Female Sexual Function Index), учитывающий шесть показателей: половое влечение, возбудимость, увлажнение, оргазм, удовлетворенность сексуальной жизнью, боль и дискомфорт во время полового акта), оценивали симптомы, обусловленные ПГ, нарушением функции мочевого пузыря и кишечника (опросник PFDI 20). Опросники заполняли до и через 6 месяцев после начала терапии.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 26. При оценке показателей, имеющих нормальное распределение, применяли значение выборочной средней и стандартное отклонение (M±SD). Для показателей с ненормальным распределением были рассчитаны значения медианы (Me) и

интерквартильный размах (Q1-Q3). При значении $p < 0,05$ принимался критический уровень значимости.

Результаты и обсуждения

Клинико-анамнестическая характеристика трех исследуемых групп не имела статистически значимых различий по возрасту, индексу массы тела, акушерско-гинекологическому анамнезу и факторам риска возникновения ДТД, таким как разрывы промежности в родах, стремительные роды, роды крупным плодом и количество вагинальных родов двое и более ($p > 0,05$).

По результатам опросника FSFI19 (индекс сексуальной функции) группы были сопоставимы по исходному состоянию ($p > 0,05$).

По результатам повторного анкетирования после проведенного курса терапии отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение сексуальной функции по всем исследуемым показателям в I и III исследуемых группах. Во II группе отмечалась положительная динамика, однако полученные результаты не имели статистической значимости ($p > 0,05$).

При оценке сравнительной эффективности применяемых методов терапии установлено, что наиболее эффективным в коррекции симптома «боль» является применение микроаблятивного фракционного лазера ($p < 0,05$).

По результатам опросника PFDI 20, отмечалось статистически значимое уменьшение выраженности и количества симптомов, обусловленных ПГ, нарушением функции мочевого пузыря и кишечника во II и III группах пациенток ($p < 0,05$). Применение высокоинтенсивной сфокусированной электромагнитной энергии (HIFEM) оказывало менее выраженный эффект на коррекцию симптомов нарушения функции кишечника ($p > 0,05$), при этом статистически значимый положительный эффект отмечался в уменьшении симптомов пролапса гениталий и нарушения мочеиспускания ($p < 0,05$).

Выводы

Применение высокоинтенсивной сфокусированной магнитной стимуляции и микроаблятивного фракционного CO² лазера приводят к статистически значимому улучшению сексуальной функции женщин ($p < 0,05$) по всем исследуемым показателям (влечение, возбуждение, lubricация, оргазм, удовлетворение, боль).

Лучший эффект в устранении симптома диспареуния имеет применение микроаблятивного фракционного CO² лазера ($p < 0,05$).

Элекстромиостимуляция и применение лазера эффективны в коррекции симптомов, связанных с нарушением функции мочевого пузыря, кишечника и ПГ ($p < 0,05$).

Магнитная стимуляция статистически значимо уменьшает проявления, связанные с ПГ и нарушением функции МП ($p < 0,05$), менее выражен эффект в отношении симптомов, связанных с нарушением функции кишечника ($p > 0,05$).

Список литературы:

1. Силантьева Е.С., Оразов М. Р., Хамошина М.Б., Солдатская Р.А. Качество жизни женщин репродуктивного возраста, страдающих недостаточностью мышц тазового дна. Трудный пациент. 2021; 1: 14-17. <https://doi.org/10.24412/2074-1995-2021-1-14-17>.

2. Ящук А.Г., Мусин И.И., Рахматуллина И.Р., Камалова К.А., Ящук К.Н. Послеродовая сексуальная дисфункция: взгляд на проблему. РМЖ. Мать и дитя. 2019; 2(3): 254-256. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2019-2-3-254-256>

3. Mangir N., Roman S., Chapple C.R. et al. Complications related to use of mesh implants in surgical treatment of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: infection or inflammation? World. J. Urol. 2020; 38 (1): 73-80. <https://doi.org/10.1007/s00345-019-02679-w>.

4. Friedman T., Eslick G.D., Dietz H.P. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. Int. Urogynecol. J. 2018; 29(1): 13-21. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3475-4>.

5. Todhunter-Brown A., Hazelton C., Campbell P., Elders A., Hagen S., McClurg D. Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Sep 2; 9(9): CD012337. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>.

6. Короткевич О.С., Мозес В.Г., Эйзенах И.А. [и др.]. Исходы оперативного лечения недостаточности мышц тазового дна 3 степени у женщин пожилого возраста. *Бюллетень медицинской науки.* 2020; 1(17): 34-41. EDN JXQAUE.

7. Иванюк И.С., Ремнева О.В., Федина И.Ю. [и др.]. Факторы риска дисфункции тазового дна у женщин репродуктивного возраста. *Бюллетень медицинской науки.* 2023; 1(29): 43-52. <https://doi.org/10.31684/25418475-2023-1-43>. – EDN WBHPCZ.

Как цитировать:

Иванюк И. С., Ремнёва О. В., Мельник М. А., Тирская Е. Н. Эффективность консервативных методов коррекции дисфункции тазового дна у женщин. *Scientist.* 2024; 1 (27): 86-90.
