

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВНЕ ВОЗРАСТА

Дисфункция тазового дна — проблема, которая в той или иной мере затрагивает огромное количество женщин. Многие из них обращаются за помощью слишком поздно — из-за стеснительности или недостатка информации на эту тему. Однако, как и во множестве других случаев, профилактические мероприятия позволяют избежать подобной ситуации, а современные консервативные методики, примененные своевременно, легко решают эту деликатную проблему.



АРТЕМИЙ ПЕРМЯКОВ,

врач-акушер-гинеколог, уролог, к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ЛФ РНИМУ имени Н. И. Пирогова, тренер школы эстетической урогинекологии «de Novo», Россия

ВОЗРАСТ И СПЕЦИФИКА ПАЦИЕНТОК

Часть пациенток приходит к нам с конкретными жалобами — они либо сами понимают, что есть проблема, либо обратили внимание на симптомы, о которых где-то услышали. Другая часть девушек — это те, кто ежегодно приходит к врачу-гинекологу на приём, и уже он выявляет ту или иную проблему. Соответственно, это две разные модели пациенток. Одни за собой следят, прислушиваются к телу, читают и думают, о том, что с ними происходит, не стесняются приходиться к специалисту с вопросом, другие — те, кто не замечает этих проблем или старается не обращать на них внимания, и, может быть, даже намеренно их игнорирует. Такой категории пациентов не всегда можно успеть по-

мочь консервативно, с помощью неинвазивных или миниинвазивных методик, и тогда им приходится назначать хирургическую коррекцию. Что касается возраста, то он здесь не имеет особого значения, потому что триггер большинства проблем, связанных с дисфункцией тазового дна, — это беременность и роды. Среди проблем — зияние половой щели, лёгкие степени несостоятельности тканей или мышц, опущение или проблемы, связанные с симптомами нарушения мочеиспускания, к примеру, в виде стрессовой инконтиненции (недержания мочи при перенапряжении, кашле, чихании, физической нагрузке), или какие-то симптомы гиперактивности мочевого пузыря, когда у пациентки есть жалобы на постоянные или ложные позывы, или же

ощущение неполного опорожнения и т. д. Не имеет значения, были ли роды самостоятельные или путём кесарева сечения. Родоразрешение путём кесарева сечения может также приводить к некоторым формам дисфункций тазового дна. Хирургическое иссечение фасции, которое при этом происходит, в будущем может приводить к нарушению кровоснабжения и иннервации нижележащих тканей, проецируя потерю эластичности, растяжение тканей кожи и мышечного каркаса. Девушки, не начавшие вести половую жизнь, чаще всего не имеют проблем с мышцами тазового дна, кроме случая, если у них есть врождённые дисфункции. К такому относится дисплазия соединительной ткани разной степени, но, как правило, это выявляется

уже в детстве. Дисплазия распространяется не только на тазовое дно, но и на весь организм в целом, и мы видим у девочек проблемы и с клапаном сердца, со зрением (миопия различной степени), нарушение мочеиспускания и различные прочие дефекты мочеполовой сферы в виде опущения почек (нефроптоза) и так далее. Но это врожденная патология, и в этой статье мы больше не будем её касаться. Существуют и другие физиологические проблемы, приводящие к дисфункции, на которые мы можем воздействовать консервативно. Однако прежде всего поговорим о женщинах, вошедших в репродуктивный возраст и начавших жить половой жизнью.

ПОДГОТОВКА ДО РОДОВ

Понимая, что основным катализатором дисфункции тазового дна является беременность, стоит вспомнить, что сани готовят летом, точно также и готовиться к беременности и родам необходимо заранее, чтобы потом не получить того, с чем к нам приходят пациенты. Поэтому ответ на вопрос, нужна ли подготовка к беременности, должны ли женщины уделять внимание мышцам тазового дна и тренировать их с помощью специальных тренажёров или иными способами — да, обязательно должны. Таким образом мы тренируем безусловный рефлекс, обучаем девушку напрягать и расслаблять именно интимные мышцы. Потому что, к сожалению, в 70% случаев без тренировки девушка не умеет самостоятельно работать именно этими мышцами. Либо она сокращает все мышцы, включая мышцы ягодиц, пресса, передней брюшной стенки, нижних конечностей, внутреннюю поверхность бедра и так далее, либо она может тужиться, сокращая переднюю брюшную стенку, косые мышцы живота, ягодичные мышцы, но мышцы тазового дна

остаются без всякого сокращения. Это очень распространённая проблема и у не рожавших, и у рожавших. То есть, если девушка никогда не занималась данным вопросом, то с вероятностью 70% она не умеет пользоваться этими мышцами. Здесь можно привести аналогию с младенческим периодом, когда мы в 9 или 12 месяцев пытались встать и пойти, и у нас не получалось сделать это сразу. Мы сначала пытались стоять, потом делали первый шаг, падали, вставали, перешагивали, держась за поручень или за руку родителей, и так далее. Но мы никогда не могли сразу сделать этот шаг, потому что ещё не понимали, какую мышцу за какой сократить так, чтобы нога сработала правильно и удержала положение тела. То же самое здесь: это такая же мышца, которая подвергается целевому сокращению с помощью импульсов головного мозга. Без них мы не сможем понять, что должно сокращаться. По этой причине её нужно обучать правильно сокращаться и расслабляться. Часто женщина считает «я умею рожать, ведь это моё предназначение», но, к сожалению, на практике это не так — каждую мышцу надо тренировать, и только тогда мы получаем хороший результат.

КАК ТРЕНИРОВАТЬСЯ НЕ НУЖНО

Существует убеждение, что родовые тренировки могут вызывать проблемы при родах. Действительно, есть некий процент девушек, которые более активно и упорно занимаются спортом, тяжёлой физической нагрузкой в зале с гантелями и штангами. Это тестостероновая активность, маскулинизация, и в этом случае иногда психотип также меняется в сторону мужского. То же самое может касаться и локальных тренировок мышц тазового дна. Если девушка чересчур активно тренируется, усиливая тяжесть нагрузок, у неё будет гипертонус, и он будет являться причиной возможных проблем при родах. Мышцы не смогут расслабиться до той степени, чтобы ребёнок вышел самостоятельно. В этом случае придётся применять специальные акушерские методы в виде разрезов промежности, щипцов, вакуума и других. Но такие случаи — не норма. Это касается исключительно девушек, которые излишне активно или неправильно тренируются. Чтобы этого не случилось, нужно регулярно ходить к врачу, который занимается реабилитацией интимной зоны. К сожалению, не все врачи акушеры-гинеколо-



ги знают и понимают необходимость тренировок мышц тазового дна, не представляют, как их тренировать, что именно нужно назначать. Поэтому важно ходить к тем специалистам, которые занимаются именно реабилитацией мышц тазового дна, дают рекомендации по лечебной физкультуре, необходимо использовать качественные и сертифицированные медицинские тренажёры.

КАК ТРЕНИРОВАТЬСЯ ПРАВИЛЬНО

Есть определённые стандарты реабилитации тазового дна. Естественно, самые эффективные тренировки мышц тазового дна — с использованием тренажёров. Конечно, можно пойти по другому пути и заниматься без нагрузок извне, уделять внимание растяжке, выполнять определённые упражнения, например, из йоги и пилатеса, или же танцев (хорошо подходят восточные). Также подходит укрепление мышц при занятиях на пилоне, аквааэробикой как обычной, так и с утяжелителями. Однако научно доказано, что наибольший эффект при восстановлении и укреплении интимных мышц достигается именно при использовании специальных тренажёров. Локальная нагрузка имеет более высокую результативность, и соответственно мы получаем более быстрый и длительный эффект. В идеале работать нужно комплексно.

Современный подход к тренировкам мышц тазового дна делится на три этапа.

ПЕРВЫЙ ЭТАП

Первый этап предполагает не волевое воздействие, когда не требуется собственных усилий. Мы можем его разделить на домашние и амбулаторные тренировки. Амбулаторные (поликлинические) тренировки включают электромиостимуляцию и магнитную

стимуляцию.

Электромиостимуляция в амбулаторном режиме существует двух типов: накожная и интравагинальная (с использованием датчика, который вводится во влагалище). Эффективность выше у второго метода, потому что в этом случае датчик непосредственно достигает тех групп мышц, на которые мы должны воздействовать. При размещении датчиков на коже электрический ток проходит через поверхностные участки и только потом достигает той зоны, на которую направлено воздействие. Однако существуют различные причины, которые не позволяют использовать влагалищные датчики. Например, если мы говорим про проблемы с мочеиспусканием, не связанные с родами, у девушек, не живущих половой жизнью, тогда необходимо использовать накожные или же ректальные датчики.

Принцип электромиостимуляции заключается в том, что электроимпульс проходит от одной пластины к другой, от минуса к плюсу, создавая электроразряд, возбуждающий иннервацию и сокращение только локальных мышц. Это слабые сокращения, и пациентка испытывает лёгкое покалывание. Мы возбуждаем нервные окончания, стимулируя иннервацию и возбуждая эти мышцы, тем самым посылаем в головной мозг импульсы, которые говорят о том, что у нас есть в малом тазу мышцы, сокращающиеся в данный момент без нашего усилия, в зависимости от того, насколько сильно подаётся электроток. В будущем головной мозг привыкает к этому и сам обучается сокращать эти мышцы с помощью своего волевого сигнала.

Таким образом, мы импульсами обучаем головной мозг и работаем над этой зоной, улучшая качество иннервации, трофику, микроциркуляцию, кровоснабжение

для того, чтобы повысить эффективность дальнейших тренировок. Это первый этап, который должен присутствовать всегда. И если мы говорим про внутреннюю миостимуляцию в амбулаторном режиме, то лучше выбирать вариант с использованием влагалищных датчиков.

Также в амбулаторных условиях есть возможность использования магнитной иннервации. Для этого применяют специальное кресло. Оно выглядит как обычное, под сиденьем же находится специальный прибор, подающий магнитные импульсы. Они поступают в сторону малого таза, создаётся деполяризованное поле, и струйные потоки этого магнита пробивают в этом поле определённые участки, вызывая возбуждение нервных окончаний, то есть, сокращение мышечных структур только тазового дна, не влияя ни на какие другие органы. Поэтому ни к электромиостимуляции, ни к магнитной иннервации при наличии миом, эндометриоза, кист или других заболеваний этой зоны, или наоборот, риска провокации этих заболеваний — противопоказаний нет.

Существуют и домашние тренажёры первого этапа. Это также электромиостимуляторы с влагалищными датчиками, которые устанавливаются дома самой пациенткой во влагалище, и через прибор она сама включает ту силу тока, которая для неё сегодня комфортна. Его уровень она контролирует с помощью нажатия на клавишу и выбирает определённую разницу потенциалов, включая разные программы. Они отличаются по длине волны электроимпульса и частоте повторений. Пациентка меняет программы для того, чтобы мышца каждый раз по-разному реагировала на датчик — тем самым повышается результативность тренировок.

Необходимо, чтобы пациентка



работала с электростимуляторами в течение 1–1,5 месяцев ежедневно. Возможен вариант, когда девушка сначала ходит в поликлинику на 8–10 сеансов, а потом переходит на домашние стимуляторы. В любом случае, важно выдержать 1,5 месяца регулярных тренировок в домашних условиях. Заниматься необходимо каждый день, потому что только тогда условный рефлекс закрепляется в головном мозге. Он запоминает то, как нужно сокращать мышцы тазового дна, плюс за это время существенно улучшается иннервация в этой зоне и ускоряются репаративные процессы. После этого мы переходим ко второму этапу.

ВТОРОЙ ЭТАП

Второй этап тоже может быть поликлинический и домашний. В поликлинике мы используем принцип биологической обратной связи (сокращённо — БОС-терапию). Для этого устанавливается специальный датчик, который улавливает силу давления мышц тазового дна и передаёт показания на компьютер. Врач и пациентка видят силу сжатия мышц, что отражается либо в пиковых значениях в графике, либо в виде анимации, когда, например, рыб-

ка поднимается или опускается в зависимости от силы сжатия. Так происходит обучение с помощью мотивации. Пациентка видит, насколько сильно и правильно она локально напрягает влагалищные мышцы (то есть, у неё не сокращаются мышцы-антагонисты — мышцы ягодиц, внутренней поверхности бедра, передней брюшной стенки, а сокращаются мышцы только влагалища, прямой кишки и уретры).

В основном девушки учатся тренироваться с помощью БОС-терапии в поликлинике в течение 8–10 сеансов, потому что мало у кого есть возможность регулярно посещать врача дольше. После чего пациентки переходят на домашние тренажёры второго этапа, также с биологической обратной связью. Для этого существуют два типа тренажёров — динамические и статические.

Динамические тренажёры

Динамические тренажёры — это перинеометры. Они представляют из себя воздушные помпы, подключённые к аппарату. Когда влагалищные мышцы сокращаются, сдавливая воздушную помпу, воздух подаётся через воздушную трубку на манометр, и пациентка видит отклонение стрел-

ки. Насколько сильно стрелка отклоняется, настолько хорошо девушка тренируется на данный момент. С помощью сопротивления воздуха в помпе происходит наращивание эффективности мышечных структур, улучшение иннервации и кровоснабжения, и соответственно, налаживается работа этой мышцы, как в родах, так и в половой жизни, происходит профилактика недержания газов, мочи и так далее.

Статические тренажёры

Параллельно с динамическими добавляются статические тренажёры — влагалищные конусы. Это специальные грузики, своеобразные гантели для интимных мышц. Влагалищные конусы, которые необходимо удерживать мышцами тазового дна, позволяют укрепить мышечный каркас и оставить его в том месте, где он должен находиться, не допуская того, чтобы он опускался или растягивался. При этом также улучшается кровоснабжение и иннервация. Благодаря подобным тренировкам вырабатывается безусловный рефлекс, который позволяет без волевого усилия при кашле и чихании автоматически сокращать тазовую диафрагму. То есть, когда мы кашляем и чихаем, мы уже не будем задумываться над тем, чтобы сфинктеры сократились для удержания мочи или газов.

Давайте немного подробнее поговорим о тренажёрах. В сексшопах продаётся множество различных шариков, которые не являются тренажёрами. Форма шара не является оптимальной. Он не удерживается интимными мышцами, а ускользает либо вверх, либо наоборот выкатывается наружу. Влагалищные конусы же имеют анатомическую форму. Мы создали специальные уникальные тренажёры, которые прошли уже все этапы международных исследований в отноше-

нии эффективности. Это конусы 7 см в длину, шириной 2,5–2,8 см. Тренажёры предыдущего поколения обладают более низкой эффективностью за счёт своей формы и веса. Десять лет исследований и практики доказали, что конусы шириной 2 см не являются оптимальными. Сегодня ясно, что идеальными являются размеры 2,5–2,8 см. Масса также важна. Современные тренажёры имеют оптимальный вес — от 65 граммов и до 95 граммов. Мы разработали три конуса — 65, 80 и 95 граммов. Тренажёры предыдущего поколения были более лёгкими — с весом до 65 граммов, и их эффективность была низкой, потому что мышцы не получали должной нагрузки. Но при этом конусы тяжелее нельзя использовать, потому что они могут вызывать проблемы, например, растяжения мышц. В соответствии с международным опытом, тренажёры весом более 100 граммов не рекомендованы. Но есть школы вумбилдинга, где практикуется подъём куда более тяжёлых грузов, например, на тренажёрах закрепляют ёмкости с водой до 3х литров. Подобные действия приводят к ситуациям, о которых я рассказывал выше. Влагалищные конусы также используются ежедневно. Существует определённая техника удержания — от 10 секунд до 1,5 минут их удерживают во влагалище, потом удаляют, делая перерыв 30 секунд, и повторяют несколько подходов. Подходов может быть от 10 до 30 в зависимости от временных и физических возможностей пациентки. Раз в месяц она заменяет груз на более тяжёлый — от 60 граммов она переходит к 80, а после к 95. Таким образом, происходит многофакторное улучшение трофики, чувствительности, лубрикации (потому что при улучшении кровоснабжения, повышается увлажнённость этой зоны). У паци-

енток улучшается качество половой жизни, повышается либидо. Это ещё одна причина, по которой мы рекомендуем начинать тренировки задолго до беременности.

ПОДДЕРЖАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Далее тренировки переходят в разряд профилактических и проводятся 2–3 раза в неделю. Поддерживающие тренировки позволяют не возобновиться тем проблемам, с которыми девушка обратилась к врачу. Понятно, что, если человек перестает, например, качать пресс, через полгода он теряет форму. Так же и здесь — как только мы перестанем тренировать эту зону, мышцы опять расслабятся и потеряют тонус. Регулярность очень важна. Электромиостимуляция может также быть постоянной 1–2 раза в неделю. Её регулярное и длительное применение не вызывает никаких проблем. Естественно, у всех тренажёров есть противопоказания. У электромиостимуляции противопоказанием является беременность, период менструации, онкологические заболевания и наличие кардиостимулятора (так как микроток могут повредить передатчику импульса). Также обострение воспалительного процесса урогенитальной зоны. Соответственно, врач сначала уделяет внимание лечению, направленному на снятие воспалительного процесса, и после этого можно начать тренировки. Внутриматочная спираль не является противопоказанием. У конусов и перинеометров противопоказаний меньше. Беременность не входит в их число, так как здесь нет электрических импульсов, а значит, и никаких рисков. Если нет угрозы прерывания беременности, то девушка даже находясь в положении может продолжать тренировки.

К сожалению, пока на рынке РФ нет действительно хороших перинеометров, в отличие от конусов и электростимуляторов, на которые равняются даже зарубежные производители. Однако сейчас ведутся активные разработки, и есть все основания полагать, что в скором времени на рынке появятся по-настоящему достойные перинеометры.

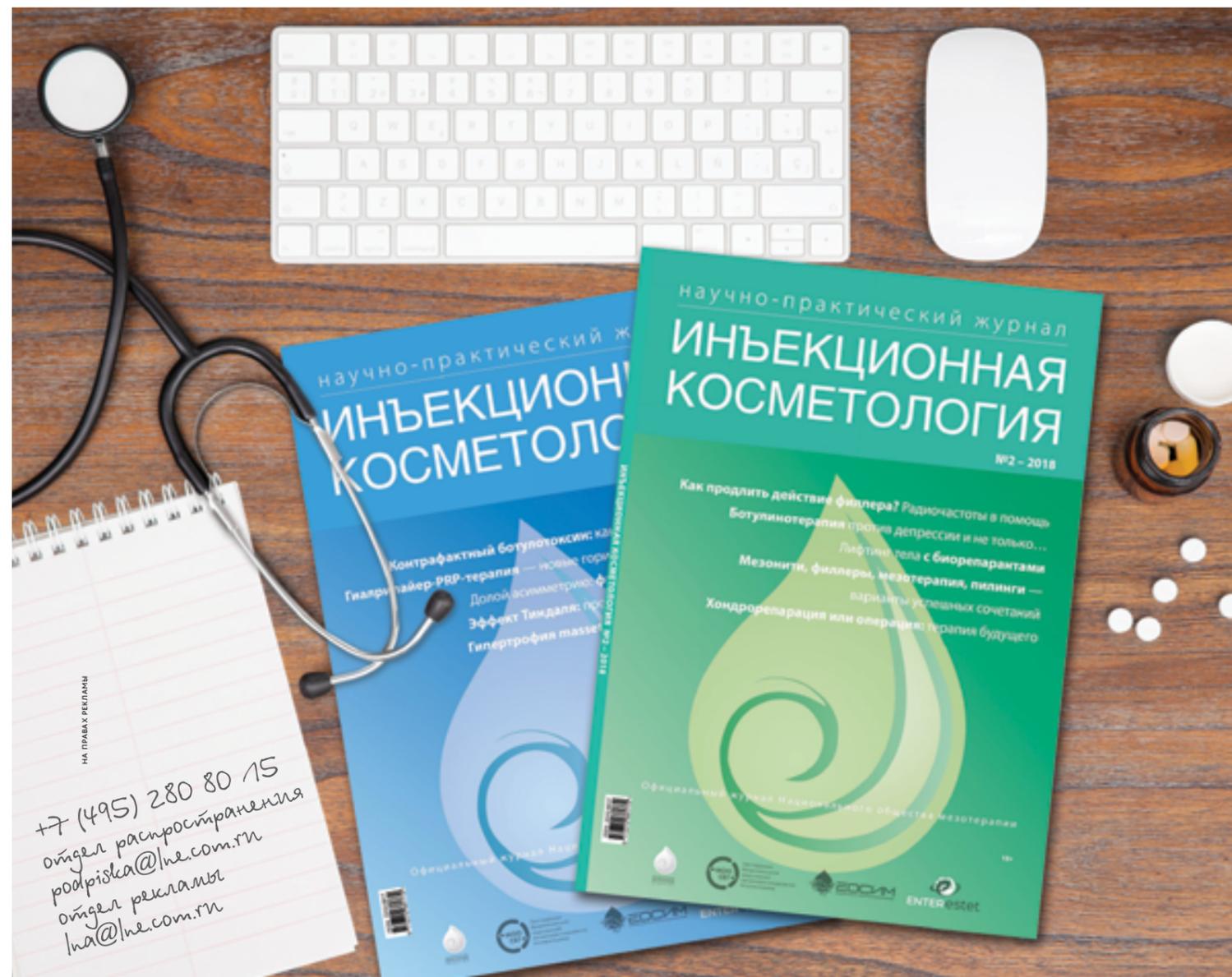
Сегодня мы прилагаем всевозможные усилия для того, чтобы ввести реабилитацию и тренировку мышц тазового дна в дородовом периоде и послеродовом периоде в программу ОМС, как это уже сделано во Франции, где по государственной программе каждой роженице после родов выдаётся электромиостимулятор и влагалищные конусы для реабилитации и восстановления мышц тазового дна в домашних условиях. Это очень хорошая практика. К сожалению, сейчас в России люди пока не понимают, для чего это нужно, стесняются этого, думая, что это имеет отношение исключительно к сексуальным утехам и каким-то запретам.

Я надеюсь, что мы сможем изменить ситуацию, введя такую реабилитацию в стандарты оказания медицинской помощи и программу Минздрава. Очень важно, чтобы об этом больше говорили. Пока же, к сожалению, не только пациенты ничего об этом не знают, или же боятся и стесняются спросить или даже рассказать о проблеме, но и врачи не обладают необходимой информацией. Важно просвещать медицинскую аудиторию, чем я и занимаюсь, активно пропагандируя и популяризируя неинвазивные методы восстановления мышц тазового дна, проводя различные мероприятия в этом направлении — школы, конференции и вебинары.



ЭКСПЕРТ № 1
В ИНЪЕКЦИОННОЙ
КОСМЕТОЛОГИИ

Научно-практический журнал "Инъекционная косметология" — официальное печатное издание Национального общества мезотерапии (НОМ). Журнал предлагает актуальную, интересную и полезную информацию для врачей, работающих с инъекционными методиками.



НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ
+7 (495) 280 80 15
отдел распространения
rodridca@ne.com.ru
отдел рекламы
lna@ne.com.ru