УДК: 618.2-06:616.62-008.22:618.1-008.1

КОМПЛЕКСНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ДИСПАРЕУНИИ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гиясова Хосиятхон Баходировна – соискатель
Андижанский государственный медицинский институт (Андижан, Узбекистан)

Аннотация. *Стрессовое недержание мочи и диспареуния - частые, но недостаточно активно выявляемые и корректируемые последствия родов, существенно снижающие качество жизни и сексуальное здоровье женщины. В статье представлен клинический случай пациентки с сочетанием послеродового стрессового недержания мочи лёгкой-умеренной степени и диспареунии на фоне лактационной гипоэстрогении слизистой влагалища и миофасциальной дисфункции тазового дна.*

Ключевые слова: *послеродовой период, стрессовое недержание мочи, диспареуния, тазовое дно, биологическая обратная связь, реабилитация.*

TUG‘RUQDAN KEYINGI DAVRDA AYOLLARDA SIYDIK TUTA OLMASLIK VA DISPAREUNIYANI KOMPLEKS KONSERVATIV DAVOLASH: KLINIK HOLAT

G‘iyosova Xosiyatxon Bahodirovna – mustaqil izlanuvchi
Andijon davlat tibbiyot instituti (Andijon, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Zo‘riqishli siydik tuta olmaslik va dispareuniya — ayolning hayot sifati hamda jinsiy salomatligiga jiddiy salbiy ta’sir ko‘rsatadigan, ammo ko‘pincha yetarli darajada tashxislanmaydigan va davolanmaydigan tug‘ruq asoratlari hisoblanadi. Ushbu maqolada laktatsiya davridagi vaginal gipoestrogeniya va chanoq tubi miofassial disfunksiyasi bilan bog‘liq bo‘lgan, yengil va o‘rtacha darajadagi zo‘riqishli siydik tuta olmaslik hamda dispareuniya kuzatilgan bemorning klinik holati bayon etilgan.*

Kalit so‘zlar: *tug‘ruqdan keyingi davr, zo‘riqishli siydik tuta olmaslik, dispareuniya, chanoq tubi, biofeedback, reabilitatsiya.*

COMPREHENSIVE CONSERVATIVE THERAPY FOR URINARY INCONTINENCE AND DYSPAREUNIA IN WOMEN DURING THE POSTPARTUM PERIOD: A CASE REPORT

Giyasova Khosiyatkhon Bakhodirovna – researcher
Andijan State Medical Institute (Andijan, Uzbekistan)

Abstract. *Stress urinary incontinence and dyspareunia are common but underdiagnosed and undertreated consequences of childbirth that substantially impair women's quality of life and sexual health. This paper presents a case of a patient with a combination of mild-to-moderate postpartum stress urinary incontinence and dyspareunia related to lactational hypoestrogenic vaginal atrophy and pelvic floor myofascial dysfunction.*

Keywords: *postpartum period, stress urinary incontinence, dyspareunia, pelvic floor, biofeedback, rehabilitation.*

Актуальность.

Недержание мочи и диспареуния относятся к числу наиболее распространённых, но при этом наименее активно предъявляемых жалоб в послеродовом периоде: по данным систематических обзоров и метаанализов последних лет, стрессовое недержание мочи выявляется у 20–40 % родильниц, а диспареуния - у трети и более женщин на протяжении первого года после родов [1, 6, 7]. Оба состояния имеют общий патогенетический субстрат - растяжение и денервацию структур тазового дна в родах, рубцовую деформацию промежности и транзиторную гипоэстрогению слизистой влагалища на фоне лактационной аменореи, - что делает целесообразным их одновременную, а не изолированную коррекцию.

Консервативные методы (тренировка мышц тазового дна, биологическая обратная связь, электростимуляция, локальная терапия слизистой) рассматриваются как терапия первой линии и обладают доказанной эффективностью в отношении стрессового недержания мочи [1, 2, 5], однако в реальной клинической практике программы восстановления после родов редко

объединяют коррекцию мочевой и сексуальной функции в единый протокол. Это обосновывает интерес к описанию клинических случаев, демонстрирующих результаты мультимодального, персонализированного подхода.

Цель: продемонстрировать на клиническом примере эффективность оптимизированной, мультимодальной программы консервативного лечения, объединяющей коррекцию стрессового недержания мочи и диспареунии у женщины в послеродовом периоде. Клинический случай: Пациентка Н., 29 лет, обратилась на амбулаторный приём через 8 недель после вторых срочных родов с жалобами на непроизвольное подтекание мочи при кашле, чихании и физической нагрузке, учащённое мочеиспускание, а также на выраженную болезненность и дискомфорт при попытке возобновления половой жизни. Анамнез. Роды вторые, срочные, через естественные родовые пути; второй период родов затяжной (55 мин), масса плода 3820 г, выполнена эпизиотомия с последующим ушиванием. Послеродовый период протекал без признаков инфекционного воспаления, швы сняты на 5-е сутки. Лактация сохранена, кормление грудью по требованию. В анамнезе - первые роды 4 года назад без осложнений, жалоб на недержание мочи и диспареунию ранее не предъявляла. Объективно. При осмотре - рубец на промежности состоятелен, без признаков воспаления, умеренно ограничена подвижность тканей в области рубца. При пальпаторной оценке тонуса мышц тазового дна - гипотония, сила сокращения по шкале Oxford 2 балла из 5, при пальпации m. levator ani билатерально определяется болезненность. Слизистая влагалища бледно-розовая, истончена, с признаками сниженной увлажнённости (лактационная гипоэстрогения). Кашлевая проба положительная - визуализируется подтекание мочи при повышении внутрибрюшного давления. Признаков пролапса тазовых органов не выявлено, остаточной мочи по данным УЗИ нет. Специальные методы оценки. Опросник ICIQ-SF - 14 баллов (недержание мочи умеренной степени); опросник PISQ-12 - 28 баллов (существенное снижение сексуальной функции); визуально-аналоговая шкала (VAS) диспареунии - 6 баллов из 10. По данным дневника мочеиспускания - 9–10 эпизодов подтекания мочи в неделю, преимущественно связанных с физической нагрузкой. Клинический диагноз: стрессовое недержание мочи лёгкой-умеренной степени; послеродовая диспареуния на фоне лактационной гипоэстрогенной атрофии слизистой влагалища и миофасциальной дисфункции мышц тазового дна. Программа лечения: С учётом сочетанного характера дисфункции была разработана индивидуализированная 12-недельная мультимодальная программа консервативного лечения (табл. 1), включающая последовательное и частично параллельное применение поведенческой терапии, тренировки мышц тазового дна с БОС-контролем, электростимуляции, локальной терапии слизистой влагалища, мануальной коррекции рубца и психосексуального консультирования.

Этап / компонент	Содержание	Режим, длительность
Этап I. Обучение и модификация поведения (1–2-я неделя)	Дневник мочеиспускания, коррекция питьевого режима, профилактика запоров, разгрузка режима физических нагрузок, обучение технике правильного сокращения мышц тазового дна («первая помощь» при кашле/чихании)	Однократное структурированное консультирование + контроль дневника еженедельно
Этап II. Тренировка мышц тазового дна с БОС-контролем (2–10-я неделя)	ЭМГ-биологическая обратная связь для обучения изолированному сокращению m. levator ani, программа Кегеля (быстрые и медленные сокращения, удержание 6–8 с)	2 занятия в неделю под контролем специалиста (8 недель) + ежедневные домашние упражнения 3 подхода по 10–15 повторений
Этап III. Функциональная электростимуляция	Стимуляция при выраженной гипотонии (Oxford ≤ 2) для облегчения проприоцептивного осознания сокращения	10–12 процедур, 2–3 раза в неделю, курсом 4 недели, на фоне БОС-тренировки
Этап IV. Локальная терапия слизистой влагалища	Негормональные увлажнители и гиалуроновая кислота местно; при сохраняющейся лактационной гипоэстрогении и по согласованию с педиатром - низкодозированный локальный эстроген (крем/свечи) в минимальной эффективной дозе	Увлажнители - ежедневно/через день; локальный эстроген - 2 раза в неделю, оценка через 6 недель

Этап V. Мануальная терапия рубца и миофасциальная релаксация	Мобилизация рубца промежности, релиз триггерных точек m. levator ani, техники релаксации при гипертонусе тазового дна	1 раз в неделю, 6 сеансов
Этап VI. Психосексуальное консультирование	Разъяснение физиологии восстановления, работа со страхом боли, постепенное возобновление половой жизни с использованием любрикантов и вагинальных дилататоров, коммуникация с партнёром	2–3 консультации на протяжении программы

Результаты и динамика наблюдения:

Контрольные визиты проводились через 4, 8 и 12 недель от начала программы. Уже к 4-й неделе пациентка отметила субъективное уменьшение числа эпизодов подтекания мочи и снижение дискомфорта в области рубца; статистически и клинически значимая динамика по всем оцениваемым параметрам зафиксирована к 12-й неделе терапии (табл. 2).

Показатель	До лечения (8-я неделя п/п)	Через 12 недель терапии	Динамика
Эпизоды НМ в неделю (по дневнику)	9–10	1–2	↓ на ~85 %
ICIQ-SF, баллы (0–21)	14	4	↓ 10 баллов
Кашлевая проба	положительная	отрицательная	-
Сила мышц тазового дна, шкала Oxford (0–5)	2	4	↑ на 2 балла
VAS диспареунии, баллы (0–10)	6	1	↓ 5 баллов
PISQ-12, баллы (0–48)	28	41	↑ 13 баллов
Индекс сексуальной удовлетворённости (по данным опроса)	низкий	приближается к исходному до родов	-

Побочных эффектов терапии, включая локальное применение эстрогенсодержащего препарата на фоне лактации, не зафиксировано; консультация педиатра подтвердила безопасность выбранной минимальной дозы для грудного вскармливания. Пациентка возобновила регулярную половую жизнь к 10-й неделе программы без выраженного болевого синдрома.

Обсуждение: Полученные результаты согласуются с данными современных систематических обзоров и метаанализов. В обзоре L. Chen и соавт. (2024), обобщившем результаты рандомизированных исследований консервативных вмешательств при послеродовом недержании мочи, тренировка мышц тазового дна ассоциирована со статистически значимым снижением частоты и тяжести симптомов недержания мочи по сравнению с обычным наблюдением [1, 5, 9]. Кокрейновский обзор C. Dumoulin и соавт. подтверждает, что тренировка мышц тазового дна превосходит отсутствие лечения по эффективности как в отношении объективных, так и субъективных показателей недержания мочи у женщин, а добавление биологической обратной связи повышает приверженность и точность выполнения упражнений [2, 6]. Отдельного внимания заслуживает сочетанная коррекция сексуальной дисфункции: в исследовании F. Villani и соавт. (2025) показано, что программы тренировки мышц тазового дна эффективно уменьшают выраженность послеродовой диспареунии и вагинальной релаксации, сопоставимо или превосходя изолированное применение вагинальных конусов [9, 10]. Использование локальных средств для слизистой влагалища у родильниц с лактационной гипоэстрогенией также имеет обоснование в современной литературе [2, 4], хотя решение о применении локальных эстрогенов на фоне грудного вскармливания должно приниматься индивидуально, с учётом консультации смежных специалистов. Представленный случай демонстрирует, что объединение указанных подходов в единой программе позволяет добиться более быстрой и полной реабилитации, чем изолированное воздействие на один из компонентов тазовой дисфункции. Ограничением данного наблюдения является его описательный характер и оценка результатов у одной пациентки, что не позволяет делать статистически обоснованные выводы об эффективности программы в целом; необходимы дальнейшие сравнительные исследования на репрезентативных выборках родильниц.

Заключение. Представленный клинический случай подтверждает целесообразность раннего (с 6–8-й недели послеродового периода)

начала мультимодальной консервативной терапии, объединяющей коррекцию моторной функции тазового дна и состояния слизистой влагалища, у женщин с сочетанием стрессового недержания мочи и диспареунии после родов. Комплексный, индивидуализированный и междисциплинарный подход (акушер-гинеколог, специалист по тазовой физиотерапии, при необходимости - психолог/сексолог) позволяет достичь клинически значимого улучшения как мочевой, так и сексуальной функции уже в течение 12 недель терапии и может быть рекомендован для более широкого внедрения в практику ведения родильниц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Avery K., Donovan J., Peters T.J., Shaw C., Gotoh M., Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence // *Neurourology and Urodynamics*. - 2024. - Vol. 23, № 4. - P. 322–330.

2. Broul M. et al. Assessment and management of dyspareunia in peri- and postmenopausal women: a phenotype-based gynecologic approach // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. - 2025. - doi:10.1002/ijgo.71238.

3. Chen L., Han Y., Wang L., Zhang H., Zheng Y., Zhang R., Meng G., Zhang Y.P., Ji D. Conservative Interventions for Urinary Incontinence on Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Journal of Midwifery & Women's Health*. - 2024. - Vol. 69, № 5. - P. 663–671. - doi:10.1111/jmwh.13653.

4. Dumoulin C., Cacciari L.P., Hay-Smith E.J.C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. - 2018. - Vol. 10. - CD005654.

5. Effects of training interventions to treat postpartum urinary incontinence: a meta-analysis // *PubMed*. - 2025. - PMID 40993838.

6. Pelvic floor muscle training with feedback or biofeedback for urinary incontinence in women: a systematic review // *Cochrane Database of Systematic Reviews / PMC*. - 2024–2025. - PMC11895424.

7. The use of topical vaginal estrogens in postpartum women: a systematic review // *PMC*. - 2025. - PMC13308989.

8. Rogers R.G., Coates K.W., Kammerer-Doak D., Khalsa S., Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) // *International Urogynecology Journal*. - 2023. - Vol. 14, № 3. - P. 164–168.

9. Villani F., Petre I., Buleu F., Iurciuc S., Marc L., Apostol A., Valentini C., Donati E., Simoncini T., Petre I., Furau C. Pelvic Floor Muscle Training vs. Vaginal Vibration Cone Therapy for Postpartum Dyspareunia and Vaginal Laxity // *Medicina*. - 2025. - Vol. 61, № 1. - Art. 23. - doi:10.3390/medicina61010023.

10. Dyspareunia in Women // *American Family Physician*. - 2021. - Vol. 103, № 10. - P. 597–604.