

УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕССАРИИ:

НАВИГАТОР ДЛЯ НОВИЧКА

Данная статья носит практический аспект и адресована акушерам-гинекологам амбулаторного звена. Урогинекологические пессарии – это первая линия терапии опущения тазовых органов у женщин и сопутствующего ему недержания мочи. Их подбор несложен, и этим навыком должен владеть каждый гинеколог. В статье подробно описывается алгоритм обследования, необходимый для подбора пессария правильной формы и размера, что значительно облегчит работу гинеколога и поможет внедрить этот метод лечения в свою ежедневную практику.

Ключевые слова: урогинекологические пессарии, пролапс тазовых органов, опущение органов малого таза, недержание мочи, консервативное лечение.

I.A. APOLIKHINA, Prof., MD, A.S. CHOCHUEVA, E.A. GORBUNOVA
FSBI Kulakov Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology
UROGYNECOLOGICAL PESSARIES: NAVIGATOR FOR FIRST-TIMER

This article is of practical aspect and is addressed to obstetrician-gynecologists of the outpatient sphere. Urogynecological pessaries is the first line therapy of pelvic organs prolapse in women and the concomitant urinary incontinence. Their choice is not difficult and each gynecologist must be skilled at it. The article describes in detail the algorithm of the examination required for the selection of the pessary of the correct form and size, which considerably simplifies work of the gynecologist and will help to implement this therapeutic method in his/her day-to-day practice.

Keywords: urogynecological pessaries, pelvic organs prolapse, urinary incontinence, conservative therapy.

Урогинекологические пессарии (УП) – это первая линия терапии опущения тазовых органов, а также сопутствующего ему недержания мочи (НМ). Лечебный эффект наступает сразу, не требуется долгое обследование и подготовка, как перед операцией. Подбор УП не сложен, и, бесспорно, этим навыком способен овладеть каждый гинеколог, работающий на поликлиническом приеме, т. к. число пациенток, страдающих пролапсом, с годами возрастает.

В нашей статье мы ответим на вопросы:

- Как выявить пациентку, нуждающуюся в пессарии?
- Как определить степень пролапса тазовых органов?
- Как выбрать модель пессария и точно подобрать его размер?
- О чем проинформировать пациентку, чтобы ношение пессария не вызывало неудобств, а комплаентность была максимальной?

Выявить пациентку, нуждающуюся в УП, помогают типичные жалобы. Симптомы пролапса тазовых органов не всегда соответствуют его тяжести. На ранних стадиях происходит выпячивание стенок влагалища, что вызывает неприятные ощущения и меняет качество сексуальной и социальной жизни. Нередко вместе с передней стенкой влагалища опускается мочевой пузырь, происходит потеря мочи при напряжении (кашле, подъеме тяжестей). Опущение и выпадение задней стенки влагалища вызывает смещение прямой кишки и непроизвольное выделение газов. По типичным жалобам можно заподозрить пролапс тазовых органов еще до осмотра на гинекологическом кресле: ощущение инородного тела или воздуха

во влагалище, тянущие боли внизу живота и наружных половых органах [1]. Для удобства выявления International Urogynecological Association (IUGA) разделила симптомы на 3 группы (табл. 1).

Вопросник **PFDI-20** (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire) целесообразно использовать для субъективной оценки дисфункции тазового дна [2]. В ответах пациентка указывает симптомы в баллах за последние 3 месяца (табл. 2).

Согласно рекомендациям Международного общества по стандартизации терминологии, подкомитета по пролапсам тазовых органов и дисфункции тазового дна у пациенток при опущении органов малого таза (ОМТ) используют следующие методы диагностики: визуализация, пальпация, функциональные пробы, вспомогательные и аппаратные методы обследования [3].

Первый этап – визуализация. Осмотр пациентки начинается еще до гинекологического кресла, пока она в вертикальном положении: описывается максимальное «выпячивание», наблюдаемое женщиной при повседневной деятельности. Выполняют пробу Вальсавы и кашлевую в положении стоя (рис. 1). При гинекологическом осмотре обращают внимание на зияние половой щели, асимметрию, целостность мышц промежности, наличие рубцовых, истонченных или атрофических изменений. Для определения выраженности пролапса часто используют классификацию по Baden-Walker (Baden WF, Walker TA., 1972), согласно которой выделяют 4 степени:

1 степень – шейка матки опускается не больше чем до 1/2 длины влагалища.

II степень – шейка матки и/или стенки влагалища опускаются до входа во влагалище.

III степень – шейка матки и/или стенки влагалища опускаются за пределы входа во влагалище, а тело матки располагается выше него.

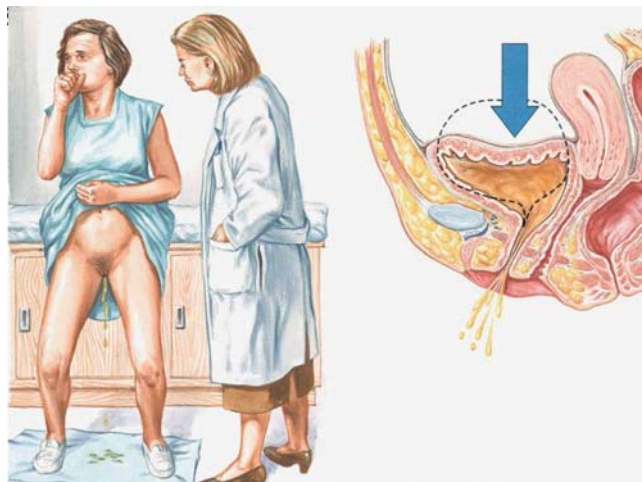
IV степень – вся матка и/или стенки влагалища находятся за пределами входа во влагалище [4].

Современная, рекомендованная урогинекологически обществами мира классификация пролапса гениталий POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) – это оценка пролапса тазовых органов относительно *hymen*, выраженная в сантиметрах. Позицию шести точек (Aa, Ap, Ba, Bp, C, D) измеряют выше (проксимальнее) *hymen*, при этом получают отрицательное значение в сантиметрах. Плоскость *hymen* соответствует нулю. При расположении точек ниже (дистальнее) *hymen* фиксируют положительное значение. Остальные три параметра (TVL, GH и PB) измеряют в абсолютных величинах (рис. 2).

Стадию пролапса устанавливают по наиболее выпадающей части влагалищной стенки. Может быть опущение передней стенки (точка Ba), апикальной части (точка C) и задней стенки (точка Bp) (табл. 3).

На втором этапе – пальпаторно – оценивается состояние промежности, мышц тазового дна через влагалище и прямую кишку. Обращают внимание на эластичность и упругость задней спайки, входа во влагалище. Степень разведения указательного и среднего пальцев, введенных во влагалище, позволяет выявить дефект ножек *m. levator ani*. При бимануальном исследовании оценивает-

Рисунок 1. Проведение функционального теста (кашлевая проба) в положении стоя



ся сила мышц тазового дна по интенсивности их произвольного сжатия, исключая сокращение ягодич, бедер, живота. Для более объективной оценки используют шкалу в баллах от 0 до 5 (табл. 4).

На следующем этапе проводят функциональные пробы: Вальсальвы (с натуживанием) и кашлевую у женщины с наполненным мочевым пузырем на гинекологическом кресле. При выраженном опущении ОМТ пробы выполняют задней ложкой зеркала по Симпсу. Для пробы Вальсальвы пациентке необходимо сделать глу-

Таблица 1. Симптомы пролапса тазовых органов

Симптомы связаны с:		
Нарушением акта мочеиспускания	Аноректальной дисфункцией	Сексуальной дисфункцией
необходимость принять определенное положение для мочеиспускания	потуживание при дефекации	слабость мышц влагалища: жалобы на чрезмерно широкое влагалище
натуживание перед мочеиспусканием	ощущение неполного опорожнения кишки	диспареуния: жалобы на постоянную или периодическую боль или дискомфорт, связанные с введением полового члена во влагалище
задержка мочеиспускания – жалобы на невозможность опорожнить мочевой пузырь, несмотря на позывы к мочеиспусканию	необходимость пальцевого давления для опорожнения кишечника	затрудненный половой акт: жалобы на невозможность проникновения во влагалище из-за наличия препятствия
вялая струя мочи	запор	жалобы на утрату или снижение сексуального влечения: утрата или снижение либидо
прерывистое мочеиспускание	императивные позывы	
дизурия – ощущение жжения во время мочеиспускания		
непроизвольное подтекание мочи после акта мочеиспускания		
чувство неполного опорожнения мочевого пузыря		
необходимость повторного опорожнения мочевого пузыря		
увеличение частоты мочеиспускания		
императивный позыв к мочеиспусканию		

бокий вдох и потужиться, не выпуская воздух. При этом пролапс визуально станет более выраженным, а при НМ из уретры выделится моча, характер потери которой сопоставляют с силой и временем натуживания. Для кашлевой пробы пациентке надо покашлять 3–4 раза. Нужен полный вдох в промежутках между кашлевыми толчками. При положительной пробе при кашле подте-

кает моча, свидетельствуя о стрессовом НМ (Pves. > Pur.). Этому способствует кратковременное повышение внутрибрюшного давления во время кашля/чихания/смеха/поднятия тяжести (рис. 1). Стрессовое НМ сопровождается слабостью периуретральных и везикоуретральных мышц и изменением уретро-везикального угла, что происходит при опущении ОМТ.

Таблица 2. Вопросник PFDI-20

		Если да, как часто это Вас беспокоит?				
1	Вы обычно испытываете чувство давления в нижних отделах живота?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
2	Вы обычно испытываете тяжесть в области таза?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
3	У Вас выпадает что-то из влагалища, что Вы можете почувствовать или увидеть?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
4	Необходимо ли Вам вправить влагалище или часть прямой кишки для полного опорожнения кишечника?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
5	Вы обычно испытываете чувство неполного опорожнения мочевого пузыря?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
6	Вам когда-нибудь требовалось вправлять влагалище для начала мочеиспускания или полного опорожнения мочевого пузыря?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
7	Вы чувствуете необходимость сильного натуживания для опорожнения кишечника?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
8	У Вас бывает чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
9	У Вас бывают эпизоды недержания кала при хорошо оформленном стуле?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
10	У Вас бывают эпизоды недержания кала при жидком стуле?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
11	У Вас бывают эпизоды недержания кала при жидком стуле?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
12	Испытываете ли Вы боль при дефекации?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
13	Испытываете ли Вы нестерпимо сильные позывы к дефекации?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
14	Выпадала ли когда-нибудь у Вас часть прямой кишки через анальное отверстие?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
15	Бывают ли у Вас учащенное мочеиспускание?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
16	Бывает ли у Вас недержание мочи вследствие сильного позыва к мочеиспусканию?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
17	Бывает ли у Вас недержание мочи при кашле, чихании, или смехе?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
18	Теряете ли вы мочу в незначительных количествах (по каплям)?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
19	Испытываете ли Вы затруднение опорожнения мочевого пузыря?	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда
20	Испытываете ли Вы боль или дискомфорт в нижних отделах живота или области половых органов	<input type="checkbox"/> Нет 0; <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 1 Никогда	<input type="checkbox"/> 2 Редко	<input type="checkbox"/> 3 Часто	<input type="checkbox"/> 4 Всегда

Таблица 3. Упрощенная схема классификации POP-Q

Стадия 0	Нет пролапса. Точки Aa, Ap, Ba, Bp – все 3 см; точки C и D имеют значение со знаком минус
Стадия I	Наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до hymen на 1 см (значение > -1 см)
Стадия II	Наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее hymen
Стадия III	Наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее краев hymen, но при этом общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см
Стадия IV	Полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от hymen, а общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см

В качестве **вспомогательных методов** используют пальцевое ректально-влагалищное исследование и Q-тип тест, при котором оценивают подвижность уретры. При гипермобильности уретры разница в положении дистального конца стерильной ватной палочки, введенной в уретру, в покое и при натуживании > 30°.

Аппаратные методы включают перинеометрию и ультразвуковое исследование (УЗИ). Вагинальный датчик, соединенный с манометром (перинеометр), регистрирует давление на высоте сокращения мышц тазового дна. Существенную помощь в оценке состояния тазового дна оказывает УЗИ. В силу неинвазивности его проведение возможно при любой степени пролапса. Промежностное УЗИ выявляет характерные признаки для НМ: опущение шейки мочевого пузыря > 25 мм, увеличение позадипузырного угла > 120°, воронку внутреннего отверстия уретры при пробе Вальсальвы. Также при УЗИ определяют высоту шейки мочевого пузыря в покое и при напряжении, толщину m. levator ani, дефекты наружного и внутреннего сфинктеров ануса, расстояние от симфиза до леваторов, поперечный размер диафрагмы таза с расчетом ее площади, коррелирующей со степенью тяжести пролапса. Значение эхографии заключается в возможности выявления степени нарушений, что определяет дальнейшую тактику ведения пациентки.

Показаниями к использованию УП являются:

- Проплапс гениталий.
- Проплапс гениталий в сочетании со стрессовым НМ.
- Выявление «скрытого» стрессового НМ перед хирургическим лечением пролапса – положительная «проба с пессарием».

Два механизма действия обеспечивают эффективность УП: поддерживающий и заполняющий внутреннее пространство. Большинство авторов считают использование пессария более подходящим при цистоцеле и опущении матки и менее подходящим при ректоцеле [6]. Задача врача – совместно с пациенткой подобрать УП оптимальной формы и размера в зависимости от вида и степени пролапса. При незначительной или средней степени опущения (1–2-я ст. по классификации Vaden-Walker) применяют кольцевые или чашечные пессарии,

Таблица 4. Оксфордская шкала оценки функции поперечнополосатых мышц тазового дна [5]

Сила сокращения (баллы)	Критерий оценки
F0	Нет признаков сокращения
F1	Подергивания без движения
F2	Движение без смещения
F3	Смещение без способности к сопротивлению умеренной силы
F4	Смещение при умеренной силе сопротивления
F5	Смещение при сильном сопротивлении

при более выраженных степенях (3–4-я ст.) – грибовидные и кубические (табл. 4). При НМ применяется поддерживающий УП с леватором, который, оказывая давления на уретро-везикальный угол, обеспечивает запирающий эффект (табл. 5).

Для подбора кольцевого или кубического пессария используют адаптационные кольца (табл. 6) [7], которые обычно нужны в начале работы с УП и с приобретением опыта уже не требуются. Оценивая при влагалищном исследовании степень растяжимости влагалища, определяют размер кольца для тестирования. Выбранное кольцо вводят во влагалище и предлагают пациентке походить, подвигаться, покашлять и присесть. Через 15 минут оценивают жалобы и определяют положение кольца. Если оно не сместилось вниз и женщину не беспокоит дискомфорт, то выбран правильный размер (оптимален наименьший размер кольца, не выпадающий из влагалища и позволяющий достичь терапевтического эффекта) [7]. Размер GH по POP-Q соответствует размеру кубического пессария.

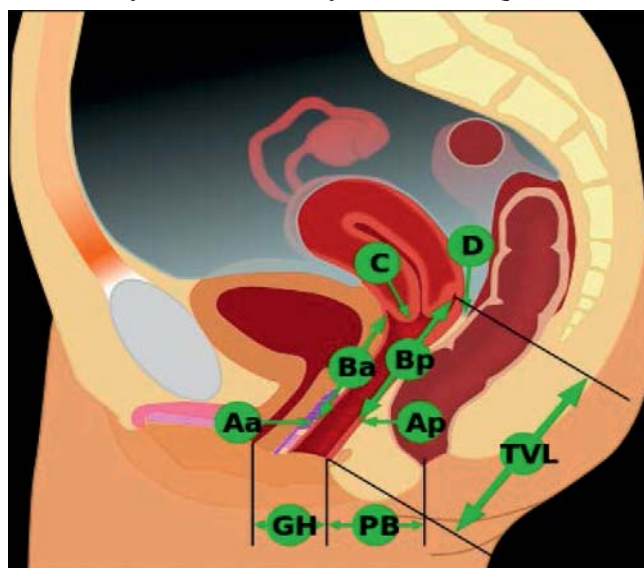
Рисунок 2. Анатомические ориентиры для определения степени пролапса тазовых органов по POP-Q

Таблица 5. Наименования и показания к применению УП

Тип пессария	Механизм действия	Показания
Тонкое кольцо	Поддерживающий	Цистоцеле, небольшой пролапс
Толстое кольцо	Поддерживающий/заполняющий внутреннее пространство	Небольшой и умеренный пролапс
Кубический с кнопкой (перфорированный, без перфорации)	Заполняющий внутреннее пространство, самофиксирующийся	Все виды пролапсов, НМ, после экстирпации матки
Тандемный	Заполняющий внутреннее пространство, самофиксирующийся	3–4-я степень пролабирования матки или влагалищного свода
Грибовидный	Поддерживающий и заполняющий внутреннее пространство	Цистоцеле, пролапс 3–4-й степени
Пессарий Ходжа	Поддерживающий	НМ (при нарушении нормальной анатомии таза, когда другие виды пессариев невозможно использовать)
Чашечно-уретральный (с леватором)	Поддерживающий	Умеренная степень пролапса, НМ
Уретральный (с леватором)	Поддерживающий	НМ, цистоцеле, незначительный пролапс
Чашечный (перфорированный)	Поддерживающий	Пролапс 1–2-й степени

Для облегчения установки УП можно смазать его кремом с эстриолом. Противопоказания к использованию эстриола: кормление грудью и эстрогенозависимые опухоли [7].

Относительные противопоказания для использования УП: воспаление нижних отделов гениталий, декубитальная язва (необходимо одновременно ее лечение), деменция. Снижают возможность подбора УП: короткая длина влагалища (< 6 см) или широкий вход во влагалище (> 4 поперечных пальцев), ожирение.

Желательно обучить пациентку самостоятельному использованию УП. Вводить УП лучше в положении лежа на спине с согнутыми коленями и разведенными ногами, а извлекать – стоя, подняв одну ногу на ступеньку. УП максимально сжимают между пальцами и вводят во влагалище, постепенно продвигая пальцем сначала к заднему, а затем в переднему своду влагалища. Извлекают УП, потягивая за край. Кубический УП извлекают, потягивая за нить. Но сначала необходимо сместить грани куба для устранения присасывающего эффекта, смещая нить или куб в стороны. Для предотвращения выпадения УП при дефекации надо нащупать пессарий и зафиксировать его, зажав половые губы, тем самым закрывая вход во влагалище.

Необходимость регулярного наблюдения за пациентками с УП очевидна. Во время этих визитов оценивают динамику пролапса и НМ, обрабатывают пессарий, иногда с применением орошения влагалища или местного лечения [8]. Симптомы, возникающие в первый месяц

использования УП (дискомфорт или ощущение давления, выпадение УП, сохранение или появление симптомов стрессового НМ или urgentных позывов к мочеиспусканию, затруднение мочеиспускания или дефекации, кровотечения и усиление выделений из влагалища), говорят о необходимости его замены [9]. При успешном подборе УП в среднем через 3 мес. трети женщин требуется замена на меньший размер в связи с уменьшением степени опущения ОМТ и уменьшения размера половой щели.

Самое распространенное осложнение при применении пессария – раздражение слизистой влагалища (чаще при некомпенсированном дефиците эстрогенов) с выделениями, запахом, изъязвлением и кровотечением. Использование УП может вызывать бактериальный вагиноз, иногда актиномикоз [10, 11] или карциномы шейки матки и влагалища (после 18-летнего применения УП [12, 13]). Для предотвращения раздражения и изъязвления слизистой влагалища на фоне УП используют локальную менопаузальную гормональную терапию (МГТ). Наиболее эффективны свечи или крем с эстриолом Овестин и комбинированный препарат, содержащий также прогестерон и лактобактерии, Триожиналь. На фоне кубического пессария из-за значительного пролапса использовать влагалищные свечи и капсулы неудобно, поэтому препаратом выбора становится крем Овестин. Если УП извлекается и обрабатывается 1 раз в 3 недели, риск развития бактериального вагиноза выше, использование аппликатора с кремом неудобно, и поэтому препаратом выбора является Триожиналь. Серьезные осложнения, такие как перфорация кишечника или мочевого пузыря [14], ущемление шейки матки [15], пролапс тонкой кишки [16] и обструкция кишечника или мочеточника [16–18], единичны. За более чем 50-летний период наблюдений было зарегистрировано всего 39 случаев серьезных осложнений [19], которые произошли из-за отсутствия контроля со стороны женщин или забытого после введения УП.

Залогом успешного применения УП являются подробные рекомендации, по их использованию:

- УП извлекают из влагалища 1 раз в 3 недели (кроме кубического и грибовидного, которые извлекаются ежедневно);
- УП промывают водой после извлечения проточной водой с мылом и хранят в контейнере/пакете при комнат-

Таблица 6. Соответствие размера адаптационного кольца и кубического пессария

Кольцевой пессарий (адаптационное кольцо)	Кубический пессарий
50 mm	размер 0/25 mm
55–60 mm	размер 1/29 mm
60–70 mm	размер 2/32 mm
70–75 mm	размер 3/27 mm
80–85 mm	размер 4/41 mm
>90 mm	размер 5/45 mm

ной температуре. При необходимости обработки применяют хлорсодержащий раствор;

■ в качестве лубриканта используют гель на водной основе или крем Овестин, но не вазелин, разрушающий силикон.

Несмотря на широкое использование хирургических методов лечения пролапса, ни одна из методик не может полноценно восстановить функции тазового дна. Каждой пациентке требуется индивидуальный подход с оценкой состояния соединительной ткани и факторов риска рецидива пролапса гениталий. Таким образом, применение УП является первой линией консервативного лечения опущения ОМТ, с использованием элементов поведенческой терапии.

Резюмируя вышеизложенное, наиболее подходящим практическим алгоритмом при подборе УП является следующий порядок действий:

■ Осмотр, диагностика цистоцеле или ректоцеле, несостоятельности мышц тазового дна, определение степени опущения и растяжимости влагалища.

■ Проведение функциональных проб, определение наличия или отсутствия симптомов потери мочи.

■ Оценка состояния слизистой половых органов: индекс вагинального здоровья, забор мазка на флору и онкоцитологию. При выявлении декубитальной язвы возможно применение УП на фоне лечения антисептическим раствором кавитированным ультразвуком и кремом с эстриолом.

■ Оценка возможности пациентки самостоятельно извлекать и вводить УП, вовлеченности пациентки в интимные отношения.

■ В начале работы для определения размера УП используют набор подборочных колец. Позднее, при подборе кубического пессария, можно оценивать степень растяжения половой щели (ее размер) в поперечных пальцах, разведя в разные стороны указательный и средний палец, или используя размер GN по POP-Q.

При использовании УП происходят положительные объективные изменения: уменьшение размера половой щели через 3 месяца с 4,8 до 3,9 см, снижение степени опущения у 21% женщин после 1-го года использования (по POP-Q)

■ После постановки УП проводится его функциональная оценка. Пациентка не должна его ощущать при ходьбе, посещении туалета, физической активности.

■ После длительного использования УП может потребоваться его замена на меньший размер в связи с улучшением состояния [20].

■ Явка на контрольный осмотр нужна в среднем через полгода.



ЛИТЕРАТУРА

- Fonti Y, Giordano R, Cacciatore A, Romano M, La Rosa B. Post partum pelvic floor changes. *J Prenat Med.* 2009;3(4):57–59.
- Тюрина С.С. Сакроспинальная фиксация в хирургии генитального пролапса: показания, техника, результаты. Дисс. на соискание степени канд. наук. Москва, 2014./Tjurina S.S. Sacrospinal fixation in surgery of genital prolapse: indications, technique, results. PhD dissertation. Moscow, 2014.
- Bump RC, Mattiasson A, Kari B0, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, Shull BL, Smith ARB. Produced by the International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology (Anders Mattiasson, chairman), Subcommittee on Pelvic Organ Prolapse and Pelvicfloor Dysfunction (Richard Bump, chairman) in collaboration with the American Urogynecologic Society and the Society of Gynecologic Surgeons. *Am J Obstet Gynec.* 1996;175:10–17.
- Robert M, Mainprize TC. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002;13:326.
- Коршунов М.Ю. Проплап тазовых органов у женщин: персонализированный подход к диагностике, хирургической коррекции и оценке результатов лечения. Дисс. на соискание ученой степени доктора наук. Санкт-Петербург, 2016./Korshunov M.T. Pelvic organs prolapsed in women: personalized approach to diagnostics, surgical correction and evaluation of therapy results. Doctoral dissertation. Saint-Petersburg, 2016.
- Слабость мышц тазового дна: всех ли нужно оперировать? Освещение секционного заседания. Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012;5:46–51. /Weakness of the pelvic floor muscles: do we have to operate on everybody? Interpretation of the section sitting. Effective pharmacotherapy. *Akusherstvo I Ginekologiya.* 2012; 5: 46–51.
- Лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин: федеральные клинические рекомендации. Москва, 2014 г./Therapeutic and preventive tactics at pelvic organs prolapse in women: federal clinical recommendations. Moscow, 2014.
- Atnip SD. Pessary use and management for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(3):541–63.
- Hanson LA, Schulz JA, Flood CG et al. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17:155–9.
- Alnaif B, Drutz HP. Bacterial vaginosis increases in pessary users. *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct.* 2000;11(4):219–222.
- Attalah D, Lizee DS, van den Akker M, Gadonneix P, Tranbaloc P, Villet R. Genital actinomycosis diagnostic and therapeutic difficulties. Report of three cases. *Ann. Chir.* 1999;53(4):291–296.
- Bouma J, Burger MP, Krans M, Hollema H, Pras E. Squamous cell carcinoma of the vagina: a report of 32 caese. *Int. J. Gynecol. Cancer.* 1994;4(6):389–394.
- Schraub S, Sun XS, Maingon P, Horiot JC, Daly N, Keiling R, Pigneux J, Pourquier H, Rozan R, Vrousos C. Cervical and vaginal cancer associated with pessary use. *Cancer.* 1992;69(10):2505–2509.
- Goldstien I, Wise GJ, Tancer ML. A vesicovaginal fistula and intravesical foreign body a rare case of neglected pessary. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1990;163(2):589–591.
- Sivasuriya M. Cervical entrapment of a polyethylene vaginal ring pessary a clinical curiosity. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol.* 1987. 27;2:168–169.
- Ott R, Richte H, Behr J, Scheele J. Small bowel prolapse and incarceration caused by a vaginal ring pessary. *Br. J. Surg.* 1993;80(9):1157.
- Roberge RJ, Keller C, Garfinkel M. Vaginal pessary induced mechanical bowel obstruction. *J. Emerg. Med.* 2001;20(4):367–370.
- Meinhardt W, Schuitemaker NW, Smeets MJ, Venema PL. Bilateral hydronephrosis with uropneumosis due to neglected pessary. Case report. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 1993;27(3):419–420.
- Culligan PJ. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2012;119(4):852–60.
- Handa VL, Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002;13:349–51.