

И.А. Аполихина^{1,2}, Г.Б. Дикке³, Д.М. Кочев⁴**СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН.****ЗНАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ВРАЧЕЙ**¹ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России, Москва²Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия³ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минобрнауки, Москва⁴ЗАО «ПенткрофтФарма», Москва, Россия

В последние годы проблема пролапсов тазовых органов приобрела более актуальное значение в связи с ростом заболеваемости (увеличение продолжительности жизни), связи с затруднениями полного опорожнения мочевого пузыря/кишечника, высокой частотой рецидивов после оперативных вмешательств (20–40% рецидивов после операций без пересадки ткани, 10% рецидивов – с пересадкой), а также повышением требований к качеству жизни.

Цель исследования: *Определить уровень знаний и практических навыков среди врачей при оказании медицинской помощи женщинам с пролапсом тазовых органов в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.*

Материал и методы: *Материалом служили 460 анкет, которые были заполнены акушерами-гинекологами анонимно.*

Результаты: *При пролапсе тазовых органов большинство врачей предпочитают оперативную тактику в отличие от современной стратегии консервативного ведения данной категории пациенток, которая сформирована Международным обществом по проблемам недержания мочи (ICS) и Международной урологической ассоциации (IUGA), описанной в клинических рекомендациях, считая, что консервативные методы (применение pessaries) недостаточно эффективны, не имея необходимой подготовки и материально-технического обеспечения.*

Ключевые слова: *пролапс тазовых органов, урогинекологические пессарии, качество жизни женщин.*

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

I.A. Apolikhina^{1,2}, G.B. Dikke³, D.M. Kochev⁴**CURRENT THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC TACTICS FOR WOMEN WITH GENITAL DESCENT AND PROLAPSE.****PHYSICIANS' KNOWLEDGE AND PRACTICAL SKILLS**¹Academician V. I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow²Department of Obstetrics, Gynecology, Perinatology, and Reproductology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia³People's Friendship University of Russia, Ministry of Education and Science of Russia, Moscow⁴Pentkroft Farma JSC, Moscow, Russia

Currently, the problem of pelvic organ prolapse has assumed more urgent importance due to its higher incidence rates (longer life span), difficulty completely emptying the bladder/bowel, high postsurgery recurrence rates (20-40% of recurrences after surgery without tissue transplantation, 10% of recurrences following surgery with tissue transplantation), and increased requirements for quality of life.

Objective: *To estimate the level of knowledge and practical skills among physicians in rendering health care to women with pelvic organ prolapse in an outpatient setting.*

Subject and methods: *460 questionnaires filled out anonymously by obstetricians/gynecologists served as the material of this investigation.*

Results: *Most physicians prefer the surgical approach, which has been generated by the International Continence Society/International Urogynecological Association and described in clinical guidelines, to the current medical approach in treating pelvic organ prolapse, by considering that the medical methods (pessaries) are insufficiently effective and without having necessary training and logistical support.*

Key words: *pelvic organ prolapse, urogynecological pessaries, quality of life in women.*

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

Пролапс тазовых органов (ПТО) – это мультифакторное заболевание с аддитивным вкладом причин, синдромальным характером, различными сроками манифестации и течением, высоким уровнем фенотипической гетерогенности, определяемой взаимодействием генов, а также влиянием факторов внешней среды [1]. В последние годы данное патологическое состояние приобрело более актуальное значение в связи с ростом заболеваемости (увеличение продолжительности жизни), связи с затруднениями полного опорожнения мочевого пузыря/кишечника, высокой частотой рецидивов после оперативных вмешательств (20–40% рецидивов после операций без пересадки ткани, 10% рецидивов – с пересадкой), а также повышением требований к качеству жизни [2].

Частота встречаемости пролапса II степени и выше в популяции составляет примерно 2–4%, но может быть выше среди женщин, обратившихся за гинекологической помощью [3]. В структуре гинекологических заболеваний, по данным различных авторов, ПТО занимает от 1,7 до 28% больных, у женщин после 40 лет цифры достигают 34,7% [2]. Удельный вес ПТО среди гинекологических нозологий в отделениях оперативной гинекологии высоко профилированных учреждений в России составляет 28–38,9% [4].

Многолетние дискуссии об этиологических аспектах ПТО до сих пор не привели к единому мнению. Несомненно, что заболевание полиэтиологично, и споры ученых касаются лишь доминирующей роли каждого из многочисленных факторов.

Н. Krissi и соавт. [5] считают, что решающими факторами риска развития ПТО являются денервация мышц тазового дна во время родов через естественные родовые пути, генетические факторы и старение организма. Но при развитии этой патологии всегда присутствует повышение внутрибрюшного давления.

Заболевание нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер [6]. Причем по мере развития процесса усугубляются и функциональные нарушения, которые часто вызывают не только физические страдания, но и делают этих пациенток частично или полностью нетрудоспособными.

Клинические симптомы пролапса органов малого таза крайне разнообразны и не всегда соответствуют тяжести вызвавшего его поражения. Жалобы включают чувство переполнения, ощущение инородного тела, тяжести, тянущих болей в нижних отделах живота и таза [6]. Интенсивность ощущений усиливается в течение дня и особенно во время физической активности, а в горизонтальном положении или когда опущенные органы вправлены постепенно уменьшается. Опущение и выпадение органов малого таза в большинстве случаев сочетается с расстройствами мочеиспускания и реже с недержанием кала или запором. Многие женщины также предъявляют жалобы на диспареунию. При выраженной форме пролапса и особенно при длительном его существовании на эпителии влагалища образуются эрозии и незаживающие язвы.

В отечественной литературе отмечается, что хирургическое лечение опущения и выпадения тазовых органов в настоящее время является основным методом лечения при пролапсе [2, 7]. Консервативные методы лечения опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин позиционируются только как

вынужденная мера при невозможности хирургической коррекции и сводятся в основном к использованию специальных устройств – урогинекологических пессариев. Как известно, существует более 200 способов хирургического лечения генитального пролапса. Однако отдаленные результаты широко применяемых пластических операций с использованием местных тканей сегодня не удовлетворяют ни хирургов, ни пациенток. Причина столь неутешительных результатов не только (и не столько) в технике самой операции, сколько в исходной несостоятельности соединительной ткани, наблюдаемой в той или иной степени у половины больных с генитальным пролапсом [8, 9].

Несмотря на большое количество различных методов оперативного лечения пролапса, уровень рецидивов заболевания остается высоким. По данным различных авторов они возникают у каждой третьей больной, достигая 61,3% в течение трех лет после операции [8, 10]. Это часто становится причиной инвалидизации пациенток в результате многочисленных и функционально неэффективных вмешательств по их коррекции.

В зарубежной литературе указывается на то, что лечение ПТО необходимо начинать с консервативных методов, используя простые правила по изменению образа жизни, физические упражнения и пессарии, и только в случае отсутствия эффекта (сохранение или прогрессирование ассоциированных симптомов) решать вопрос о хирургическом вмешательстве [11]. Цель исследования: определить уровень знаний и практических навыков среди врачей при оказании медицинской помощи женщинам с пролапсом тазовых органов в современных условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

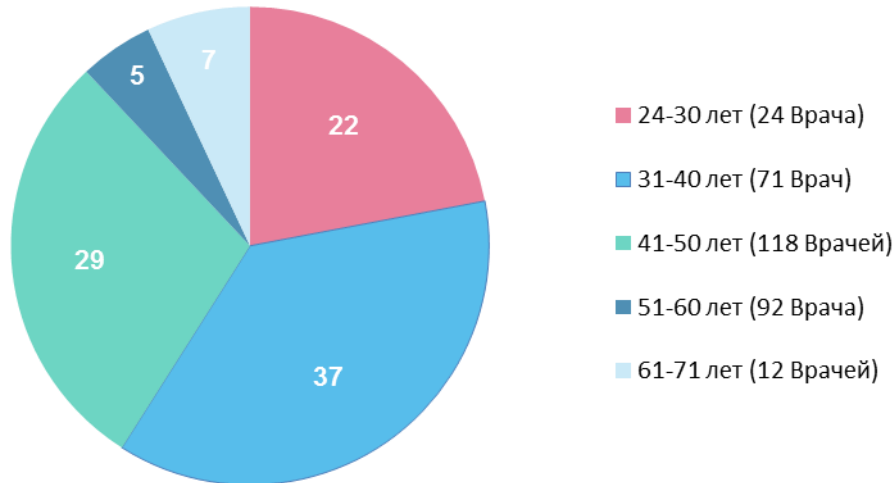
Материалом служили 460 анкет, которые были заполнены акушерами-гинекологами анонимно. Специально разработанная анкета (автор – проф. И.А. Аполихина) содержала 32 вопроса, включая сведения о респондентах, и имела возможные варианты ответов.

Общее количество обработанных анкет – 460. Среди участников опроса большинство указали Москву (40%) или не указали ничего (44%). Подробное распределение по регионам представлено на *рис. 1*.



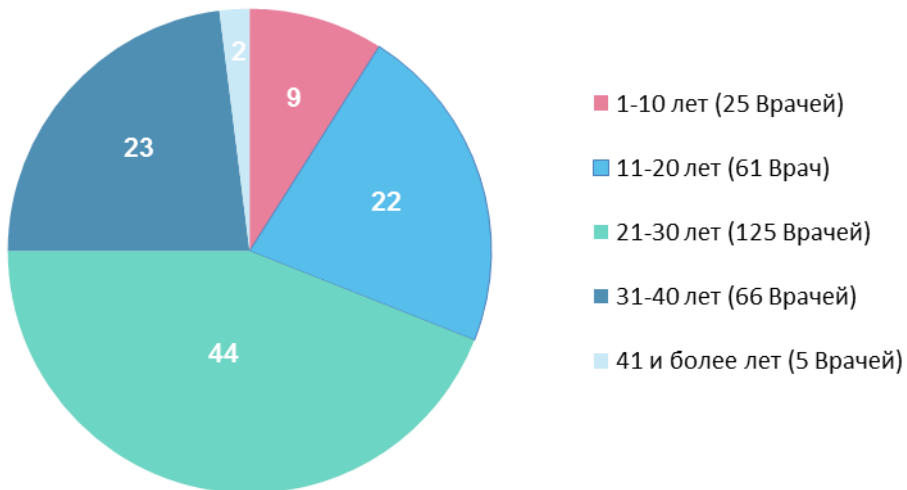
Возрастной диапазон врачей-респондентов колебался от 24 до 71 года. Средний возраст составил $43,5 \pm 4,5$ года. Распределение респондентов по возрастным группам представлено на рис. 2.

Рис. 2 Распределение врачей-респондентов по возрастным группам



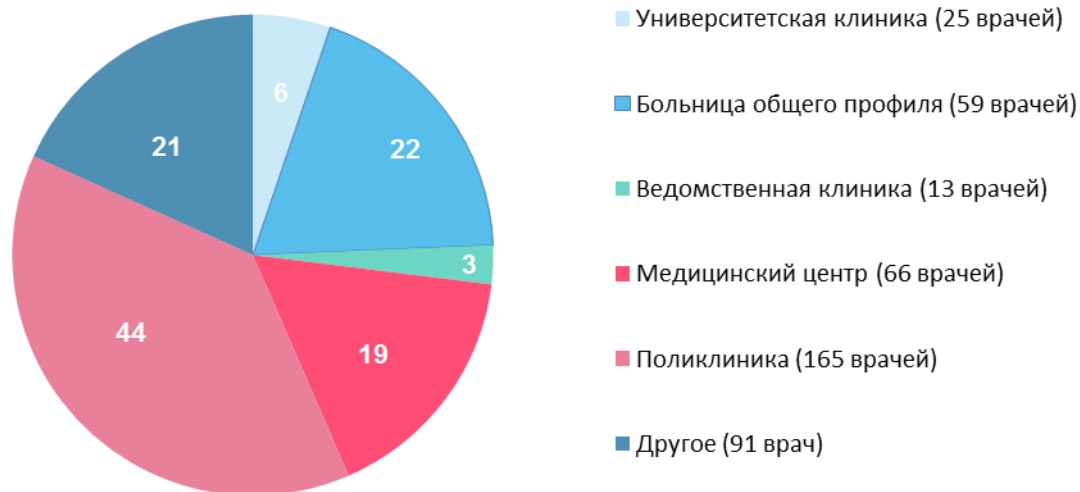
Мужчин было 18, женщин – 390 (52 респондента не указали пол). Стаж работы врачей, принявших участие в анкетировании, варьировал от 1 до 40 лет и в среднем составил $20,0 \pm 3,8$ года (рис. 3).

Рис. 3 Распределение врачей-респондентов по стажу работы



Распределение врачей-респондентов по месту работы представлено на *рис. 4*.

Рис. 4 Распределение врачей-респондентов по месту работы



На вопрос, проходили ли обучение (специальную подготовку по вопросам применения консервативных методов лечения при опущении и выпадении половых органов), положительно ответили 22% респондентов, 78% дали отрицательный ответ.

Для анализа доказательств эффективности применяемых методов лечения ПТО использовались обзоры опубликованных метаанализов и систематические обзоры.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась в стандартном приложении Microsoft Office Excel. Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ Statistica. Использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95% доверительного интервала. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивалась по критерию Стьюдента (t). Для сравнения количественных значений использовали доверительный интервал, в который попадали 95% всех значений – выборочное среднее плюс-минус три стандартных отклонения (правило трех σ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Современная стратегия выбора лечения при ПТО [11–13] по данным зарубежной литературы включает консервативное лечение пролапса гениталий, в том числе симптоматического. При этом методом «выбора» являются урогинекологические pessaries, и лишь при отсутствии или недостаточном эффекте от проведения консервативной терапии решают вопрос об оперативном лечении.

Анкетирование продемонстрировало, что 86% врачей устанавливают pessaries женщинам с пролапсом тазовых органов. Вместе с тем, 76% врачей установили бы pessaries только в том случае, когда все другие методы лечения исчерпаны и 68% – когда хирургическое лечение невозможно по тем или иным причинам, 22% врачей удовлетворили бы желание женщины, если бы она сама желала использовать pessaries в качестве метода лечения.

Женщинам со стрессовым недержанием мочи врачи устанавливают pessaries только в 19% случаев, и в 50% – в период предоперационной подготовки, считая, что у женщин с недержанием мочи pessaries может быть использован только при отсутствии условий для оперативного лечения (80%) как часть предоперационной

подготовки (16%) или когда все другие возможности исчерпаны (30%), либо по желанию самой женщины (32%).

Ограничивающими факторами для введения пессария были отмечены сексуальная активность пациентки (35%), планирование беременности, беременность, послеродовой период (78%).

36% врачей выразили уверенность в том, что использование пессариев у женщин с ПТО в сочетании с недержанием мочи неэффективно и не устраняет нарушения мочеиспускания. В отношении пролапса без мочевых симптомов уверенность в неэффективности использования пессариев для коррекции пролапса продемонстрировали только 2% опрошенных.

По мнению большинства исследователей, использование пессариев является «первой линией» терапии пролапсов [13, 14]. Эффективность применения пессариев, по данным одного рандомизированного исследования, составляет 60% (по критерию уменьшение или исчезновение симптомов), по данным когортных исследований достигает 92% [15–17].

При сравнении результатов лечения в группе женщин, использовавших пессарии, с теми, кто был прооперирован, было выявлено статистически значимое снижение степени пролапса, улучшение функции мочевого пузыря, кишечника и сексуальной функции через 1 год после проведенного лечения в обеих группах без существенной разницы между ними [18].

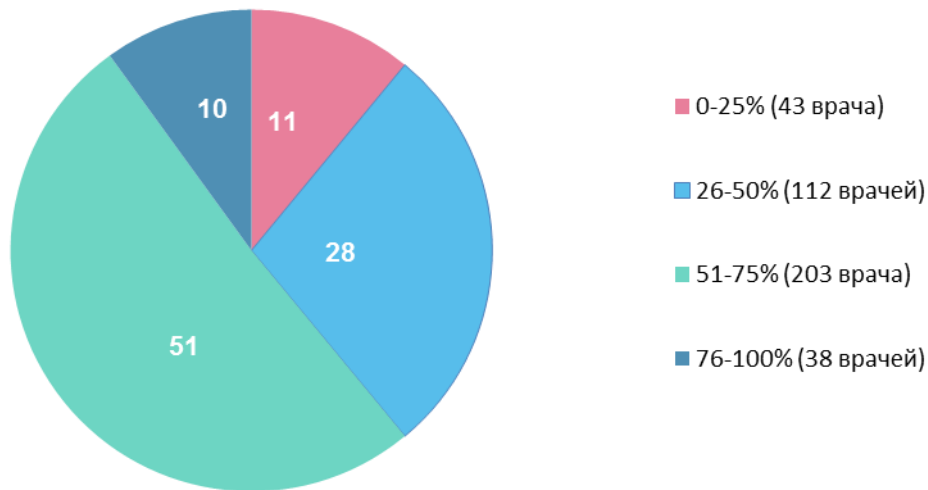
Почти все симптомы пролапса были купированы в течение первых двух месяцев использования пессариев: наличие «выпуклости» в половой щели (с 90 до 3%, $p < 0,001$), чувство давления (с 49 до 3%, $p < 0,001$), непровольная потеря мочи (с 12 до 0%, $p = 0,003$), а также запоры (с 14 до 0%, $p = 0,001$). По данным отдельных авторов, при использовании пессариев происходят объективные положительные изменения: уменьшается размер половой щели через три месяца с 4,8 до 3,9 см, снижается степень опущения у 21% женщин после первого года использования (по данным POP-Q) [19, 20]. Симптомы нарушения мочеиспускания (стрессовое недержание, частые позывы к мочеиспусканию и затруднение мочеиспускания) купируются в 59% случаев [21], симптомы, связанные с дисфункцией кишечника (недержание кала, и обструктивные симптомы) – в 40% [22], рост частоты сексуальных контактов и сексуального удовлетворения выявлен в 50% [22, 23].

В настоящее время отдельные авторы считают, что показанием для использования урогинекологических пессариев является пролапс матки любой степени с наличием ассоциированных симптомов или без них [16, 24]; симптоматический пролапс любой степени, когда хирургическое вмешательство невозможно (нежелание пациентки, наличие противопоказаний) [25]; стрессовое недержание мочи на фоне пролапса [16]; в целях уродинамической оценки скрытого недержания мочи (проба с пессарием) в предоперационном периоде (прогнозирование результатов оперативного вмешательства) [25–27].

По данным D.S. Кароог и соавт. (2009), почти две трети женщин с симптомами пролапса изначально выбирают консервативное лечение. Женщины, решившиеся на операцию по поводу пролапса, по данным одного из исследований, моложе тех, которые предпочли консервативное лечение (в среднем 58 и 66 лет соответственно), имеют более серьезные симптомы: выраженные боли внизу живота, связанные с опорожнением кишечника, неполное опорожнение, сексуальную дисфункцию (избегание сексуальных контактов из-за пролапса и снижение сексуального удовлетворения), а также обеспокоены снижением качества жизни [28].

На основании личного опыта врачи-респонденты отмечали высокую частоту успешного использования пессариев доктора Арабин (Германия) (рис. 5).

Рис. 5 Частота использования различных типов пессария Dr. Arabin



Среди этих пессариев наиболее часто используемым типом (43%) является кольцо, которое применяют 75% опрошенных врачей. Остальные типы пессариев используются значительно реже (рис. 6).

Рис. 6 Частота использования различных типов пессариев Арабин, %



Индивидуальную форму и размер пессария определяют в зависимости от вида и степени пролапса. При незначительных или средних степенях опущения (1–2-я степень по классификации W.F. Baden, T.A. Walker,

1972) применяют кольцевые или чашечные пессарии с поддерживающим механизмом действия, при более выраженных степенях (3–4-я степень) – грибовидные и кубические, поддерживающие и заполняющие внутреннее пространство, при сопутствующем недержании мочи выбирают пессарии с леватором, наличие которого оказывает запирающее действие вследствие давления на уретро-везикальный угол.

По данным зарубежных исследований, для женщин с пролапсом пессарии типа «кольцо» используются в 70–74% случаев, пессарии, заполняющие пространство (грибовидные и кубические), – в 26–29% [16, 19, 29].

Для правильного выбора индивидуального размера пессария используют адаптационные кольца, которые должны быть в любом медицинском учреждении, оказывающем медицинскую помощь при пролапсах. Однако лишь 36% врачей-респондентов имеют их в наличии и используют, остальные 64% указали на отсутствие адаптационных колец.

64% респондентов-врачей отметили, что после установки пессария в дальнейшем наблюдают пациенток, 36% только устанавливают, но не наблюдают.

Необходимость регулярного наблюдения за пациентками, применяющими пессарии, вполне очевидна. Однако периодичность консультаций у врача и рекомендации по поведению пациенток между визитами основаны преимущественно на экспертных мнениях (5-D) [30–32].

Оказываемая во время этих визитов помощь, как правило, включает фокусированную регистрацию динамики болезни, извлечение и обработку пессария, осмотр влагалища, иногда с применением орошения или местного лечения [25].

Обработка влагалища во время регулярных визитов к врачу или при рутинном самостоятельном уходе не является обязательной процедурой, и в настоящее время нет доказательных рекомендаций по необходимости рутинной ирригации [33].

Замена пессария на новый (другого размера или формы) в первый визит после его установки требуется 29–40% женщинам. Повторно выбранный пессарий успешно используется в последующем у 76–85% пользователей [15, 16, 34–36].

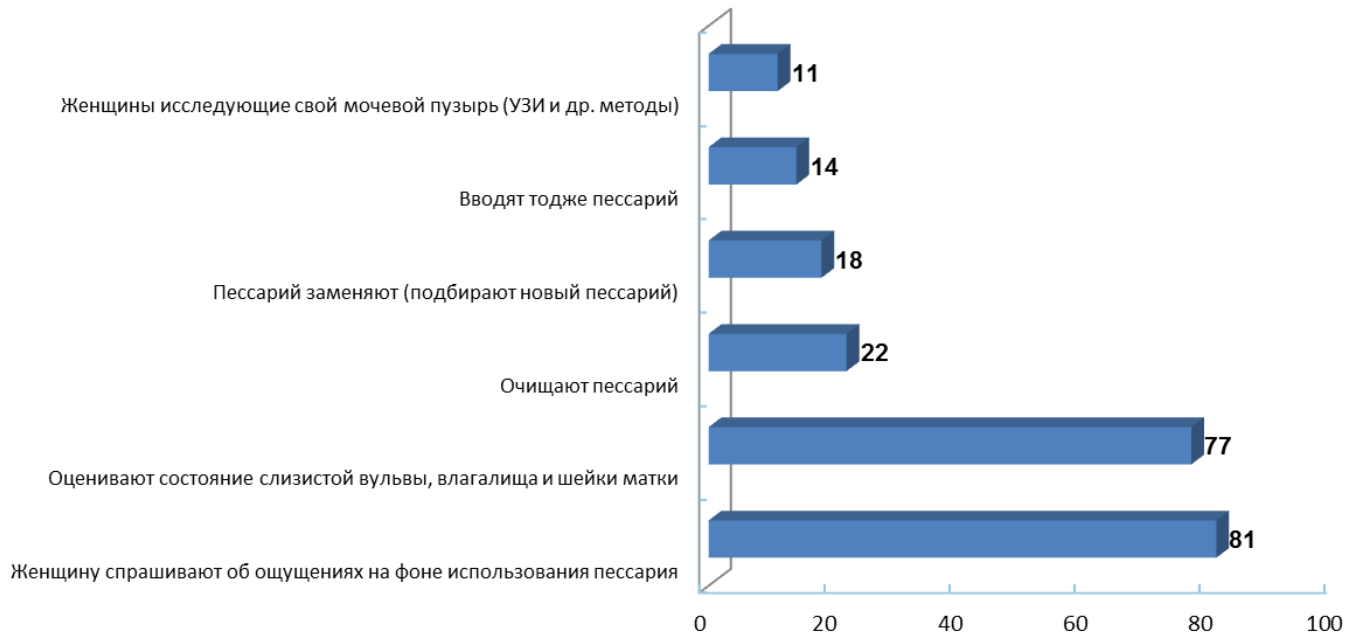
Симптомы, свидетельствующие о необходимости замены на пессарий другого размера или формы [37]: дискомфорт (ощущение давления); выпадение пессария; сохранение или появление симптомов стрессового недержания мочи или urgentных позывов к мочеиспусканию; затруднение мочеиспускания или дефекации; кровотечения и повышенное количество выделений из влагалища.

Как правило, у большинства женщин (74%) перечисленные симптомы возникают в течение первых 4 недель использования пессария. В целом, 12% женщин испытывают незначительные осложнения (6,9% – боль или дискомфорт, 3,2% – раздражение или кровотечение, 2,0% – запор) [38].

После длительного использования пессария может потребоваться его замена на пессарий меньшего размера в связи с улучшением состояния [19, 39].

Извлечение и обработка пессария производится 1 раз в 3 недели (кроме кубических и грибовидных, которые необходимо извлекать из влагалища ежедневно). Действия врача в ходе контрольных визитов, по данным нашего опроса, представлены на *рис. 7*.

Рис. 7 Действия врача в ходе контрольных визитов, %

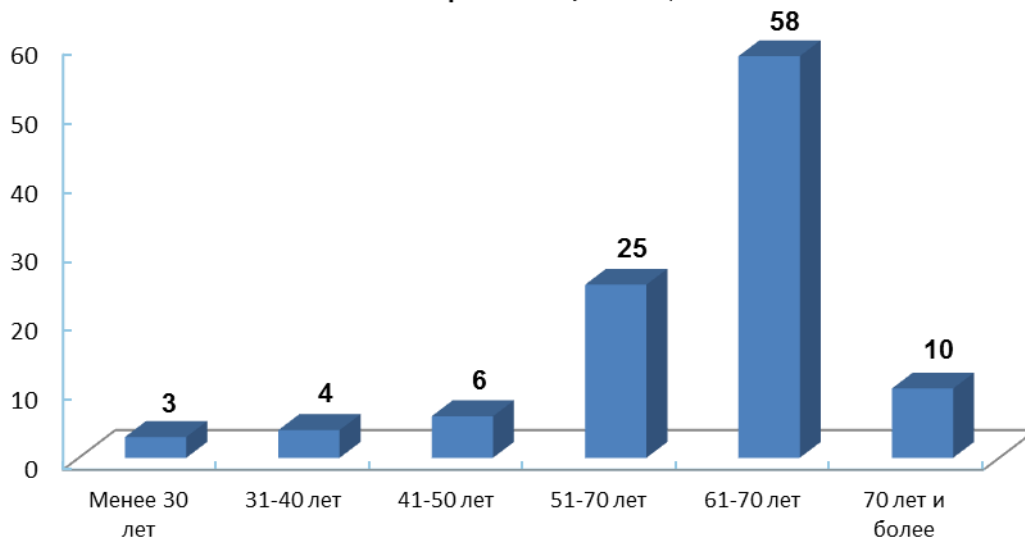


Ряд авторов отмечают некоторые анатомические особенности, снижающие возможность использования пессариев: короткая длина влагалища (<6 см) [16], широкий вход во влагалище (более четырех поперечных пальцев) [16], ожирение [38].

Среди факторов риска, способствующих прекращению использования пессариев, указывают: выраженное опущение задней стенки влагалища [34, 40], появление симптомов недержания мочи (при скрытом недержании мочи или *de novo*) [16, 41], готовность пациентки на оперативное лечение при первом посещении [40], наличие сахарного диабета [41], отсутствие поддержки со стороны семьи [41].

Важным фактором в достижении успеха в лечении и дальнейшем использовании пессариев является возраст пациентки. Наиболее востребованны пессарии оказались среди женщин в возрасте 61–70 лет (рис. 8).

Рис. 8 Частота применения пессариев в зависимости от возраста пациенток, %

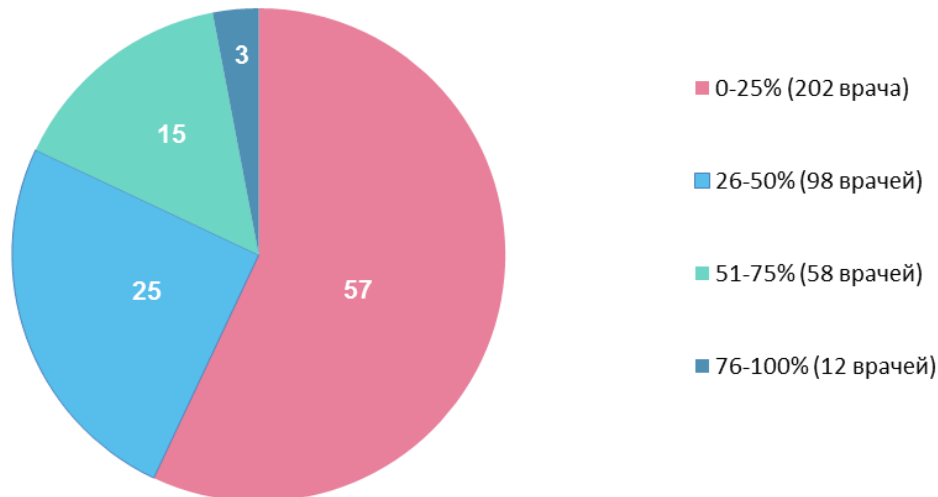


Установлены факторы, способствующие продолжению использования пессариев: возраст старше 65 лет [16, 40]; женщины, чьи базовые симптомы (мочевые, колоректально-анальные и собственно связанные с пролапсом) по тесту PFDI-20 снижаются на 50% после двух месяцев использования [42]; женщины, которые предпочитают самостоятельно определять цели лечения (связанные с функцией мочевого пузыря, физической активностью и здоровьем в целом) [43].

Учитывая, что женщины используют пессарии по разным причинам, длительность их применения может существенно различаться [33]. 86,1% женщин успешно используют пессарий в течение 5 лет [38].

Опыт врачей-респондентов, принявших участие в опросе, продемонстрировал, что длительно используют пессарии (один год и более) свыше 80% пациенток (рис. 9 см.).

Рис. 9 Количество женщин, длительно использующих пессарий (1 год и более), согласно опыту врачей-респондентов



Имеющиеся литературные данные свидетельствуют о том, что при трехлетнем наблюдении число женщин, продолжающих использовать пессарии, составляет от 56 до 70% [40, 41].

В долгосрочных исследованиях показано, что среди пациентов, длительно применяющих пессарии, преобладают женщины в возрасте старше 65 лет или женщины с сопутствующими соматическими заболеваниями, увеличивающими риск хирургического вмешательства [40]. В одном из исследований в наблюдаемой группе из 273 женщин продолжали использовать пессарии в среднем на протяжении семи лет [44]. При этом 44% из них сделали выбор в его пользу с целью избежать хирургического вмешательства.

Удовлетворенность пациенток через два месяца после начала использования пессариев в исследовании J.L. Clemons и соавт. составила 92%. Остальные 8% прекратили использование пессариев из-за появления стрессового недержания мочи (ОШ 17,1; 95% ДИ 1,9–20,6; P=0,004) [16].

В обсервационных краткосрочных исследованиях (от двух до шести месяцев) удовлетворение и дальнейшее использование отмечено в 81% (63–92%). Среднесрочные (от одного до двух лет) результаты продемонстрировали удовлетворение и дальнейшее использование в 61% случаев (53–83%) [16, 45, 46].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Впервые проведенное нами крупномасштабное исследование в России продемонстрировало, что при пролапсе тазовых органов большинство врачей предпочитают оперативную тактику, в отличие от современной консервативной стратегии ведения данной категории пациенток, описанной в литературе. Многие врачи, не имея необходимой подготовки и опыта работы по оказанию медицинской помощи женщинам при ПТО, считают, что консервативные методы (пессарии) недостаточно эффективны. Материально-техническое обеспечение медицинских учреждений, оказывающих соответствующую помощь женщинам, отсутствует. Исследование продемонстрировало необходимость включения модуля по формированию знаний и практических навыков применения пессариев в программы подготовки врачей общих и тематических курсов последипломного образования для изменения профессионального взгляда на пролапс и улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам при ПТО

ЛИТЕРАТУРА

1. Камоева С.В., Савченко Т.Н., Иванова А.В., Абаева Х.А. Современные генетические аспекты пролапса тазовых органов у женщин. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2013; 1: 16-21. [Kamoeva S.V., Savchenko T.N., Ivanova A.V., Abaeva Kh.A. Modern genetic aspects of pelvic organ prolapse in women. *Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2013; 1: 16-21.] 2. Радзинский В.Е., Дурандин Ю.М., Гагаев Ч.Г., Токтар Л.Р., Марилова Н.А., Тотчиев Г.Ф., Шалаев О.Н. Перинеология. Болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. Радзинский В.Е., ред. М.: МИА; 2006. 336 с. [Radzinsky V.E., Durandin Yu.M., Gageev Ch.G., Toktar L.R. Marilova N.A., Totchiev G.F., Shalaev O.N. *Perineologia. Diseases of the female perineum in obstetric-gynecological, sexology, urology, proctologic aspects*. Radzinsky V.E., eds. M.: MIA; 2006. 336 p.] 3. Vorvick L.J. Uterine prolapse. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/> (accessed 8 April 2010). 4. Бахаев В.В., Горин В.С. Выпадение половых органов у женщин: этиология и патогенез. *Акушерство и гинекология*. 2009; 3; 7-10. [Bakhaev V.V., Gorin V.S. Loss of sexual organs in women: etiology and pathogenesis. *Obstetrics and gynecology*. , 2009; 3; 7-10.] 5. Krissi H., Halperin R., Koren R., Peled Y. The presence and location of estrogen and progesterone receptors in the human pelvic cardinal ligaments. *Pelviperineology*. 2010; 29(1): 17-9. 6. Fonti Y., Giordano R., Cacciatore A., Romano M., La Rosa B. Post partum pelvic floor changes. *J. Prenat. Med*. 2009; 3(4): 57-9. 7. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М., Земскова Н.Ю. Оптимизация выбора метода оперативного лечения у пациенток с осложненными формами пролапса гениталий. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2005; 5: 19-23. [Buyanova S.N., Shchukina N.A., Chechneva M., Zemskova N.Yu. Optimization of the choice of method of surgical treatment of patients with complicated forms of genital prolapse. *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist*. 2005; 5: 19-23.] 8. Минович Е.Д. Патогенетическая профилактика и реабилитация при опущениях и выпадениях внутренних половых органов у женщин группы риска: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Одесса; 2008. 40 с. [Mirovich E.D. Pathogenetic prevention and rehabilitation in prolapse of the internal reproductive organs in women at risk. *Diss. Odessa*; 2008. 40p.] 9. Смольнова Т.Ю. Взаимосвязь выпадения половых органов у женщин с синдромом гипермобильности суставов при дисплазии соединительной ткани. *Терапевтический архив*. 2004; 11: 83-8. [Smolnova T.Yu. Connection of loss genitals in women with joint hypermobility syndrome in connective tissue dysplasia. *Therapeutic Archives*. 2004; 11: 83-8.] 10. Милхасян В.А. Пролапсы. Обзор литературы. Электронный ресурс. Available at: <http://uroexpert.ru>. Дата обращения: 16.05.14. [Milkhasyan V.A. Prolapses. Review of the literature. Electronic resource. Available at: <http://uroexpert.ru>. Date of application: 05/16/14.] 11. Bø K., Berghmans B., Mørkved S., Van Kampen M., eds. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor. Bridging science and clinical practice. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2007. 12. Schaffer J.I., Bloom S.L. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2005; 192(5): 1692-6. 13. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Pelvic organ prolapse. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007. 13 p. (ACOG practice bulletin no. 85). Available at: <http://www.guideline.gov/> 14. Institute Francais de Readapation URo-Genitale. Physical therapy for female pelvic floor disorders. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 1994; 6: 331-335. 15. Cundiff G.W., Amundsen C.L., Bent A.E., Coates K.W., Schaffer J.I., Strohbehm K., Handa V.L. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2007; 196(4): 405. e1-8. 16. Clemons J.L., Aguilar V.C., Tillinghast T.A., Jackson N.D., Myers D.L. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2004; 190(2): 345-50. 17. Robert M., Mainprize T.C. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*. 2002; 13(5): 326-9. 18. Abdool Z., Thakar R., Sultan A.H., Oliver R.S. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*. 2011; 22(3): 273-8. 19. Handa V.L., Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*. 2002; 13: 349-51. 20. Jones K., Yang L., Lowder J.L., Meyn L., Ellison R., Zyczynski H.M. et al. Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol*. 2008; 112(3): 630-6. 21. Noblett K.L., McKinney A., Lane F.L. Effects of the incontinence dish pessary on urethral support and urodynamic parameters. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2008; 198(5): 592. e1-5. 22. Fernando R.J., Thakar R., Sultan A.H., Shah S.M., Jones P.W. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol*. 2006; 108(1): 93-9. 23. Oliver R., Thakar R., Sultan A.H. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2011; 156: 125-30. 24. Manchana T., Bunyavejchevin S. Impact on quality of life after ring pessary use for pelvic organ prolapse. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*. 2012; 23(7): 873-7. 25. Atnip S.D. Pessary use and management for pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am*. 2009; 36(3): 541-63. 26. Liang C.C., Chang Y.L., Chang S.D., Lo T.S., Soong Y.K. Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse. *Obstet. Gynecol*. 2004; 104(4): 795-800. 27. Reena C., Kekre A.N., Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int. J. Gynaecol. Obstet*. 2007; 97(1): 31-4. 28. Kapoor D.S., Thakar R., Sultan A.H., Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*. 2009; 20(10): 1157-61. 29. Wu V., Farrell S.A., Baskett T.F., Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet. Gynecol*. 1997; 90(6): 990-4. 30. Gorti M., Hundelst G., Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: A UK-based survey. *J. Obstet. Gynaecol*. 2009; 29(2): 129-31. 31. Cundiff

G.W., Weidner A.C., Visco A.G., Bump R.C., Addison W.A. A survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000; 95(6): 931-5. 32. Pott-Grinstein E., Newcomer J.R. Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. *J. Reprod. Med.* 2001; 46(3): 205-8. 33. Culligan P.J. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2012; 119(4): 852-60. 34. Maito J.M., Quam Z.A., Craig E., Danner K.A., Rogers R.G. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwifery Womens Health.* 2006; 51(2): 78-84. 35. Maito J.M., Quam Z.A., Craig E., Danner K.A., Rogers R.G. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwifery Womens Health.* 2006; 51(2): 78-84. 36. Farrell S.A., Singh B., Aldakhil L. Continence pessaries in the management of urinary incontinence in women. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2004; 26(2): 113-7. 37. Hanson L.A., Schulz J.A., Flood C.G., Cooley B., Tam F. 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(2): 155-9. 38. Lone F., Thakar R., Sultan A.H., Karamalis G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2011; 114(1): 56-9. 39. Weber A.M., Richter H.E. Pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2005; 106(3): 615-34. 40. Clemons J.L., Aguilar V.C., Sokol E.R., Jackson N.D., Myers D.L. Patient characteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 191(1): 159-64. 41. Ko P.C., Lo T.S., Tseng L.H., Lin Y.H., Liang C.C., Lee S.J. Use of a pessary in treatment of pelvic organ prolapse: quality of life, compliance, and failure at 1-year follow-up. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2011; 18(1): 68-74. 42. Komesu Y.M., Rogers R.G., Rode M.A., Craig E.C., Gallegos K.A., Montoya A.R., Swartz C.D. Pelvic floor symptom changes in pessary users. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 197(6): 620. e1-6. 43. Komesu Y.M., Rogers R.G., Rode M.A., Craig E.C., Schrader R.M., Gallegos K.A., Villareal B. Patient-selected goal attainment for pessary wearers: what is the clinical relevance? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008; 198(5): 577. e1-5. 44. Sarma S., Ying T., Moore K.H. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2009; 116(13): 1715-21. 45. Manchana T. Ring pessary for all pelvic organ prolapse. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2011; 284(2): 391-5. 46. Lamers B.H., Broekman B.M., Milani A.L. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int. Urogynecol. J.* 2011; 22(6): 637-44.

Поступила 19.08.2014

Сведения об авторах:

Аполихина Инна Анатольевна, д.м.н., профессор, зав. гинекологическим отделением восстановительного лечения и стационара дневного пребывания ФГБУ НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. Адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Телефон: 8 (495) 735-10-55. E-mail: apolikhina@inbox.ru Дикке Галина Борисовна, д.м.н., заслуженный деятель науки и образования, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН Минобрнауки. Адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. Телефон: 8 (495) 434-53-00. E-mail: galadikke@yandex.ru Кочев Дмитрий Михайлович, генеральный директор ЗАО «ПенткрофтФарма». Адрес: 129110, Россия, Москва, пр-т Мира, д. 68, стр. 2. Телефон: 8 (495) 788-77-46. E-mail: pentcroft@mail.ru

About the authors:

Apolikhina Inna A., MD, professor, head of gynecology department of rehabilitation treatment and hospital day stay, Academician V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia. 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparina str. 4. Tel.: +74957351055. E-mail: apolikhina@inbox.ru Dikke Galina B., MD, Honored Science and Education, professor of obstetrics, gynecology and reproductive medicine, People's Friendship University of Russia, Ministry of Education and Science of Russia. 117198, Russia, Moscow, Miklukho- Maklaya str. 6. Tel.: +74954345300. E-mail: galadikke@yandex.ru Kochev Dmitry M., CEO of Pentcroft Pharma JSC. 129110, Russia, Moscow, Mira pr-t 68 bld. 2. Tel.: +74957887746. E-mail: pentcroft@mail.ru