

М.Г. ШНЕЙДЕРМАН¹, к.м.н., И.А. АПОЛИХИНА^{1,2}, д.м.н., профессор

¹ ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

² ФППОВ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

ПЕССАРИИ –

НОВЫЕ МОДЕЛИ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Вам 40 лет, и у вас проблемы? Вам 50 лет, и у вас проблемы? Вам за 60 лет, и у вас проблемы? Что же это за проблемы для женщин столь разных возрастов? Название у проблемы одно – опущение стенок влагалища и стрессовое недержание мочи. У вас долгожданная беременность, вы счастливы – и вдруг врачи говорят, что у вас проблема – угроза выкидыша и истмико-цервикальная недостаточность.

Ключевые слова: пролапс влагалища, недержание мочи, пессарии, беременность, истмико-цервикальная недостаточность

■ ЧТО ЖЕ ЭТО ЗА ПРОБЛЕМЫ И КАК ИЗБЕЖАТЬ ИХ?

В последние годы все больше женщин обращаются к врачам по поводу довольно серьезного заболевания – опущения и выпадения органов малого таза. Часто опущение органов малого таза сопровождается недержанием мочи при напряжении, чиханье, кашле и поднятии тяжестей, т. е. стрессовым типом. Опущение гениталий на ранних стадиях характеризуется выпячиванием задней или передней стенок влагалища, нередко обеих стенок, что сопровождается рядом неприятных ощущений и приводит к множеству проблем в различных аспектах качества жизни, в т. ч. в сексуальной и социальной сферах.

Данное заболевание встречается у женщин преимущественно после 40 лет, но бывает и у молодых нерожавших женщин (2%). Медленно прогрессирующее заболевание причиняет постоянные страдания женщинам, снижает трудоспособность, приводит к нервно-психическим срывам, ведет к разрыву семейных отношений.

Главную роль в возникновении заболевания играет нарушение синергизма мышц тазового дна, передней брюшной стенки, диафрагмы, разрывы промежности в родах, повреждения и растяжения мышц тазового дна, врожденные или приобретенные нарушения в процессах иннервации.

Нередко вместе с передней стенкой влагалища опускается мочевого пузырь, а опущение и выпадение

задней стенки влагалища ведет к опущению передней стенки прямой кишки.

Вследствие этого происходит потеря мочи при напряжении (кашле, подъеме тяжестей), непроизвольное выделение газов, запоры.

Чаще всего опущение влагалища наблюдается у женщин пожилого возраста как следствие инволюционных процессов в половых органах и обычно сопровождается недержанием мочи, кала, газов или затрудненным мочеиспусканием.

Каждая 4-я женщина в мире страдает недержанием мочи. Каждая 11-я оперируется по поводу опущения половых органов и недержания мочи. Из них 30% женщин оперируются повторно. В США с этой проблемой ежегодно оперируются 100 тыс. женщин.

Проблема опущения тазовых органов и недержания мочи включает в себя три фактора: медицинский, социальный и экономический. Классификация нарушения положения половых органов:

- уретроцеле,
- цистоцеле,
- неполное выпадение матки и влагалища,
- полное выпадение матки и влагалища,
- выпадение матки и влагалища неуточненное,
- энтероцеле влагалища,
- ректоцеле,
- другие факторы выпадения женских половых органов.

Первой линией лечения тазовых нарушений у женщин является консервативная тактика, включающая:

- тренировку мышц тазового дна,

- сочетание тренировки мышц тазового дна с биологической обратной связью,
- *применение пессариев*,
- гинекологический массаж,
- заместительную гормональную терапию, которая улучшает кровоснабжение мышц тазового дна, стенок влагалища и может в определенной степени укрепить связочный аппарат внутренних половых органов.

Хирургические лечения чаще всего проводят при выраженном опущении органов малого таза, когда консервативные методы лечения неэффективны и бесполезны. Поэтому своевременная помощь женщинам в начальных проявлениях заболевания опущения влагалища и матки, недержания мочи является весьма важной и актуальной.

История вагинальных колец восходит еще к временам Гиппократ и Амбразия Паре (XVI в.). А уже в XVII в. голландский хирург Ван Девентер описал четыре типа колец, которые в XVIII–XX вв. стали изготавливать из каучука, латекса, пластика и силикона. Последний материал является наиболее предпочтительным. Существующие пессарии отличаются по форме, размеру, материалу изготовления, плотности и присущей им функции.

Различаются поддерживающие пессарии (кольцо, чашеобразный и др.) и пессарии, заполняющие внутреннее пространство (куб, надувной, грибовидный и др.). Особый вид пессариев представляют из себя устройства, применяемые при недержании мочи, а именно поддерживающие пессарии с леватором.

Изучение имеющихся разновидностей пессариев и маточных колец выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при их использовании. Наиболее частым из них является возникновение чувства дискомфорта, боли и смещение введенных во влагалище пессариев. Это связано в первую очередь с неудобной формой пессария, материалом, из которого он изготовлен. Появление обильных влагалищных выделений и образование пролежней на стенке влагалища также связано с качеством используемого материала, его плотностью, возможностью инфицирования и частичного химического разложения. Кроме этого, нередко влагалищные раздражения, бактериальный вагиноз, актиномикоз, аллергические реакции на латекс.

Ущемление, свищи, мочевая или кишечная непроходимость являются результатом неудачной формы пессариев, повышенной плотности применяемых материалов, сильной упругости и деформации при длительном использовании. Кроме того, существующие пессарии не учитывают таких факторов, как широкая половая щель, короткая длина влагалища, сочетание опущения влагалища и стрессового недержания мочи.

Недостатком существующих маточных пессариев является трудность их введения самими женщинами, особенно в пожилом возрасте. Все это заставляет искать новые формы пессариев и новые материалы для их изготовления. Эту задачу решают представленные нами новые модели урогинекологических пессариев (рис. 1).

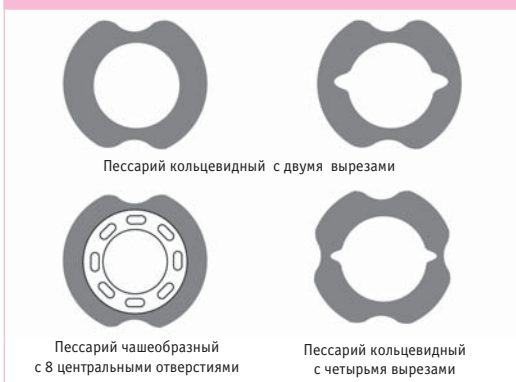
Рисунок 1. Урогинекологические пессарии



Новые виды урогинекологических пессариев выполнены из высококачественного силикона определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования пессария. Отличительной особенностью кольца является наличие двух или четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением. Пессарий с внутренней стороны кольца содержит чашечку с центральным отверстием, имеющую дополнительные отверстия по периметру для оттока влагалищного отделяемого (рис. 2).

Нами проанализирован опыт по использованию новых моделей пессариев на 40 женщинах, страдающих различными формами нарушения положения

Рисунок 2. Новые модели ургинекологических пессариев



тазовых органов. Возраст женщин составлял от 42 до 78 лет (средний возраст 60 лет). Из них 14 женщин имели 1-ю стадию генитального пролапса (по классификации POP-Q), у 18 женщин была 2-я стадия и у 8 женщин – 3-я стадия. У 32 женщин наблюдалось сочетание пролапса и непроизвольное подтекание мочи при физических нагрузках, кашле, смехе.

Применение новых изделий позволило облегчить введение пессария во влагалище, обеспечить правильную его установку, и при этом происходило прочное удержание тела матки, мочевого пузыря и влагалища в правильном анатомо-физиологическом положении (рис. 3).

Удаление пессария и повторное самостоятельное его введение не составляло проблем для женщин любого возраста и происходило абсолютно безболезненно.

Решение другой проблемы – истмико-цервикальной недостаточности и угрозы преждевременного прерывания беременности – также решается с применением новых моделей пессариев. Как известно, лечение истмико-цервикальной недостаточности решается двумя методами: хирургическим или консервативным с применением различных видов пессариев. Каждый врач при постановке пессариев у беременных женщин опирается на собственный опыт и практические рекомендации специалистов в этой области. По нашему мнению, при беременности наиболее предпочтительны пессарии размером 65–68 мм. Осложнения, наступающие при исполь-

зовании пессариев при беременности, в основном аналогичны таковым при пролапсе и недержании мочи, но чаще всего наблюдается раздражение слизистой влагалища из-за задержки и скопления по поверхности кольца усилившихся при беременности влагалищных выделений. Эти выделения могут провоцировать неприятный запах, кровянистые выделения, изъязвления. Такие осложнения исключаются при применении новых моделей пессариев, т. к. наличие четырех симметричных вырезов по наружной поверхности кольца дают свободный отток влагалищному отделяемому.

Новые модели пессария легко и удобно сжимаются при введении во влагалище благодаря наружным вырезам, куда помещаются пальцы, и могут легко и безболезненно извлекаться из влагалища.

Кольцо прочно удерживается во влагалище в заданном положении, имея четыре наружных выреза, к которым прижимаются стенки влагалища, и при этом не происходит его смещения. Рассчитанные упругость и плотность кольца и его форма позволяют удерживать тело и шейку матки в правильном анатомическом положении, препятствуют опущению стенок влагалища, предотвращают подтекание и недержание мочи при напряжении, кашле, смехе, чиханье и поднятии тяжестей.

Совершенно новым и существенным преимуществом в использовании новых моделей пессариев является наличие антимикробного покрытия (мирамистин, хлоргексидин, серебро), которое предотвращает развитие бактериального вагиноза

Рисунок 3. Правильное расположение пессария во влагалище



и связанного с этим затруднения в использовании маточного кольца.

Таким образом, преимущество новых моделей урогинекологических пессариев перед существующими моделями состоит в следующем.

1. Происходит дополнительная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов, отсутствие смещения и выпадения пессария при физических нагрузках.

2. Повышается удобство и простота сжимания пессария при его введении во влагалище.

3. За счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.

4. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого, что особенно важно при усиленной продукции влагалищного отделяемого при беременности.

5. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище.

6. При использовании новых моделей отсутствуют аллергические реакции.

7. Отмечается легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища.

Оптимальное время непрерывного использования пессария при пролапсе и стрессовом недержании мочи от 20 до 25 дней, после чего пессарий извлекается, промывается теплой водой и может быть снова введен во влагалище. При беременности сроки введения пессария и его удаления решает акушер-гинеколог, ведущий наблюдение за женщиной.



ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихина И.А., Шнейдерман М.Г. Урогинекологические пессарии: новые модели – новые возможности. *Акушерство и гинекология*, 2013;4:67-69.
2. Манухин И.Б., Бурдули Г.М., Даянов Ф.В. и др. Проллапс гениталий. М., 2000.
3. Шнейдерман М.Г. Гинекологический массаж. Практическое руководство для врачей. 2-е изд. 2011.
4. Dr. Gil Burton. Pessaries and Prolapse, Clinical Professor, Dept of Urogynaecology PNSH, University of Sydney, 2012.
5. Diokno AC, Borodulin GA. New vaginal speculum for pelvic organ prolapse quantification (POP-Q). *Int. Urogynecol. J Pelvic Floor Dysfunct.*, 2005;16:384-388.



ПЕССАРИИ Др. Арабин (Dr. Arabin) УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ И АКУШЕРСКИЕ

Все пессарии сделаны из неаллергенного гибкого силикона.

www.dr-arabin.ru

www.repro21.ru

new
впервые в России



Качество наших продуктов - это качество жизни и здоровья ваших пациентов

По результатам исследований среди голландских врачей общей практики большинство (79%) женщин, использующих пессарии при влагалищном пролапсе, выбрали продолжение этой терапии.

Марк Е.Вирхаут. Использование пессариев при влагалищном пролапсе. Обзор. Европейский журнал об акушерстве, гинекологии и репродуктивной биологии. 117 (2004) 4-9

СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

Dr.Arabin GmbH&Co.KG
Alfred-Herrhausen-Str.44 D - 58455 Witten

ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА» Эксклюзивный дистрибьютор
тел./факс: (495) 788-77-46



реклама