

# АКУШЕРСКИЕ ПЕССАРИИ

## ДР. АРАБИН (Dr. Arabin)

СДЕЛАНО  
В  
ГЕРМАНИИ



**Здоровье женщины,  
Здоровье ребенка,  
Здоровье нации!**



- Использовать акушерские pessарии у пациенток группы высокого риска в отношении невынашивания и преждевременных родов целесообразно.
- Пессарии, предложенные доктором Б. Арабин, получили признание во всем мире благодаря их эффективности и комфортности для женщин, а также простоте использования.

Заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, докт. мед. наук,  
профессор Савельева Галина Михайловна

Арабин Б., Альфиревиц Ц. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ: новости, мнения, обучение. №1 2014. С.10.



Эксклюзивный дистрибьютор ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»  
Тел./факс: +7(495) 788-77-46, [www.dr-arabin.ru](http://www.dr-arabin.ru), [www.repro21.ru](http://www.repro21.ru)

# РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Г. Б. Дикке

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы диагностики и лечения пролапса тазовых органов на ранних стадиях. Тренировки мышц тазового дна имеют доказанную эффективность в предотвращении прогрессирования заболевания и даже уменьшении степени пролапса у 17% пациенток, при этом снижение выраженности симптомов со стороны мочевого пузыря и кишечника достигается у 40–60% пациентов,

а отсутствие прогрессирования — более чем у 94%. Эффективность применения pessaries доктора Арабин в лечении пролапсов по данным 1 РКИ составляет 60%, по данным когортных исследований — 92%.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий, недержание мочи, качество жизни, тренажеры, pessaries.

## EARLY DIAGNOSIS AND CONSERVATIVE TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE

G. Dikke

Russian University of People's Friendship

**Annotation.** The article deals with the diagnosis and treatment of pelvic organ prolapse on the early stages. Training of pelvic floor muscles have proven effective in preventing disease progression and even reducing the degree of prolapse in 17% of patients, with a

decrease in symptoms from bladder and bowel is achieved in 40–60% of patients, and the lack of progression — more than 94%. The efficacy of Dr. Arabin pessaries in the treatment of prolapse by 1 RCT is 60% and up to 92% according to a cohort study.

**Keywords:** genital prolapse, urinary incontinence, quality of life, exercise equipment, pessaries.

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопросы пролапса тазовых органов (ПТО) являются актуальными для многих женщин. По данным J. Awwad и соавторов, ПТО выявляется у 20,4% женщин в возрасте 20–29 лет, у 50,3% — в возрасте 30–39 лет, у 77,2% — в возрасте 40–49 лет [1].

При этом следует отметить, что начальные формы ПТО проявляются в репродуктивном возрасте: у 65% больных — между 30 и 45 годами, у 19% больных — до 30 лет, и лишь у 17% — после 50 лет, и по мере прогрессирования заболевания появляются и усугубляются функциональные нарушения [2].

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Проблема несостоятельности тазового дна глобальна и, конечно, не сводится только к ухудшению качества сексуальных отношений, что чаще волнует молодых женщин, — она медленно прогрессирует, и к 40–50 годам не менее 40% всех женщин страдают от выпадения тазовых органов — пролапса гениталий.

Самым первым симптомом заболевания является зияние половой щели при разведении бедер в покое или при напряжении. Такое состояние является первым и самым ранним признаком пролапса гениталий. Ранними симптомами начинающегося пролапса являются также: хлюпающие звуки при половом контакте, недержание мочи при напряжении, попадание воздуха во влагалище при физических упражнениях, слабая прерывистая струя или разбрызгивание мочи при мочеиспускании.

При продолжающемся прогрессировании процесса происходит медленное (в течение нескольких лет) опущение стенок влагалища и шейки матки в образовавшийся дефект промежности. При этом может возникнуть ощущение инородного тела в области промежности, тянущие боли внизу живота и в пояснице, сексуальная неудовлетворенность. При дальнейшем прогрессировании пролапса гениталий происходит сначала частичное,

а затем и полное выпадение матки и стенок влагалища за пределы половой щели.

К другим нарушениям, связанным с опущением и выпадением половых органов, которые проявляются на более поздних стадиях процесса, относятся:

- воспалительные заболевания влагалища (кольпиты, вагиниты) и шейки матки (цервициты), плохо поддающиеся лечению в связи с нарушением нормального биоценоза влагалища;
- недержание мочи, когда имеет место «передний пролапс», то есть опущение передней стенки влагалища, вместе с которой опускается и задняя стенка мочевого пузыря (цистоцеле);
- недержание кала при «заднем пролапсе», когда вместе с задней стенкой влагалища опускается прямая кишка (ректоцеле); проявляется в нарушении акта дефекации, недержании газов и стула. Такая проблема носит очень тягостный характер, существенно снижает качество жизни, может приводить к психическим расстройствам (депрессии).

## ДИАГНОСТИКА

Диагностика ранних стадий ПТО врачом первичного звена имеет большое значение в дальнейшей судьбе женщины, так как позволяет начать своевременное лечение и не допустить развития выраженной степени заболевания, требующего хирургического вмешательства.

Во время приема врач может провести несколько простых функциональных тестов, не требующих специального оборудования [3].

**Проба Вальсальвы, или проба с натуживанием.** Женщине с полным мочевым пузырем, лежащей на гинекологическом кресле, предлагают сделать глубокий вдох, затем потужиться, не выпуская воздух. При недостаточности тазового дна визуальные проявления пролапса

могут стать более выраженными, а при недержании мочи из наружного отверстия уретры появляется моча. Характер потери мочи из уретры фиксируют визуально и тщательно сопоставляют с силой и временем натуживания.

**Кашлевая проба.** Пациентке с полным мочевым пузырем (150–200 мл) в положении на гинекологическом кресле предлагают покашлять, повторив три кашлевых толчка 3–4 раза, в промежутках между сериями кашлевых толчков необходим полный вдох. Проба положительна при подтекании мочи при кашле. Данный тест получил наиболее широкое применение в клинической практике. Была доказана связь положительного кашлевого теста с несостоятельностью внутреннего сфинктера уретры.

**Определение тонуса и силы мышц тазового дна.** Тонус определяется на основании оценки растяжимости промежности с помощью введенных во влагалище указательного и среднего пальцев и их разведении (в сантиметрах) или введенных нескольких пальцев в поперечном положении (их количество).

**Тестирование силы мышц тазового дна** выполняется с использованием техники произвольного сжатия, которая включает сокращение мышц тазового дна без сокращения мышц брюшной стенки и без пробы Вальсальвы (натуживания).

Тестирование силы мышц тазового дна может быть выполнено при однопальцевом или двухпальцевом исследовании врачом, или самостоятельно. Оценка проводится по шкале оценки силы мышц тазового дна Оксфорда (табл.).

#### ОЦЕНКА СИМПТОМОВ ПРОЛАПСА ПО ВОПРОСНИКУ PFDI-20

Опросник содержит три группы вопросов: симптомы пролапса тазовых органов (POPDI-6), колоректально-анальные симптомы (CRAD-8) и симптомы недержания мочи (UDI-6). Он прост для пациентки, и его необходимо иметь в кабинете во время приема (скачать в интернете). Надежность методики составляет 0,86,  $p < 0,001$ ; чувствительность — 1,48,  $p < 0,0001$ ; стандартизированный ответ — 1,09,  $p < 0,0001$ .

## ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ СТАДИЙ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Изменение образа жизни и физические тренировки. Эксперты Королевского общества акушеров и гинекологов (Великобритания) считают, что простые правила изменения образа жизни могут предотвратить прогрессирование пролапса [4, 5]. Среди них:

- отказ от курения, лечение хронического кашля;
- профилактика запоров (диета, богатая клетчаткой);
- избегание физических нагрузок, связанных с подъемом тяжестей;
- поддержание нормального веса (снижение веса при его избытке);
- специальные физические упражнения.

При этом физическим упражнениям отводится особая роль.

До начала тренировки необходимо научить пациентку, как «найти» мышцы, которые нужно сокращать. Для этого используют тест на прерывание мочеиспускания. Находясь в туалете, мышечным напряжением нужно остановить процесс мочеиспускания. Когда пациентка четко поймет, что необходимо делать для сокращения данной мышцы, можно приступать к тренировкам.

В результате тренировки мышц промежности улучшается кровоснабжение и тонус мышечно-связочного аппарата. Тренировки мышц тазового дна в послеродовом периоде эффективно снижают риск раннего развития пролапса гениталий и недержания мочи при напряжении. Ошибка большинства женщин заключается в том, что они в первую очередь стремятся восстановить фигуру в послеродовом периоде — «убрать» живот, нагружая мышцы брюшного пресса. При этом они забывают или не знают, что укреплению пресса должны предшествовать упражнения, укрепляющие мышцы промежности. Повышение внутрибрюшного давления при снижении тонуса мышц тазового дна в конечном итоге усугубляет несостоятельность мышц промежности.

Таблица

Шкала Оксфорда для оценки силы мышц тазового дна

Оценка	Характеристика
0	Нет различимых сокращений
1	Едва ощутимые сокращения, мерцающие сокращения, не видимые при осмотре промежности
2	Слабые, отчетливо ощутимые сокращения, ощущаемые исследователем как небольшое давление на палец
3	Умеренной мышечной силы сокращения и ощутимое движение вверх и вперед, видны на промежности
4	Хорошей мышечной силы сокращения, движение вверх возможно при небольшом сопротивлении, круговое давление может ощущаться по всему исследуемому пальцу. При исследовании указательным и средним пальцами они прижаты друг к другу
5	Очень сильной мышечной силы сокращения, возможно против энергичного сопротивления. При исследовании указательным и средним пальцами они прижаты друг к другу, несмотря на оказываемое сопротивление

## УПРАЖНЕНИЯ КЕГЕЛЯ

Родоначальником физических упражнений для мышц тазового дна является немецкий врач Арнольд Кегель (Arnold Kegel, 1894—1981). Он был хирургом, но разработанный им способ лечения стрессового недержания мочи у женщин позволил в 93% случаев избавить своих пациенток от необходимости хирургического вмешательства.

Важным условием выполнения упражнений А. Кегель считал использование специального прибора, который он изобрел и запатентовал в 1947 году — перинеометра. Сокращение мускулатуры тазового дна генерирует увеличение интравагинального давления, что может быть измерено с помощью вагинального баллонного катетера, соединенного с манометром (перинеометр, динамометр). Регистрируемым значением является пиковое давление, определяемое на высоте сокращения.

Современные приборы для измерения силы сокращений мышц промежности, снабженные электронным устройством регистрации, используются для оценки силы сокращений (тестовый режим) и контроля за правильностью сокращений во время тренировки мышц тазового дна (режим тренировки). Выполнение тренировок без такого прибора может оказаться неэффективным, привести к разочарованию и дискредитации метода. Поэтому, прежде чем начинать тренировки, необходимо позаботиться о приобретении перинеометра. Во-первых, он поможет установить начальные показатели тонуса и силы сокращения тазовых мышц, во-вторых — контролировать правильность выполнения упражнений и, в-третьих, фиксировать результаты тренировок и достигнутый прогресс.

В настоящее время доступны различные варианты таких приборов. Перечислим некоторые из них.

**Пневматический тренажер мышц тазового дна** (цифровой перинеометр, ЦП) — инновационный продукт, объединяющий в себе современную пневматическую систему с технологией биологической обратной связи.

**Прибор EmbaGYN™** позволяет сокращать необходимые мышцы даже при их очень слабом тонусе, когда женщина не может эффективно выполнять упражнения самостоятельно. Прибор посылает слабые электрические импульсы, и мышцы сокращаются в необходимом ритме и с нужной силой. Механизм действия включает непрямую стимуляцию мускулатуры тазового дна через ветви полового нерва. Систематическое повторное сокращение под воздействием электрических импульсов вызывает увеличение их массы и силы. Кроме того, улучшается кровообращение в прилежащих глубоких тканях. Когда тренировки позволят женщине уже самостоятельно выполнять сокращения, можно перейти в другой режим тренировок.

**Тренажер Magic Kegel Master** представляет собой силиконовое устройство в виде объемной восьмерки с вибрирующим эффектом. Гаджет подключается через Bluetooth к приложению на смартфоне. Приложение имеет множество программ и нагрузок медицинского, общеукрепляющего и оздоровительного характера, созданных

с учетом различных показаний. Это может быть и подготовка к родам, к послеродовому периоду, и с целью улучшения качества сексуальной жизни.

Описанные выше приборы предназначены для динамических тренировок, то есть предполагают использование упражнений, связанных с непосредственным возвратно-поступательным движением — сокращением и расслаблением мышц. Кроме того, существуют статические тренировки. Статическая нагрузка включает упражнения, отличительной особенностью которых является фиксация сокращения мышц на протяжении определенного промежутка времени.

Для статических тренировок используются следующие виды тренажеров.

### StepFree влагалищные конусы и Yolana фаза 1.

Эти вагинальные тренажеры представляют собой комплект конусов различного веса. Когда женщина стоит или ходит, поместив внутрь тела конус, он все время пытается выскользнуть из влагалища, создавая ощущение «выпадения», которое заставляет сокращать мышцы тазового дна, чтобы его удержать. После того, как пациентка постепенно научится удерживать самый легкий конус, используются все более тяжелые грузики. Упражнение следует выполнять в течение 15 минут ежедневно. Для достижения положительных результатов тренироваться необходимо регулярно (ежедневно), и тогда результаты будут видны уже через 2—3 месяца.

### Показания для использования тренажеров:

- слабость мышц тазового дна;
- зияние половой щели;
- пролапс любой степени, с симптомами или без;
- недержание мочи при напряжении (при сопутствующем пролапсе гениталий или без него);
- недержание кала, газов, связанных с задним пролапсом гениталий.

### ПРИМЕНЕНИЕ ПЕССАРИЕВ ДОКТОРА АРАБИН

Не каждая женщина с выпадением половых органов нуждается в хирургическом лечении. Лечение симптоматического пролапса гениталий следует начинать с консервативных методов, среди которых методом выбора являются пессарии. И лишь при недостаточном эффекте от проведения консервативной терапии решается вопрос об оперативном лечении.

Показаниями для использования пессариев являются:

- пролапс матки любой степени с наличием или без ассоциированных симптомов [16, 17];
- симптоматический пролапс любой степени, когда хирургическое вмешательство невозможно (нежелание пациентки, наличие противопоказаний) [76];
- стрессовое недержание мочи на фоне пролапса [17];

- *уродинамическая оценка скрытого недержания мочи в предоперационном периоде (прогнозирование результатов оперативного вмешательства) [18–20].*

Противопоказания: абсолютных противопоказаний для применения пессариев нет. Относительные противопоказания: вагинит, декубитальные язвы, непереносимость эстриола, слабоумие, пролапс IV степени [21].

#### **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР ФОРМЫ И РАЗМЕРА ПЕССАРИЯ**

Индивидуальный подбор формы и размера пессария производится в зависимости от вида и степени пролапса. При незначительных или средних степенях опущения применяются кольцевые или чашечные пессарии с поддерживающим механизмом действия; при более выраженных — грибовидные и кубические, поддерживающие и заполняющие внутреннее пространство; при сопутствующем недержании мочи выбирают пессарии с леватором, наличие которого оказывает запирающее действие вследствие давления на уретру. Перфорированные пессарии применяются при повышенной секреции влагалищного содержимого для улучшения оттока.

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРАЖНЕНИЙ КЕГЕЛЯ, ПРИМЕНЕНИЯ ТРЕНАЖЕРОВ И ПЕССАРИЕВ ДОКТОРА АРАБИН**

Методы консервативного лечения опущения и выпадения внутренних половых органов на ранних стадиях, в том числе осложненных недержанием мочи и кала, с помощью тренировок мышц тазового дна (упражнения Кегеля, вагинальные тренажеры) эффективны по критерию «уменьшение степени пролапса» у 17% пациенток, что было показано в четырех рандомизированных клинических исследованиях, отличающихся высокой степенью доказательности [6]. При этом снижение выраженности симптомов со стороны мочевого пузыря и кишечника достигается у 40–60% пациентов, а отсутствие прогрессирования — более чем у 94% [7]. Эффективность подтверждается также данными ультразвукового исследования (увеличение объема мышц, сокращение длины мышц, повышение позиции мочевого пузыря и прямой кишки) [8].

Полученные В. Н. Серовым с соавторами результаты применения электростимуляции мышц тазового дна у пациенток со снижением тонуса мышц тазового дна в сочетании со стрессовым недержанием мочи умеренной и легкой степеней тяжести и у больных со снижением тонуса мышц тазового дна без недержания мочи свидетельствуют о достаточно высокой эффективности указанного метода лечения. Увеличение контрольных показателей более чем на 50% от исходного уровня отмечены у 87,5% пациенток первой (с симптомами стрессового недержания мочи) и у 100% женщин второй (без симптомов) групп. У подавляющего большинства пациенток улучшение наступало через 4–5 недель терапии [9].

В многоцентровом проспективном нерандомизированном исследовании изучалась эффективность электро-

миостимуляции у женщин с ургентным и смешанным недержанием мочи [10]. Процедуры проводили ежедневно или через день по 15 минут дважды в день в течение 20 недель. У всех женщин наблюдалось снижение частоты опорожнения мочевого пузыря, эпизодов «утечки» мочи и частоты ночных мочеиспусканий (при отсутствии разницы от режима терапии), 69% пациенток имели существенное улучшение (снижение частоты симптомов на 50% и более), при этом 28% из них были излечены. В целом 93% пациенток хорошо переносили лечение и 72% были удовлетворены его результатами. Аналогичные результаты (у 70% пациентов с недержанием мочи был получен эффект) представлены в исследовании Н. Eyjolfsdottir и соавторов [11]. Электростимуляция мышц тазового дна оказалась неэффективна у пожилых женщин (старше 65 лет) [12].

В сравнительном исследовании по изучению эффективности физических тренировок с использованием электростимуляции и вагинальных конусов было показано, что они одинаково эффективны в лечении женщин с недержанием мочи [13].

Тренировки мышц тазового дна являются эффективным средством для лечения стрессового недержания мочи. Более того, было показано, что они одинаково эффективны [11] и даже могут превосходить электрическую стимуляцию и использование конусов [14].

Альтернативные тренировки (пилатес, тай чи и др.) не получили доказательств эффективности и не рекомендуются.

Систематический обзор применения тренировок мышц тазового дна у беременных и родивших показал их эффективность, что послужило основанием для рекомендаций по включению в качестве рутинной части упражнений для женских программ в послеродовом периоде. Полезна также электромиостимуляция в лечении недержания мочи после родов при условии продолжительности тренировок не менее 8 месяцев [15].

Эффективность пессариев по данным 1 РКИ составляет 60%, а по данным когортных исследований достигает 92% [17, 22, 23].

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 [24].

Почти все симптомы пролапса купируются в течение двух месяцев использования пессария: наличие «выпуклости» в половой щели (с 90% до 3%,  $p < 0,001$ ), чувство давления (с 49% до 3%,  $p < 0,001$ ), непроизвольная 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 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) [25, 26].

Купирование мочевого симптомов (стрессовое недержание, частые позывы к мочеиспусканию и затруднение мочеиспускания) достигается в 59% случаев [16, 27–30], симптомов, связанных с дисфункцией кишечника (анального недержания и обструктивных симптомов) — в 40% случаев [31], рост частоты сексуальных контактов и сексуального удовлетворения выявлен в 50% случаев [31, 32].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявление пролапса гениталий на ранних стадиях заболевания и своевременное начало лечения консервативными методами может предотвратить прогрессирование заболевания, нивелировать симптомы, в том числе со стороны мочевого пузыря (недержание) у большинства пациенток и улучшить качество их жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Awwad J., Sayegh R., Yeretian J. et al. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study // *Menopause*. — 2012. — 19 (11). — P. 1235–1241.
2. Тигиева А. В. Несостоятельность тазового дна у женщин репродуктивного возраста // Автореф. ... дисс. к.м.н. — 14.01.01. Акушерство и гинекология. — М., 2014. — 20 с.
3. Радзинский В. Е., Шалаев О. Н., Дурандин Ю. М. и соавт. Перинеология. Опушение и выпадение половых органов: Учеб. пособие. — М.: РУДН, 2008. — 256 с.: илл.
4. Weber A., Richter H. Pelvic Organ Prolapse // *Obstet. Gynecol.* — 2005. — 106 (3). — P. 615–634.
5. Jones R. RCOG release: Simple lifestyle changes may reduce the symptoms of pelvic organ prolapse. — Published: 22.03.2013. — <http://www.rcog.org.uk/>
6. Schaffer J., Bloom S. 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). — P. 1692–1696.
7. Hagen S., Stark D. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. Published: 07.12.2011. — <http://summaries.cochrane.org/>
8. Braekken I., Majida M., Engh M. Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial // *Obstet. Gynecol.* — 2010 Feb. — 115 (2 Pt 1). — P. 317–324.
9. Серов В. Н., Аполихина И. А., Кубицкая Ю. В., Железнякова А. И. Электростимуляция мышц тазового дна в лечении недержания мочи у женщин // *Акушерство и гинекология*. — 2011. — 7 (2). — С. 51–55.
10. Siegel S., Richardson D., Miller K. et al. Pelvic floor electrical stimulation for the treatment of urge and mixed urinary incontinence in women // *Urology*. — 1997 Dec. — 50 (6). — P. 934–940.
11. Eyjofsdottir H., Ragnarsdottir M., Geirsson G. Pelvic floor muscle training with and without functional electrical stimulation as treatment for stress urinary incontinence // *Laeknabladid*. — 2009. — 95 (9). — P. 575–580.
12. Spruijt J., Vierhout M., Verstraeten R. et al. Vaginal electrical stimulation of the pelvic floor: a randomized feasibility study in urinary incontinent elderly women // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2003. — 82 (11). — P. 1043–1048.
13. Santos P., Oliveira E., Zanetti M. et al. Electrical stimulation of the pelvic floor versus vaginal cone therapy for the treatment of stress urinary incontinence // *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* — 2009. — 31 (9). — P. 447–452.
14. Goode P., Burgio K., Locher J. et al. Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial // *JAMA*. — 2003 Jul. — 16. — 290 (3). — P. 345–352.
15. Morkved S., Bo K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review // *Br. J. Sports Med.* — 2014. — 48 (4). — P. 299–310.
16. Manchana T., Bunyavejchevin S. Impact on quality of life after ring pessary use for pelvic organ prolapse // *International Urogynecological Journal*. — 2012. — 23 (7). — P. 873–877.
17. Clemons J., Aguilar V., Tillinghast T. et al. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse // *Am. J. of Obstetrics and Gynecology*. — 2004. — 190 (2). — P. 345–350.
18. Atnip S. Pessary use and management for pelvic organ prolapse // *Obstet Gynecol. Clin. North. Am.* — 2009 Sep. — 36 (3). — P. 541–563.
19. Liang C., Chang Y., Chang S. et al. Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse // *Obstet. Gynecol.* — 2004. — 104. — P. 795.
20. Reena C., Kekre A., Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2007. — 97. — P. 31.
21. UroToday. NIDDK UI Symposium — Devices for the Woman with Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence — Session Highlights. <http://www.urotoday.com/> (accessed 5 Apr Vorvick LJ. Uterine prolapse. <http://www.nlm.nih.gov/> (accessed 08.04.2010).
22. Cundiff G., Amundsen C., Bent A. et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries // *Am. J. of Obstetrics and Gynecology*. — 2007. — 196 (4): 405.e1–8.
23. Robert M., Mainprize T. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence // *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* — 2002. — 13. — P. 326.
24. Abdool Z., Thakar R., Sultan A., Oliver R. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse // *International Urogynecology Journal*. — 2011. — 22 (3). — P. 273–278.
25. Handa V., Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? // *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* — 2002. — 13. — P. 349–351.
26. Jones K., Yang L., Lowder J. et al. Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse // *Obstet. Gynecol.* — 2008. — 112. — P. 630.
27. Donnelly M., Powell-Morgan S., Olsen A., Nygaard I. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence // *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct.* — 2004. — 15. — P. 302.
28. Moore K., Foote A., Burton G., King J. An open study of the bladder neck support prosthesis in genuine stress incontinence // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* — 1999. — 106. — P. 42.
29. Farrell S., Baydock S., Amir B., Fanning C. Effectiveness of a new self-positioning pessary for the management of urinary incontinence in women // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2007. — 196: 474.e1.
30. Noble K., McKinney A., Lane F. Effects of the incontinence dish pessary on urethral support and urodynamic parameters // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2008. — 198: 592.e1.
31. Fernando R., Thakar R., Sultan A. et al. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse // *Obstet. Gynecol.* — 2006. — 108. — P. 93.
32. Oliver R., Thakar R., Sultan A. The history and usage of the vaginal pessary: a review // *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*. — 2011. — 156. — P. 125–130.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

**Дикке Галина Борисовна** — заслуженный деятель науки и образования, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Адрес организации: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8.  
Тел.: (495) 4345300, e-mail: galadikke@yandex.ru