

Слабость мышц тазового дна: всех ли нужно оперировать?

Возможности использования пессариев в качестве альтернативы хирургическому лечению обсуждались в рамках секционного заседания, организованного при поддержке компании «Пенткрофт Фарма». Ведущие эксперты акушеры-гинекологи высказали мнение о том, что стрессовое недержание мочи, пролапс тазовых органов, угроза преждевременных родов – вот далеко не полный список показаний, при которых применение пессариев эффективно.

Открывая работу секции, ее председатель, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор В.Е. РАДЗИНСКИЙ подчеркнул, что проблема пролапса тазовых органов и тесно связанная с ней проблема недержания мочи являются не только медицинскими, но и социальными. Только в нашей стране от этих расстройств страдают миллионы женщин, однако государственные программы по реабилитации пока не созданы. Более того, зияние половой щели после первых родов де факто стало нормой для многих пациенток и даже для

самых врачей, несмотря на то что зияние половой щели – это первый шаг к пролапсу и инфекционным воспалительным заболеваниям.

Возможности, сроки и целесообразность применения тех или иных хирургических операций для лечения пролапса тазовых органов до сих пор остаются предметом обсуждения. Однако уже сегодня у врачей-гинекологов есть возможность помочь пациенткам, находящимся в ожидании операции или отказавшимся от нее, при помощи консервативных методик, например, установки пессариев.



Акушерские пессарии dr. Arabin в профилактике невынашивания беременности у женщин группы риска

В своем выступлении заведующая консультативно-диагностическим отделением Московского областного перинатального центра, д.м.н. М.В. ЦАРЕГОРОДЦЕВА подняла один из наиболее острых вопросов современного акушерст-

ва – проблему невынашивания беременности (НБ). По данным статистики, в России «теряется» каждая 5-я желанная беременность, количество же случаев самопроизвольного прерывания беременности на сроке до 28 недель только в Московской облас-

ти составляет 9,5–12 тыс. в год. Преждевременные роды случаются у 2,8–3,3% всех беременных, причем за последние 5 лет частота преждевременных родов выросла в 1,2 раза, а распространенность НБ – в 2,2 раза.

Невынашивание беременности тесно связано с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН). Вне зависимости от причин, вызвавших развитие ИЦН, паци-

«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

ентка, у которой было выявлено данное состояние, нуждается в лечении, направленном на уменьшение вероятности преждевременного раскрытия шейки матки и разрыва плодных оболочек. Для этих целей в течение длительного времени использовалась технология цервикального серкляжа – наложения швов на шейку матки. Данный метод (хотя и применяется достаточно широко) обладает рядом недостатков, поскольку само по себе хирургическое вмешательство неоднозначно сказывается на физическом и психологическом состоянии беременной. Как отметила М.В. Царегородцева, хорошо зарекомендовавшей себя альтернативой серкляжу является использование акушерского pessaria. Он поддерживает шейку матки, сохраняя цервикальный канал закрытым и предохраняя тем самым плодные оболочки от преждевременного разрыва.

На сегодняшний день одним из ведущих производителей силиконовых pessaries является компания «Др. Арабин» (дистрибьютер в России – компания «Пенткрофт Фарма»), выпускающая, в частности, перфорированные и неперфорированные акушерские pessaries. На примере продукции данной компании (pessaries типа А и ASQ) М.В. Царегородцева ознакомила присутствующих с внешним видом современных pessaries и при помощи иллюстраций и снимков, полученных в ходе УЗИ, продемонстрировала тех-

нику моделирования объема pessaria и правильного наложения приспособления на шейку матки. М.В. Царегородцева подчеркнула, что перфорированные pessaries (тип ASQ) особенно удобны для применения в акушерстве, поскольку пациентками акушеров, как правило, являются молодые женщины с большим количеством влагалищного секрета. Имеющиеся в корпусе pessaries ASQ отверстия не препятствуют оттоку влагалищного отделяемого, что позволяет использовать их в течение продолжительного времени без каких-либо неудобств для пациентки.

В настоящее время существует обширный список показаний для использования акушерского pessaria:

- профилактика ИЦН функционального и органического генеза, в том числе для профилактики несостоятельности шва при хирургической коррекции;
- многоплодная беременность;
- отягощенный акушерский анамнез (выкидыши в поздних сроках, преждевременные роды, привычное невынашивание беременности);
- беременность, наступившая после ЭКО;
- генитальный инфантилизм;
- угроза невынашивания настоящей беременности в сочетании с прогрессирующими изменениями шейки матки;
- угроза прерывания настоящей беременности в связи с физическим трудом;



Д.м.н.
М.В. Царегородцева

- измененные психо-адаптационные реакции в отношении завершения беременности.

Противопоказаний к применению pessaria значительно меньше:

- кровянистые выделения из половых путей во 2-м и 3-м триместрах беременности;
- воспалительные заболевания влагалища, шейки матки, наружных половых органов (для их исключения необходима предварительная санация и бактериологический контроль);
- выраженные степени ИЦН (пролабирование плодного пузыря).

Pessary может использоваться до срока в 37 недель, преждевременное его удаление производится при вагинальном кровотечении, риске преждевременных родов, повышении тонуса матки на фоне токолиза и при наличии жалоб пациентки на выраженный дискомфорт. В подтверждение слов об эффективности использования акушерских pessaries М.В. Царегородцева привела данные 2 исследований (международного и российского), посвященных данной проблеме. В первой работе (многоцентровом исследовании, проведенном в клиниках и университетах Берлина, Барселоны и др.) приняла участие 385 женщин, рандомизированных в 2 группы¹. В одной группе всем пациенткам был введен pessary, во второй приме-

В профилактике невынашивания беременности хорошей альтернативой цервикальному серкляжу является использование влагалищного pessaria, который поддерживает шейку матки, сохраняя цервикальный канал закрытым и предохраняя тем самым плодные оболочки от преждевременного разрыва.

¹ Goya M., Pratcorona L., Merced C. et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial // Lancet. 2012. Vol. 379. № 9828. P. 1800–1806.



Таблица 1. Данные многоцентрового исследования, посвященного эффективности использования акушерских пессариев

Оцениваемые показатели	Основная группа, n (%)	Контрольная группа, n (%)
Спонтанные роды до 28 недель	4 (2%)	16 (8%)
Спонтанные роды до 34 недель	12 (6%)	51 (27%)
Спонтанные роды до 37 недель	41 (22%)	113 (59%)
Гестационный возраст	37,7 недель	34,9 недель
Хорионамнионит	5 (3%)	6 (3%)
Токолитическая терапия	64 (34%)	101 (53%)
Новорожденные менее 1500 г	9 (55%)	26 (26%)
Новорожденные менее 2500 г	17 (9%)	56 (29%)
Респираторный дистресс	5 (3%)	23 (12%)
Сепсис	3 (2%)	12 (6%)

нялась медикаментозная терапия. Эффективность использования пессария оценивалась по многим критериям (табл. 1). Разница между контрольной и экспериментальной группами оказалась существенной: у пациенток, не использовавших пессарий, преждевременные роды наступили в 27% случаев, а среди тех, кому он был установлен, – лишь в 6%. Кроме того, в контрольной группе чаще возникала необходимость в кортикостероидной и токолитической терапии. Российское исследование

прошло на базе Московского областного перинатального центра. В работу были включены 37 беременных с различными осложнениями: привычным невынашиванием, бесплодием различного генеза и дихориальными двойнями. В качестве предиктора преждевременных родов и основания для использования пессария было взято укорочение шейки матки до 25 мм и менее, а также V-образное изменение шейки матки на фоне расширения внутреннего зева на 5 мм и более. Данное состо-

яние было обнаружено у 13 (35%) пациенток. Оставшимся 14 (65%) беременным пессарий был поставлен с профилактической целью, поскольку у них присутствовали факторы риска (неоднократное прерывание беременности на позднем сроке, многоплодная беременность, преждевременные роды в анамнезе, беременность, наступившая в результате ЭКО), а вероятность наступления преждевременных родов оценивалась как высокая. Применение акушерского пессария позволило пролонгировать беременность до предполагаемого срока родов у 36 пациенток из 37. Все беременные были родоразрешены через естественные родовые пути. Случаев хорионамнионита зарегистрировано не было, состояние новорожденных оценивалось в 7–8 баллов по шкале Апгар на 1-й минуте жизни и 8–9 – на 5-й. Завершая свое выступление, М.В. Царегородцева назвала пессарий «отличным средством для пролонгирования беременности», однако напомнила, что подход к лечению невынашивания должен быть комплексным, а основным критерием эффективности лечения данного состояния является рождение жизнеспособного здорового ребенка при сохранении здоровья матери.



К.м.н.
Л.Р. Токтар

По данным доцента кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинато-

Камень преткновения: лечение пролапса тазовых органов

логии РУДН, к.м.н. Л.Р. ТОКТАР, проблема пролапса тазовых органов (ПТО) не теряет своей актуальности в связи с растущей распространенностью и неуклонно увеличивающимся удельным весом в структуре гинекологической заболеваемости: от 11,5% в 1976 г. до 38,9% в 2006–2012 гг. Это обуславливает разнообразие применяемых оперативных и консервативных методик лечения ПТО. Появление нового вида хирургического вмешательства, как правило, широко обсуждается в профессиональном сооб-

ществе, разработанные методики достаточно быстро внедряются в клиническую практику и становятся рутинными. Однако многолетнее наблюдение за пациентками, перенесшими любую из существующих операций для избавления от пролапса, зачастую свидетельствовало о том, что их эффективность оставляет желать лучшего.

Остро стоит и проблема оценки эффективности проведенного хирургического вмешательства. В то время как современные технологии все же позволяют в той

«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

Влагалищные пессарии – вариант паллиативной терапии пролапса тазовых органов – могут с успехом применяться в ряде клинических ситуаций, их использование позволяет сократить объем операции за счет одновременного применения хирургических и трансплантационных методик, что особенно значимо при ведении соматически отягощенных больных.

или иной мере избавиться от пролапса, то есть решить проблему анатомических дефектов, ни одна из методик не может полноценно восстановить функцию тазового дна. Жалобы на дискомфорт в области промежности, нарушения мочеиспускания, сексуальные нарушения, боли внизу живота и др. в отдаленном послеоперационном периоде, по словам Л.Р. Токтар, минимизируют успех операции. Таким образом, врач должен оценить факторы риска как реци-

дива, так и функциональной неэффективности предполагаемой операции.

В некоторых ситуациях альтернативой хирургическому вмешательству может стать консервативное лечение: тренинг тазового дна и ношение пессариев. Упражнения для тренировки мышц тазового дна могут быть рекомендованы только пациенткам с полноценным тазовым дном. При наличии даже небольшой травмы мышц и фасций тазового

дна любой его тренинг (упражнения Кегеля, Юнусова и пр.) не только бессмыслен, но и опасен вследствие влияния интенсивного сокращения мышц на усугубление травматизации, а значит, провоцирование более быстрого развития несостоятельности тазового дна и пролапса тазовых органов. Влагалищные пессарии – лишь вариант паллиативной терапии ПТО, не влияющей на патологические процессы в мышцах. Тем не менее пессарии могут с успехом применяться в ряде клинических ситуаций, например, при необходимости отсрочить операцию или при категорическом отказе пациентки от хирургического вмешательства. «Кроме того, использование пессариев позволяет сократить объем операции за счет одновременного применения хирургических и трансплантационных методик, что особенно значимо при ведении соматически отягощенных больных», – заключила Л.Р. Токтар.

Пессарии – ренессанс в гинекологии

По мнению акушера-гинеколога к.м.н. Н.Е. ЧЕРНОЙ, актуальность применения пессариев в настоящее время не вызывает сомнений, поскольку по мере увеличения средней продолжительности жизни растет заболеваемость ПТО. Согласно данным исследований зарубежных авторов, ПТО встречается у женщин от от 30 до 35 лет в 10% случаев, в возрастной группе от 35 до 45 лет – в 40%, а при достижении 50-летнего возраста симптомы пролапса выявляются у каждой второй. Все эти женщины испытывают связанные с ПТО проблемы: недержание мочи, затруднение опорожнения кишечника, боли внизу живота, ощущение инородного тела во влагалище. Недержание мочи привязывает этих пациенток к дому, лишает их возможности путешествовать и заниматься спортом, ограни-

чивает сексуальную жизнь, что в целом снижает качество жизни. Прежде чем начинать лечение больной с ПТО, следует определить степень пролапса. Сделать это можно либо при помощи старой, широко распространенной классификации по Baden – Walker, либо с использованием современной высокоинформативной шкалы POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system – система количественной оценки пролапса тазовых органов). Хирургическое лечение – эффективный метод решения данной проблемы, но надо помнить, что операция может быть недоступна определенным слоям населения, а также существует категория женщин, категорически отказывающихся оперироваться. Именно поэтому применение пессариев является основным методом лечения в данной группе пациенток. В гинекологии пессарии



К.м.н.
Н.Е. Черная

применяются не только в случаях, когда хирургическое лечение необходимо отсрочить или по каким-либо причинам оно невозможно, но и для диагностики перед оперативным вмешательством, а также для диагностики стрессового недержания мочи. Абсолютных противопоказаний к применению пессариев не существует; относительными являются вагиниты, непереносимость эстриола, слабо-



Таблица 2. Распространенные типы пессариев, их наименования и показания к применению

Тип пессария	Механизм воздействия	Показания
Кольцо	Поддерживающий	Цистоцеле, небольшое опущение матки
«Пончик»	Поддерживающий / заполняющий внутреннее пространство	Все виды пролапсов, кроме последующих серьезных дефектов
С леватором	Поддерживающий	Цистоцеле, небольшое опущение матки
Чашеобразный	Поддерживающий	Хорошо подходит для сильного пролапса
Полоска	Поддерживающий	Цистоцеле, незначительный пролапс
Куб	Заполняющий внутреннее пространство, самофиксирующийся	Все виды пролапсов
Надувной	Заполняющий внутреннее пространство	Все виды пролапсов

умие и пролапс IV степени. Многие из этих противопоказаний являются управляемыми, например, вагинит перед установкой пессария можно пролечить.

Сегодня в арсенале гинеколога имеется множество пессариев различной формы и назначения. Вот лишь некоторые из них: кольцо, чашечный, кубический, уретральный и чашечно-уретральный, а также пессарий грибовидный и расширитель влагалища (табл. 2). Гинекологические пессарии обладают двумя основными механизмами действия – поддерживающим и заполняющим внутреннее пространство. Главная задача врача – совместно с пациенткой подобрать пессарий оптимальной формы. Эффективность использования правильно подобранного пессария составляет от 46 до 94%. Не менее важно и оп-

ределение оптимального размера пессария, для чего в первую очередь применяются адаптационные кольца. Они предназначены также для подбора кубических пессариев (табл. 3).

Н.Е. Черная предложила следующую тактику подбора пессариев: во время осмотра врач определяет приблизительный диаметр влагалища и берет 3 адаптационных кольца по размеру. Кольца по очереди устанавливаются во влагалище пациентки, после чего ей предлагается совершить ряд движений: походить, присесть, наклониться, а также натужиться. Сравнив свои ощущения, женщина определяет

ся, с каким пессарием ей наиболее комфортно (оптимальным считается наименьший размер кольца, не выпадающий из влагалища и позволяющий достичь терапевтического эффекта).

После подбора размера и формы пессария врач должен обучить пациентку технике самостоятельного введения и извлечения. Так как пессарии производства компании «Др. Арабин» изготавливаются из эластичного силикона, проблем с введением (оно может производиться как стоя, так и лежа), как правило, не возникает. Для того чтобы облегчить процесс извлечения пессария, можно привязать к нему нейлоновую нитку, которая остается снаружи.

Все пессарии, кроме кубических, могут использоваться в течение нескольких дней. Максимальная продолжительность ношения пессария составляет 21 день, но, конечно, лучше ограничиться меньшими сроками. Гинекологические пессарии можно не стерилизовать, а промыть после извлечения проточной водой с мылом и положить в контейнер или пакет.

В завершение своего выступления Н.Е. Черная подчеркнула, что пессарий – это «эффективный, надежный и доступный способ повысить качество жизни миллионов женщин».

Заключение

Таким образом, в ситуациях, когда хирургическое лечение невозможно, применение пессариев является практически единственным способом паллиативного лечения у женщин при пролапсе гениталий. При лечении ИЦН применение пессариев является альтернативой наложению серкляжных швов, при этом их использование имеет ряд преимуществ. Так, эту процедуру можно выполнять в амбулаторных условиях, что сокращает

нагрузку на отделения патологии беременных при роддомах и может быть более эффективным, чем серкляж. Разнообразие форм и размеров пессариев дает возможность строго индивидуально подобрать необходимый вид для каждой пациентки.

Пессарии доступны по цене и практически не имеют противопоказаний, что позволяет рекомендовать данные приспособления многим пациенткам с ИЦН и практически всем – с пролапсом тазовых органов. ♥

Таблица 3. Подбор кубического пессария на основании теста с использованием пессария-кольца

Адаптационное кольцо (пессарий-кольцо)	Кубический пессарий
50 мм	размер 0 (25 мм)
55–60 мм	размер 1 (29 мм)
60–70 мм	размер 2 (32 мм)
70–75 мм	размер 3 (37 мм)
80–85 мм	размер 4 (41 мм)
> 90 мм	размер 5 (45 мм)