© Коллектив авторов, 2017

Г.Б. ДИККЕ[1,3], И.А. АПОЛИХИНА[2], Д.М. КОЧЕВ[3], Е.Ю. ЩЕРБАТЫХ[3]

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА СРЕДИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

[1]ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва
[2]ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздрава России, Москва
[3]ЗАО Пенткрофт Фарма, Москва, Россия

Цель исследования. *Оценить общую распространенность, возрастную структуру, ведущий симптомокомплекс дисфункции тазового дна (ДТД) среди акушеров-гинекологов и определить факторы, влияющие на выбор терапевтических подходов.*
Материал и методы. *428 анкет, заполненных акушерами-гинекологами анонимно.*
Результаты. *Частота ДТД в исследуемой когорте составляет около 58% и зависит от возраста. Симптомы пролапса наблюдаются у 34,1% респондентов, колоректальные – 33,6%, мочевые – 34,6%, сексуальной дисфункции – 41,6%. При этом объективные сведения о наличии ДТД по результатам осмотра имеют только 12,5%. Врачи, принявшие участие в опросе, считают «первой линией» терапии консервативные методы, выбирая при этом чаще тренировки мышц тазового дна и в меньшей степени – пессарии. Хирургическую тактику предпочли 2,1%. Проигнорировали ранние, но явные признаки неблагополучия 46,4%, не выбрав ни один из предложенных в анкете вариантов администрирования.*
Заключение. *Более половины врачей не проявили должного внимания к своему здоровью, что требует привлечения внимания к обсуждаемой проблеме как со стороны медицинских лидеров мнения, так и общественности, повышения знаний и практических навыков акушеров-гинекологов по ранней диагностике ДТД и его консервативному лечению в системе непрерывного медицинского образования.*

Ключевые слова: *дисфункция тазового дна, пролапс, недержание мочи, сексуальная дисфункция, тренировки мышц тазового дна, пессарии.*

Заявление о конфликте интересов: Выполнение работ по статистическому анализу материала и публикация статьи поддержаны ЗАО «Пенткрофт Фарма».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Для цитирования: Дикке Г.Б., Аполихина И.А., Кочев Д.М., Щербатых Е.Ю. Распространенность дисфункции тазового дна среди акушеров-гинекологов и факторы, влияющие на выбор терапевтических подходов. Акушерство и гинекология. 2017; 10: **http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.10.**

G.B. DIKKE[1,3], I.A. APOLIKHINA[2], D.M. KOCHEV[3], E.Yu. SHCHERBATYKH[3]

PREVALENCE OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION AMONG OBSTETRICIANS/GYNECOLOGISTS AND FACTORS INFLUENCING THE CHOICE OF THERAPEUTIC APPROACHES

[1]Peoples' Friendship University of Russia, Moscow 117198, Miklukho-Maklaya str. 8, Russia
[2]National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I.Kulakov, Ministry of Health of Russia, Moscow 117997, Ac. Oparina str. 4, Russia
[3]ZAO "Pentkroft Pharma", Moscow 129110, Prospect Mira str. 68 bld. 2, Russia

Objective. *To estimate the overall prevalence, age structure, leading syndrome of pelvic floor dysfunction (PFD) among obstetricians/gynecologists and to identify factors influencing the choice of therapeutic approaches.*
Material and methods. *428 questionnaires anonymously completed by obstetricians/gynecologists were analyzed.*
Results. *The frequency of PFD in the examined cohort was about 58% and depended on age. The symptoms of prolapse were observed in 34.1% of the respondents, colorectal and urinary symptoms were seen in 33.6 and 34.6%, respectively; the symptoms of sexual dysfunction were in 41.6%. Moreover, only 12.5% of the respondents had objective information about PFD revealed by examinations. The physicians who took part in the survey regarded medical methods as first-line therapy, while choosing more often pelvic floor muscle training and, to a lesser extent, pessaries. 2.1% preferred surgical tactics. 46.4% ignored the early, but obvious signs of illness, by selecting none of the management options proposed in the questionnaire.*
Conclusion. *More than half of the physicians pay undue regard to their health, which requires that the medical opinion leaders and general public should draw attention to the discussed problem and that the knowledge and*

ООО "ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ "МЕДИА"

skills of obstetricians/gynecologists in the early diagnosis of PFD and its medical treatment should be enhanced in the continuing medical education system.

Keywords: *pelvic floor dysfunction, prolapse, urinary incontinence, sexual dysfunction, pelvic floor muscle training, pessaries.*

Statement of Conflict of Interest: The work on statistical analysis of the material and the publication of the article are supported by CJSC Pentcroft Pharma.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

For citations: Dikke G.B., Apolikhina I.A., Kochev D.M., Shcherbatykh E.Yu. Prevalence of pelvic floor dysfunction among obstetricians/gynecologists and factors influencing the choice of therapeutic approaches. Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology. 2017; (10): (in Russian)
http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.10.

Распространенность пролапса тазовых органов у женщин составляет 48–77%, недержания мочи – 32–64%, недержания кала – 0,5–28%, сексуальных расстройств – 3–46% [1]. Указанные нарушения объединены собирательным понятием «дисфункция тазового дна» (ДТД) поскольку имеют общий патогенез и нередко сочетаются. Большинство пациентов не обращаются к врачу [2], что диктует необходимость активного выявления таких женщин и оказания им своевременной медицинской помощи.

Уровень знаний и практических навыков среди врачей по вопросам медицинской помощи пациенткам с ДТД остается недостаточно высоким, о чем свидетельствуют данные опроса, проведенного нами в 2014 г. с помощью анонимного анкетирования среди 450 акушеров-гинекологов [3].

Большинство акушеров-гинекологов в нашей стране – женщины. Поэтому, следуя крылатому латинскому выражению *Medice, cura te ipsum (врач, исцели себя сам)*, означающему призыв обратить внимание на самого себя и собственные недостатки, а также в более широком контексте – *умей делать свое дело*, нами была проведена эмпирическая оценка экспресс-теста среди врачей – участников мероприятий непрерывного медицинского образования в 2015–16 гг., в результате которого 58–76% респондентов сообщили о возможном наличии у них ДТД.

Цель исследования: оценить общую распространенность, возрастную структуру, ведущий симптомокомплекс дисфункции тазового дна среди акушеров-гинекологов и определить факторы, влияющие на выбор терапевтических подходов.

Материал и методы исследования

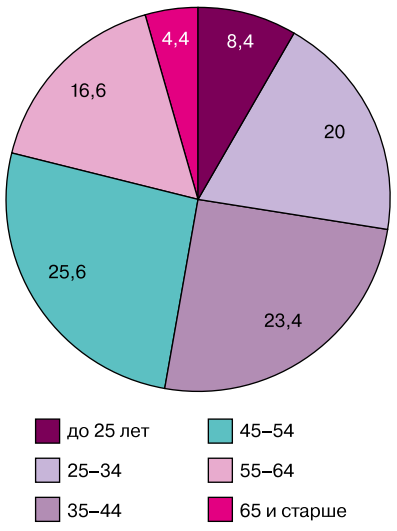
Проведен анализ 428 анкет, заполненных акушерами-гинекологами анонимно. Анкета содержала 36 вопросов с вариантами ответов: возраст и профессиональную характеристику респондентов (4), состояние промежности (2), вопросы из оригинального опросника Pelvic floor disorders distress inventory – PFDI-20 (20), включающего симптомы пролапса (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 – POPDI-6), недержания кала (Colorectal-Anal Distress Inventory 8 – CRAD-8) и мочи (Urinary Distress Inventory 6 – UDI-6), сокращенного варианта опросника The Female Sexual Function Index – FSFI (4), самооценку риска ДТД (1), варианты предполагаемого администрирования (4) и предпочитаемые варианты лечения пациентов (1).

Статистический анализ данных выполнен в Центре БИОСТАТИСТИКА (руководитель – доцент, к.т.н. В.П. Леонов) с помощью статистических пакетов SAS 9.4, Statistica 12 и IBM-SPSS-24. Вычислялись фактические и процентные частоты наблюдений (абс., %), проведено исследование взаимосвязи между парами дискретных качественных признаков с использованием анализа парных таблиц сопряженности с вычислением критерия Пирсона (χ^2), интенсивности связи анализируемых признаков (коэффициент φ, V-коэффициент Крамера – CrV) [4]. Для анализа взаимосвязи между одним качественным признаком, выступающим в роли зависимого показателя, и подмножеством других признаков, использовалась модель логистической регрессии с оценкой показателя согласия (Concordant) [5].

Результаты исследования

Общая характеристика респондентов. Возрастная структура респондентов представлена на рис. 1.

Рис. 1. Возрастная структура респондентов (n=428), %



ООО "ЭЛИКОНИКА ПЕЛИА"

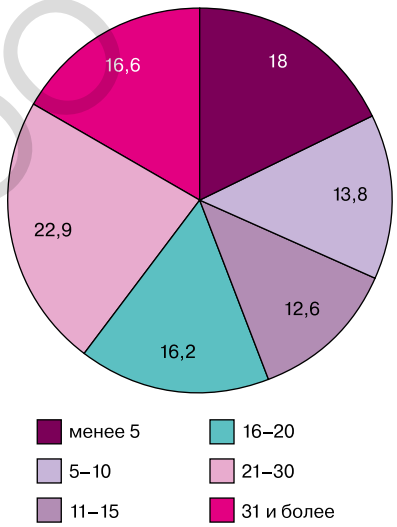
Акушеров-гинекологов практического звена было 68,9%, организаторов и руководителей по этой же специальности – 16,2%, то есть суммарно 85,1%, остальные были врачами другой специальности, медицинскими работниками среднего звена или не ответили – 14,9%. Распределение респондентов по стажу работы (по 5-летним интервалам) было примерно одинаковым и представлено на рис. 2. В государственных лечебных организациях работали 55,3% участников исследования, частной формы собственности – 20,1%, совмещали работу в обоих учреждениях – 14,5%, в органах управления – 1%, другое – 8,2%.

Ранее обращались к врачу акушеру-гинекологу менее половины опрошенных, при этом 31,8% (136/428) информированы о том, что у них нет явлений ДТД, 12,4% (53/428) имеют объективные сведения о наличии у них проблем, связанных с ДТД, не обращались/не знают – 55,8% (239/428).

Оценка состояния промежности и симптомов дисфункции тазового дна. Из 428 респондентов наличие сомкнутой промежности отметили 63,2%. У 36,7% имела место ее несостоятельность. Из них незначительное зияние промежности отметили 27,8%, зияние и визуализацию стенок влагалища – 5,8% (суммарно 33,6%), визуализацию шейки матки в просвете половой щели – 1,2% и выпадение шейки и/или матки за ее пределы – 1,9%. Возрастное распределение респондентов по несостоятельности промежности представлено на рис. 3, где четко прослеживается тенденция к нарастанию ее частоты с увеличением возраста – с 13,9% у респондентов моложе 25 лет до 54,3% – в 55–64 года.

Отсутствие симптомов пролапса и недержания мочи/кала было у 32,2% респондентов, наличие – у 67,8%. Два и более симптома имели 57,5%, при этом у 31,6% они были редкими и незначительными и 3,7% указали на высокую частоту и тяжесть симптомов. Наиболее часто встречался симптом потери мочи, связанной с кашлем, чиханием или смехом (19,2%), реже всего – потеря кала вне контроля при сформированном стуле (1,9%).

Рис. 2. Распределение респондентов по стажу работы (n=428), %



Отсутствие симптомов сексуальной дисфункции из числа респондентов, имевших сексуальную активность за последние 4 недели (n=320), отметили 59,4% респондентов, наличие – 41,6%. Распределение их по наличию симптомов ДТД и возрасту представлено на рис. 3, 5.

Симптомы пролапса (по POPDI-6) наблюдались у 34,1% респондентов. Отмечено возрастание их частоты с увеличением возраста: с 3,0% в возрасте менее 25 лет до максимума в 45–54 лет – 10,8% с последующим снижением до 5,6% к 55–64 годам. Наличие «выпячивания» в вагинальной области отмечалось редко – у 7,5%. Доля симптомов POPDI-6 в зависимости от количества женщин в соответствующей возрастной группе колебалась от 36,1% (13/36) до 25 лет с некоторым снижением в 25–34 – 26,8% (22/82) и постепенным нарастанием к 65 годам до 42,1% (8/19) (рис. 4).

Сопряженная связь средней силы (CrV=0,3) выявлена между состоянием промежности и симптомами POPDI-6. При сомкнутой половой щели у 76,4% они отсутствовали (χ^2=4,5), и наоборот, имели место при незначительно зияющей у 46,2% (χ^2=5,1), при зиянии и визуализации стенок влагалища – у 60% (χ^2=4,9), визуализации шейки матки и выпадении шейки и/или матки – у 100% (χ^2=6,4 и χ^2=6,7 соответственно).

Симптомы со стороны кишечника (CRAD-8) имели 33,6% респондентов с аналогичной динамикой частоты встречаемости по возрасту (рис. 4). Доля симптомов CRAD-8 по возрастным категориям нарастала с 19,4% (7/36) в группе младше 25 лет до 47,4% (9/19) – старше 65 лет.

Выявлена средняя степень сопряженности между наличием симптомов, характерных для пролапса и колоректальными симптомами у 56,8% (χ^2=23,4; CrV=0,4), то есть их частота коррелировала друг с другом.

Сопряженная связь средней силы (CrV=0,3) выявлена межу состоянием промежности и коло-ректальными симптомами: при сомкнутой половой щели у 74,2% (χ^2=2,5) они отсутствовали, и наоборот, имели место при незначительно зияющей у 40,3% (χ^2=8,8), при зиянии и визуализации стенок влагалища – у 68% (χ^2=1,0), визуализации шейки матки и выпадении шейки и/или матки – у 60 и 75% соответственно (χ^2=1,0 и χ^2=4,1).

Симптомы со стороны мочевого пузыря (UDI-6) имели 34,6% респондентов с аналогичной динамикой частоты встречаемости по возрасту (рис. 4). Потеря мочи, связанная с ощущением необходимости срочного опорожнения мочевого пузыря, и потеря мочи, связанная с кашлем, чиханием или смехом, беспокоили 14,1 и 19,2% респондентов соответственно, при этом наиболее часто эти симптомы отмечали 35–64-летние. Доля симптомов UDI-6 была минимальной в возрасте 25–34 лет – 25,6% (21/82), максимальной у 55–64-летних – 41,3% (29/70).

Сопряженная связь средней силы выявлена межу состоянием промежности и симптомами UDI-6: при сомкнутой половой щели у 74,5% (χ^2=6,5) они

ООО "ВИКОНИКА МЕДИА"

отсутствовали, и наоборот, имели место при незначительно зияющей у 47,9% (χ^2=6,1), при зиянии и визуализации стенок влагалища – у 48% (χ^2=1,3), визуализации шейки матки и выпадении шейки и/или матки – у 80 и 75% соответственно (χ^2=3,0 и χ^2=3,8; CrV=0,3).

Определена средняя степень сопряженности между симптомами POPDI-6 и UDI-6 у 53,4% респондентов (χ^2=15,0; CrV=0,3). Была выявлена также положительная, но слабая (CrV=0,1–0,2) связь между возрастом 45–54 лет и симптомами POPDI-6 (χ^2=1,59), CRAD-8 (χ^2=1,59) и UDI-6 (χ^2=2,65).

Частота тяжелых симптомов ДТД прогрессивно увеличивалась с возрастом респондентов: у 25–34-летних она составляла 13,9%, в возрасте 35–44 лет – 27,8%, 45–54 – 30,4%, 55–64 – 40%, 65 и старше – 50%.

Симптомы сексуальной дисфункции среди респондентов, имевших сексуальную активность за последние 4 недели (*n*=320), испытывали 41,6% (рис. 3). Частоту оргазма в категориях «всегда» и «большую часть» (более 50% контактов) отметили 50,3 и 25,3% соответственно. Испытывали оргазм иногда (менее 50% контактов) и редко 13,8 и 7,5% соответственно и почти никогда – 3,2%. Удовлетворенность сексуальной жизнью испытывали почти всегда и большей частью 49,7 и 23,8% соответственно, иногда – 15,6%, редко – 10,0%, почти никогда – 4,1%. Максимальная частота симптомов сексуальной дисфункции отмечена в возрастной категории 55–64 лет – 57,1%.

Выявлена слабая положительная связь между возрастом до 25 лет и отсутствием сексуальной активности (χ^2=5,05; CrV=0,2). Сопряженной связи между возрастом и наличием симптомов сексуальной дисфункции не выявлено. Симптомы сексуальной дисфункции были слабо сопряжены с симптомами POPDI-6 (χ^2=1,2; CrV=0,1), CRAD-8 (χ^2=8,4; CrV=0,2), UDI-6 (χ^2=5,0; CrV=0,2), с сильным зиянием половой щели (χ^2=4,9, CrV=0,1).

Учитывая, что сексуальная дисфункция связана с различными факторами, в том числе психоэмоциональными, семейными, социальными и др., а не только с ДТД, проведена сравнительная оценка ее частоты с группой женщин, не имевших симпто-

Рис. 3. Распределение респондентов по наличию симптомов ДТД и возрасту (% от количества женщин в соответствующей возрастной группе)

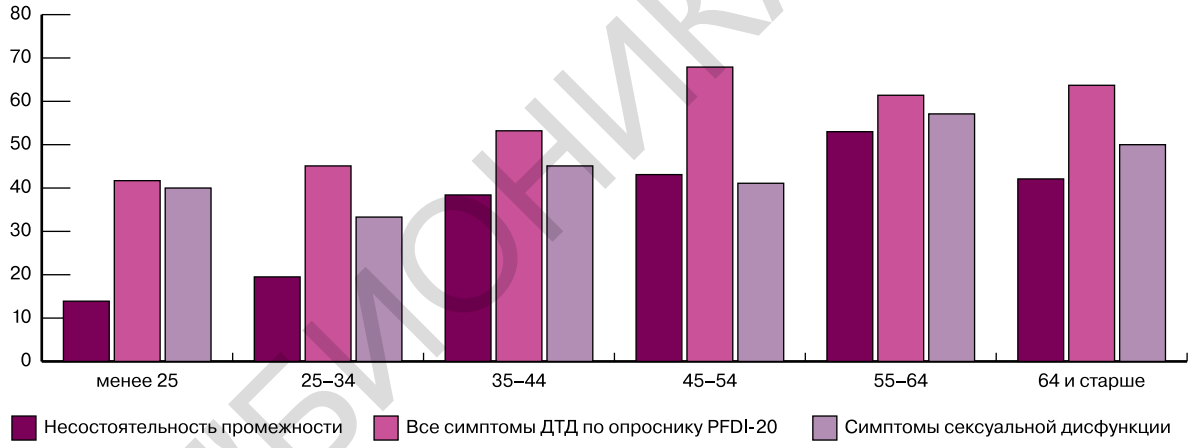
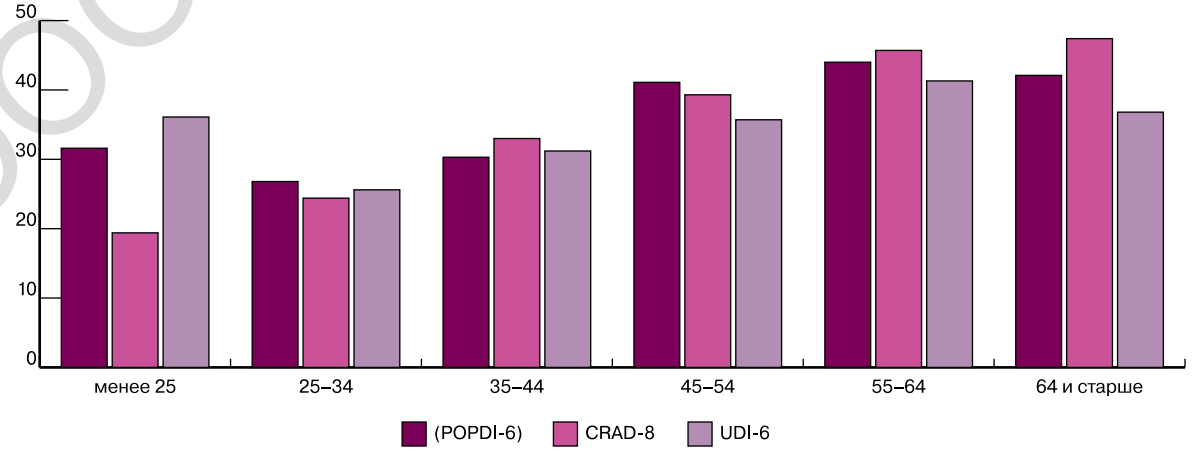


Рис. 4. Распределение респондентов по наличию симптомов пролапса (POPDI-6), колоректальных (CRAD-8), мочевых (UDI-6) и возрасту (% от количества женщин в соответствующей возрастной группе)



ООО "БИОНИКА МЕДИА"

мов PFDI-20 (рис. 5), из которого видно, что они имели существенно бóльшую частоту у респондентов, имеющих симптомы PFDI-20, что говорит об их влиянии на качество сексуальных отношений.

Самооценка состояния тазового дна. У 57,5% респондентов наличествовало два симптома ДТД по опроснику PFDI-20 и более, что позволило отметить наиболее вероятное наличие ДТД. Из них уверенно определили наличие расстройств со стороны тазового дна в связи с высокой частотой и тяжестью симптомов 3,7%. Определили наличие несостоятельности промежности 36,7%, из них 33,6% имели раннее проявление этого симптома – зияние (незначительное или с визуализацией стенок влагалища). При этом имели объективные сведения о наличии ДТД лишь 12,4% респондентов. Многофакторный анализ показал высокую конкордантность (95%) опросника PFDI-20 по всем симптомам для выявления ДТД (χ^2=242,33; p<0,0001) в категории профессиональной диагностики, что подтверждает его валидность как объективного диагностического инструмента.

Намерения респондентов в отношении администрирования выявленных симптомов. Среди респондентов, которые отнесли себя к группе без ДТД, 42,1% ничего не собирались предпринимать (χ^2=42,93), но имевшие хотя бы один симптом решили, что начнут тренировать мышцы тазового дна – 27,1% (χ^2=31,54) или подберут пессарий – 9,1% (χ^2=13,22).

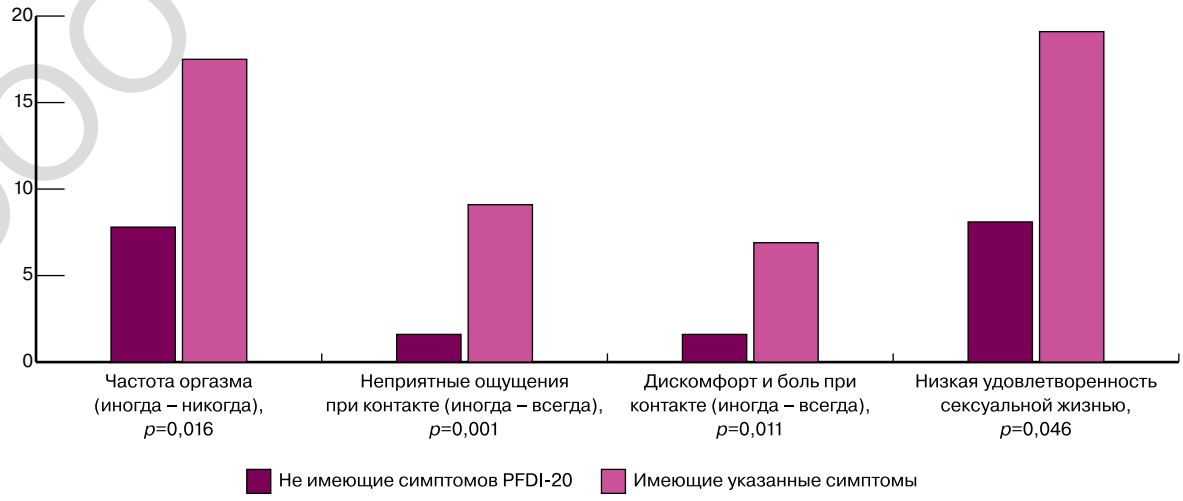
Среди врачей, имевших хотя бы один колоректальный симптом, бездействие выбрали в 3 раза реже – только 16,7% (24/144; χ^2=22,41), тренировки – 56,9% (82/144; χ^2 =20,2), пессарии – 20,1% (29/144; χ^2=19,2) и даже операцию – 6,3% (9/144; χ^2=6,1). Сопряженность между признаками оказалась высокой (CrV=0,6). Выявлена слабая степень сопряженности между фактом наличия ДТД по результатам обращения к врачу, наличием 2–3 объективных симптомов и намерением подобрать пессарий или сделать хирургическую операцию (в равной степени) – суммарно у 9,8% респондентов (χ^2=2,1; CrV=0,2). Еще 36,6% намеревались начать тренировать мышцы тазового дна, но связи между указанными выше признаками выявлено не было (χ^2=0,9). Остальные 46,4% проигнорировали ранние, но явные признаки неблагополучия.

Среди 11 респондентов, у которых имелся бóльший набор симптомов и более тягостный их характер, 18,9% решили, что надо использовать пессарий (χ^2=1,67), оперативное лечение не выбрал никто. Тяжелые проявления ДТД имели две респондентки, одна предпочла хирургическое лечение, другая – консервативное (χ^2=0).

Интересным оказался тот факт, что респонденты, у которых симптомы пролапса встречались редко и были выражены незначительно, с высокой силой связи (CrV=0,7) продемонстрировали приверженность к выбору консервативных методов лечения – тренировкам мышц тазового дна и пессариям (суммарно 37,8%) против хирургического лечения (2,8%) (χ^2=62,81; p⩽0,0001). У респондентов с более выраженной частотой симптомов пролапса многофакторный анализ не выявил такой зависимости, хотя и в этой категории выбор консервативных методов среди них преобладал (42,5% против 5,0% соответственно; χ^2=0,0001; CrV=0,3). Возраст, стаж работы респондентов и наличие симптомов сексуальной дисфункции не имели значения в выборе лечения.

Выбор тактики лечения пациентов. 53,7% акушеров-гинекологов считают тренировки мышц тазового дна эффективным методом преодоления расстройств, связанных с ДТД, и что его следует назначать всем женщинам. Считают, что эта опция эффективна только на ранних стадиях, 23,8% и только 3,5% выразили мнение, что этот вид лечения не является эффективным. Положительное мнение об эффективности пессариев для коррекции симптомов ДТД на стадии I–II выразили 10,5% респондентов и 3,5% считают этот метод приемлемым на любой стадии заболевания.

Рис. 5. Распределение респондентов по наличию симптомов сексуальной дисфункции (FSFI) среди имеющих симптомы ДТД (PFDI-20) и не имеющих (% от количества женщин в соответствующей возрастной группе; *p* – показатель достоверности отличий между сравниваемыми группами)



ООО "БИОНИКА МЕДИА"

Начало лечения с консервативных методов при пролапсе I–II степени с наличием или без симптомов со стороны соседних органов с целью лечения и профилактики более тяжелых форм заболевания поддержали 12,9% врачей. Однако и к оперативному лечению прибегли бы только 7,2%. Очевидно, 80% врачей предпочитают наблюдательную тактику либо затрудняются в выборе из-за недостаточной информированности об этой патологии.

Многофакторный анализ показал, что предикторами хирургической тактики выступают: необходимость вправления выпячивания, чтобы опорожнить кишечник (χ^2=3,34), боль при дефекации (χ^2=3,09) и потеря мочи вне связи с физической нагрузкой (χ^2=3,58), очевидно, в силу их тягостного характера и влияния на качество жизни. Эти симптомы среди респондентов встречались редко (суммарно – 11,5%), вероятно, поэтому большинство врачей не рассматривают хирургическую тактику в качестве опции «первого выбора» при ДТД (χ^2=26,85; p<0,0001; конкордантность – 82%).

Рекомендация начать лечение с тренировок мышц тазового дна для всех пациенток с проявлениями ДТД обусловлена наличием у респондентов симптомов, характерных для данного заболевания (χ^2=49,01), а также при наличии объективно установленного диагноза у врача (χ^2=3,05; p<0,0001; конкордантность – 77%). В качестве предиктора назначения тренировок определен симптом потери мочи при напряжении (кашле, чихании, смехе) (χ^2=48,31; p<0,0001), а также применение пессариев при I–II степени пролапса (χ^2=34,63; p<0,0001; конкордантность – 75%).

Акушеры-гинекологи, которые считают, что лечение ДТД необходимо начинать с консервативных методов, прежде всего с тренировок мышц тазового дна, с высокой долей вероятности выбирают и пессарии при I–II степени пролапса (χ^2=29,46; p<0,0001; конкордантность – 87%). Частое мочеиспускание также можно назвать предиктором для использования пессариев у всех пациенток (χ^2=3,61; p<0,005; конкордантность – 78%).

Обсуждение результатов

Информация о распространенности пролапса тазовых органов и других проявлений ДТД в современной литературе отличается крайней противоречивостью. Так, по данным L.J. Vorvick, частота пролапса II степени и выше в популяции составляет 2–4% [4]. S. Hunskaar и соавт. считают, что пролапс поражает до 48% женщин репродуктивного возраста, которые имели вагинальные роды, а недержание мочи – 32–64% [5]. J. Awwad с соавт. к 49 годам пролапс обнаружили у 77,2% женщин [6].

Распространенность ДТД среди акушеров-гинекологов в настоящем исследовании можно оценить как высокую, у 57,5% из них отмечено наличие двух и более симптомов ДТД по опроснику PFDI-20, который, как было показано путем многофакторного анализа, является надежным диагностическим инструментом для объективного выявления данного заболевания. Симптомы всех трех групп по PFDI-20 встречались в равной степени (у каждой третьей). Сопряженная связь средней силы выявлена межу состоянием промежности и симптомами ДТД, а также между пролапсом и мочевыми симптомами. Сексуальная дисфункция у женщин с симптомами PFDI-20 была в 2–3 раза выше по сравнению с респондентами без них.

Частота ДТД увеличивалась пропорционально возрасту, о чем свидетельствуют также и другие публикации [4–6]. Несколько более высокий уровень ДТД выявлен в возрасте младше 25 лет по сравнению с 25–34. Это может говорить о влиянии беременности и родов, в результате которых, как известно, страдают структуры тазового дна [7, 8]. У 40% пациенток эти нарушения выявляются в послеродовом периоде и в течение года после родов, в дальнейшем прогрессируя [1].

В зарубежной литературе указывается, что лечение ДТД необходимо начинать с консервативных методов, используя простые правила по изменению образа жизни, физические тренировки мышц тазового дна и пессарии, и только в случае отсутствия эффекта (сохранение или прогрессирование ассоциированных симптомов) решать вопрос о хирургическом вмешательстве [9]. Как было показано нами в 2014 г. при пролапсе тазовых органов большинство российских врачей предпочитают оперативную тактику, что рекомендуется и в большинстве русскоязычных источников [3]. В отличие от данного утверждения подавляющее большинство врачей акушеров-гинекологов при анкетировании продемонстрировали, что не рассматривают для себя хирургическое лечение в качестве опции «первого выбора». Предикторами этого вида лечения выступают некоторые симптомы со стороны кишечника и потеря мочи вне связи с физической нагрузкой, которые встречаются довольно редко. Оказалось, что врачи, принявшие участие в опросе, считают «первой линией» терапии консервативные методы, выбирая при этом чаще тренировки мышц тазового дна и в меньшей степени – пессарии. Более половины респондентов (53,7%) считают, что тренировки мышц тазового дна являются эффективным методом преодоления расстройств, связанных с ДТД, и что этот вид консервативного лечения следует назначать всем женщинам. Положительное мнение об эффективности пессариев для коррекции симптомов пролапса на стадии I–II выразили 10,5% респондентов и единицы считают этот метод приемлемым на любой стадии заболевания. Однако врачи с двумя и более симптомами ДТД этот вид лечения для себя предпочли в 2 раза чаще (18,9%). Акушеры-гинекологи, которые уверены, что лечение ДТД необходимо начинать с консервативных методов, прежде всего с тренировок мышц тазового дна, с высокой долей вероятности выбирают и пессарии. В качестве предикторов назначения тренировок определены: симптом потери мочи при напряжении, наряду с применением пессариев, а частое мочеиспускание – для использования пессариев у всех пациенток. Все же следует согласиться с мнением, что многие врачи, пока еще не имея необходимой подготовки и опыта работы по ока-

ООО "ЕМКОНЕКА МЕДИА"

ПЕССАРИИ ДР. АРАБИН (Dr. Arabin) АКУШЕРСКИЕ и УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ

РЕКЛАМА

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

СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

Все пессарии изготовлены из неаллергенного гибкого силикона

ООО "РУССКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНЫ"

занию медицинской помощи женщинам при ДТД, считают консервативные методы (пессарии) недостаточно эффективными.

Данные научных публикаций свидетельствуют об обратном – по мнению большинства исследователей, пессарии являются средством «первого выбора» в терапии пролапсов и эффективность их применения составляет 60% (по критерию уменьшение или исчезновение симптомов) в рандомизированном исследовании и 92% – по данным когортных исследований [10]. При сравнении результатов лечения в группе женщин, использующих пессарии, с теми, кто был прооперирован, показано 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 [11]. Почти все симптомы пролапса купируются 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%, $p<0{,}001$), непроизвольная потеря мочи (с 12 до 0%, $p=0{,}003$), а также запоры (с 14 до 0%, $p=0{,}001$) [12]. Симптомы нарушения мочеиспускания (стрессовое недержание, частые позывы к мочеиспусканию и затруднение мочеиспускания) купируются в 59% случаев [14], симптомы, связанные с дисфункцией кишечника (недержания кала и обструктивные симптомы) – в 40% [13], рост частоты сексуальных контактов и сексуального удовлетворения выявлен в 50% [14]. По данным отдельных авторов, при использовании пессариев происходят объективные положительные изменения: уменьшается зияние 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) [15].

На основании личного опыта врачи-респонденты в исследовании 2014 года отмечали высокую частоту успешного использования пессариев доктора Арабин (Германия). Среди этих пессариев наиболее часто используемым типом было кольцо (43%), которое применяли 75% опрошенных врачей. В литературе указывается, что врачи наблюдали длительное использование пессариев (один год и более) у свыше 80% пациенток с высокой степенью удовлетворенности [3].

Заключение

Таким образом, не только знания и профессиональный опыт врача, но и его личный клинический статус и предпочтения в выборе для себя вариантов администрирования ДТД способствуют улучшению качества оказания медицинской помощи женщинам с данной патологией. Однако более половины врачей пока еще не проявили должного внимания к своему здоровью, что требует привлечения внимания к обсуждаемой проблеме со стороны как медицинских лидеров мнения, так и общественности, повышения знаний и практических навыков акушеров-гинекологов по ранней диагностике ДТД и его консервативному лечению в системе непрерывного медицинского образования.

Литература/References

1. *Кочев Д.М., Дикке Г.Б.* Дисфункция тазового дна до и после родов и превентивные стратегии в акушерской практике. Акушерство и гинекология. 2017; 5: 9-15. http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.5.9-15 [Kochev D.M., Dikke G.B. Pelvic floor dysfunction before and after childbirth and preventive strategies in obstetric practice. Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology. 2017; (5): 9-15. (in Russian) http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.5.9-15]
2. *Fonti Y., Giordano R., Cacciatore A., Romano M., La Rosa B.* Postpartum pelvic floor changes. J. Prenat. Med. 2009; 3(4): 57-9.
3. *Аполихина И.А., Дикке Г.Б., Кочев Д.М.* Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей. Акушерство и гинекология. 2014; 10: 104-10. [Apolikhina I.A., Dikke G.B., Kochev D.M. Current therapeutic and prophylactic tactics for women with genital descent and prolapse. Physicians' knowledge and practical skills. Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology. 2014; (10): 104-10. (in Russian)]
4. *Vorvick L.J.* Uterine prolapse. Available at: http://www.nlm.nig.gov/ Accessed 8 April 2010.
5. *Hunskaar S., Burgio K., Diokno A., Herzog A.R., Hjälmås K., Lapitan M.C.* Epid natur hist urinary incontinence in women. Urology. 2003;62(4, Suppl.): 16-23.
6. *Awwad J., Sayegh R., Yeretzian J., Deeb ME.* Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study. Menopause. 2012; 19(11): 1235-41.
7. *Ланг Т.А., Сесик М.* Как описывать статистику в медицине. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов. Пер. с англ. Леонов В.П., ред. М.: Практическая Медицина; 2011. 480с. [Lang T.A., Sesik M. How to describe statistics in medicine. A guide for authors, editors and reviewers. Trans. c eng. Leonov VP, ed. Moscow: Prakticheskaya Meditsina, 2011. 480p. (in Russian)]
8. *Леонов В.П.* Логистическая регрессия в медицине и биологии. Электронный ресурс. Режим доступа: http://www.biometrica.tomsk.ru/ [Leonov V.P. Logistic regression in medicine and biology. Electronic resource. Access mode: http://www.biometrica.tomsk.ru/ (in Russian)]
9. *Ammari A., Tsikouras P., Dimitraki M., Liberis A., Kontomanolis E., Galazios G., Liberis V.* Uterine prolapse complicating pregnancy. HJOG. 2014;13(2): 60-3.
10. *Sze E.H., Hobbs G.* Relation between vaginal birth and pelvic organ prolapse. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2009; 88(2): 200-3.
11. *Bo K., Berghmans B., Morkved 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. *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.
13. *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. 2011; 22(3): 273-8.
14. *Handa V.L., Jones M.* Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor. Dysfunct. 2002; 13(6): 349-51.
15. *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.

Поступила 14.09.2017
Принята в печать 22.09.2017
Received 14.09.2017
Accepted 22.09.2017

ООО "ПИКА МЕДИА"

Сведения об авторах:
Дикке Галина Борисовна, эксперт Российской академии наук, заслуженный деятель науки и образования, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО РУДН.
Адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8. Телефон: 8 (495) 434-53-00. E-mail: galadikke@yandex.ru
Аполихина Инна Анатольевна, д.м.н., руководитель отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России; профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ГБОУ ВО 1-й МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России.
Адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. E-mail: i_apolikhina@oparina4.ru
Кочев Дмитрий Михайлович, к.б.н., генеральный директор ЗАО «Пенткрофт Фарма».
Адрес: 129110, Россия, Москва, Проспект Мира, д. 68, стр. 2. Телефон: 8 (495) 788-77-46. E-mail: pentcroft@mail.ru
Щербатых Евгения Юрьевна, к.м.н., директор по развитию ЗАО «Пенткрофт Фарма».
Адрес: 129110, Россия, Москва, Проспект Мира, д. 68, стр. 2. Телефон: 8 (495) 788-77-46. E-mail: pentcroft@mail.ru

About the authors:
Galina B. Dikke, expert of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist and Education Worker, MD, Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, Faculty of Advanced Training of Medical Workers, Peoples' Friendship University of Russia.
117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklaya str. 8. Tel.: +74954345300. E-mail: galadikke@yandex.ru
Inna A. Apolikhina, MD, Head of the Department of Aesthetic Gynecology and Rehabilitation, National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov of Ministry of Healthcare of Russian Federation; Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology, Perinatology and Reproduction, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia.
117997, Russia, Moscow, Ac. Oparina str. 4. E-mail: i_apolikhina@oparina4.ru
Dmitry M. Kochev, Ph.D., General Director of CJSC Pentcroft Pharma. 129110, Russia, Moscow, Prospect Mira str. 68 bld. 2. Tel.: +74957887746. E-mail: pentcroft@mail.ru
Evgenia Yu. Shcherbatych, Ph.D., Development Director of CJSC Pentcroft Pharma.
129110, Russia, Moscow, Prospect Mira str. 68 bld. 2. Tel.: +74957887746. E-mail: pentcroft@mail.ru

ООО "БИОНИКА МЕДИА"