

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© Н.В. Артымук, С.Ю. Хапачева, 2018

Н.В. АРТЫМУК, С.Ю. ХАПАЧЕВА

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Цель исследования. Оценить распространенность симптомов дисфункции тазового дна (ДТД) у женщин репродуктивного возраста и их взаимосвязь с родами.**Материал и методы.** Проведено анонимное анкетирование 1637 женщин в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст – $30,8 \pm 5,7$ лет) с помощью опросников PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire) и FSFI (Female sexual function index).**Результаты.** Симптомы пролапса тазовых органов (ПТО) регистрировались у 46,6% респондентов, колоректально-анальных – у 43,3%, мочевых – у 49,7%, сексуальных расстройств – у 80,7%. Установлена взаимосвязь симптомов ДТД с родами: ПТО ($\chi^2=92,96$, $p=0,0001$), колоректально-анальных ($\chi^2=132,22$, $p=0,0001$) и мочевых ($\chi^2=123,68$, $p=0,0001$). Взаимосвязи сексуальных расстройств с наличием родов в анамнезе установлено не было ($\chi^2=0,1005$, $p=0,751$).**Заключение.** Установлена высокая распространенность симптомов дисфункции тазового дна у женщин репродуктивного возраста и ее взаимосвязь с родами, что требует разработки комплекса мероприятий для профилактики указанных нарушений у женщин в послеродовом периоде.**Ключевые слова:** дисфункция тазового дна, пролапс, недержание мочи, недержание кала, сексуальная дисфункция.**Вклад авторов.** Артымук Н.В., Хапачева С.Ю.: разработка дизайна исследования, получение данных для анализа, обзор публикаций по теме статьи, статистический анализ полученных данных, написание текста рукописи.**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Артымук Н.В., Хапачева С.Ю. Распространенность симптомов дисфункции тазового дна у женщин репродуктивного возраста. *Акушерство и гинекология*. 2018; 9: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.9>.

N.V. ARTYUMUK, S.Yu. KHAPACHEVA

THE PREVALENCE OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION SYMPTOMS IN REPRODUCTIVE-AGED WOMEN

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Objective. To estimate the prevalence of pelvic floor dysfunction (PFD) symptoms in reproductive-aged women and their association with childbirth.**Subjects and methods.** A total of 1637 women aged 18 to 45 years (mean age, 30.8 ± 5.7 years) underwent an anonymous survey using the Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) and FSFI (Female Sexual Function Index) questionnaires.**Results.** The symptoms of pelvic organ prolapse (POP) were recorded in 46.6% of the respondents; there were colo-recto-anal, urinary, and sexual disorders in 43.3, 49.7, and 80.7%, respectively. A relationship was found between PFD symptoms and childbirth: POP ($\chi^2 = 92.96$, $p = 0.0001$), colo-recto-anal ($\chi^2 = 132.22$, $p = 0.0001$), and urinary ($\chi^2 = 123.68$, $p = 0.0001$) disorders. There was no relationship of sexual disorders to the number of births in the history ($\chi^2 = 0.1005$, $p = 0.751$).**Conclusion.** The investigation established the high prevalence of PFD symptoms in reproductive-aged women and its association with childbirth, which requires the development of a package of measures for the prevention of these disorders in women in the postpartum period.**Keywords:** pelvic floor dysfunction, prolapse, urinary incontinence, fecal incontinence, sexual dysfunction.**Authors' contributions.** Artyumuk N.V., Khapacheva S.Yu.: developing of research design, obtaining data for analysis, reviewing publications on the topic of the article, statistical analysis of the obtained data, article writing.**Conflict of interest.** Authors declare lack of the possible conflicts of interests.**Financing.** The study was performed without external funding.

For citations: Artyumuk N.V., Khapacheva S.Yu. The prevalence of pelvic floor dysfunction symptoms in reproductive-aged women. *Akusherstvo i Ginekologiya/Obstetrics and Gynecology*. 2018; 9: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.9>.

Дисфункция тазового дна (ДТД) включает в себя симптомы пролапса тазовых органов (ПТО), недержания мочи (НМ) и кала, а также сексуальную дисфункцию [1]. Многофакторность этого заболевания не всегда является самостоятельной причиной обращения пациенток к врачам разных специальностей, что приводит к разноречивым статистическим данным [1]. Так, по сведениям разных авторов, симптомы ДТД встречаются среди 19,7–50,3% женщин в возрасте 20–39 лет и 41–77,2% – у 50–79-летних [2].

Проведя анализ основных источников литературы, посвященных современным представлениям о патогенезе, клинике, диагностике и лечении больных с ДТД, можно сделать вывод о многообразии данной патологии и отсутствии четких алгоритмов лечения [3]. Бесспорен тот факт, что фоном для возникновения серьезных нарушений в будущем являются начальные стадии ДТД, возникающие после родов, несмотря на то что они протекают без выраженной симптоматики и, оставаясь не диагностированными своевременно, снижают в дальнейшем качество жизни женщин [4].

Несмотря на наличие сведений о причинно-следственной связи между родами и возникновением ДТД, представления о них среди женщин репродуктивного возраста ограничены, что требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: оценить распространенность симптомов дисфункции тазового дна у женщин репродуктивного возраста и их взаимосвязь с родами.

Материал и методы исследования

Проведено анкетирование 1637 женщин в возрасте 18–45 лет (средний возраст – $30,8 \pm 5,7$ года; ДИ: 30,5–31,7) с помощью опросника PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire), а также оценки индекса женской сексуальности (Female sexual function index, FSFI). Опросники заполнялись женщинами самостоятельно после подписания информированного добровольного согласия. Исследование было одобрено Этическим комитетом Кемеровского государственного медицинского университета.

Опросник PFDI-20 содержал три группы вопросов, которые касались симптомов пролапса тазовых органов (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory – POPDI-6), колоректально-анальных симптомов (Colorectal Anal Distress Inventory – CRAD-8) и симптомов НМ (Urinary Distress Inventory – UDI-6). Все симптомы оценивались в баллах: 0 – нет (никогда не испытывали), 1 – совсем нет (но испытывали ранее), 2 – редко, 3 – часто, 4 – постоянно (всегда), суммировались и умножались на 25. Общая сумма баллов по данному опроснику – от 0 до 300 [5]. Опросник, оценивающий индекс женской сексуальности FSFI, состоял из пяти вопросов (сокращенный вариант [6]). Они отражали уровень полового влечения или интереса (либидо), полового возбуждения, степень дискомфорта или боли в процессе и/или после полового контакта, увлажнение половых органов (влагалища) и частоту

оргазма, которые оценивались в баллах от 0 до 5. Значения суммы ниже порога в 22,15 балла классифицировались как показатель женской сексуальной дисфункции.

Критерии включения в исследование: возраст 18–45 лет, отсутствие беременности, информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: психические заболевания и когнитивные расстройства, инфекционно-воспалительные заболевания нижних мочевых путей и кишечника в фазе обострения, тяжелые травмы в родах (разрыв III и IV степени), тяжелые соматические заболевания.

Наличие родов в анамнезе имело место у 75,9% (1243/1637) (одних – у 43,6%, двух и более – у 32,3%), роды в анамнезе отсутствовали – у 24,1% (393/1637) женщин.

При статистической обработке результатов использовали пакет программ Statistica Version 10. При анализе количественных признаков определяли среднее арифметическое, дисперсию и 95% доверительный интервал (ДИ). Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивали с помощью парного t-теста Стьюдента (различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$). При оценке качественных показателей вычислялись фактические и процентные частоты наблюдений (абс., %). Проведено исследование взаимосвязи между парами качественных признаков у рожавших и нерожавших женщин с использованием анализа непарных таблиц сопряженности с вычислением критерия Пирсона (χ^2). Значения считали статистически значимыми при величине $\chi^2 > 3,841$, при степени свободы $df=1$ и вероятности ошибки менее 5% ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования

Результаты проведенного исследования показали, что почти половина женщин репродуктивного возраста имеет симптомы ДТД: симптомы пролапса тазовых органов (ПТО) зарегистрированы у 46,6%, недержания мочи (НМ) – у 49,7%, недержания кала – у 43,3% женщин. Симптомы ПТО беспокоили большинство женщин лишь иногда – 71,2%, часто – 28,2%, всегда – 3,7%; колоректально-анальные симптомы встречались иногда почти у всех женщин – 97,4% и только у 2,6% – всегда; симптомы НМ беспокоили иногда 64,2% женщин, часто – 29,9% и постоянно – 9,7% женщин. Средняя сумма составила $29,2 \pm 5,9$ балла.

Наиболее часто по опроснику PFDI-20 (первые три ранговых места) у рожавших женщин встречались такие симптомы, как частое мочеиспускание (>8 раз днем, >1 раза ночью) (44,0%), давление в нижней части живота (35,5%) и необходимость сильного напряжения для опорожнения кишечника (32,8%). Реже других (три последние ранговые места) – необходимость вправления выпячивания во влагалище для опорожнения кишечника (4,9%), потеря кала вне контроля при мягком стуле (3,9%) и потеря кала вне контроля при сформированном стуле (1,5%).

Каждая четвертая пациентка испытывала тяжесть в области малого таза (24,8%). Симптомы неполного опорожнения кишечника при дефекации имелись у 22,6%, отхождение газа из прямой кишки вне контроля – у 20,5 %, послеродовой запор был у 32,9%.

Потеря мочи, связанная с ощущением необходимости срочного мочеиспускания и потеря мочи, связанная с кашлем, чиханием или смехом отмечена у 15,3% женщин, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря – у 23,4% пациенток.

На основании оценки индекса женской сексуальности FSFI было установлено, что частота сексуальных расстройств у женщин репродуктивного возраста составляет 80,7%, при этом сумма баллов у них составила 21 690, средняя сумма баллов у них составила $13,2 \pm 1,4$. Женщин чаще беспокоило отсутствие или очень низкое половое влечение и интерес (24,7%). Почти у каждой четвертой женщины отсутствовал оргазм (22%). Среди нерожавших женщин эти симптомы присутствовали у 19,3%, при этом на отсутствие или низкое либидо указали – 3,2% и отсутствие оргазма – 4,8% респондентов.

В таблице представлена взаимосвязь симптомов ДТД с родами.

На основании анализа таблицы установлена взаимосвязь между симптомами ДТД, а именно симптомами ПТО, колоректально-анальными симптомами, недержанием мочи и родами в анамнезе. Напротив, взаимосвязи сексуальных расстройств с наличием родов в анамнезе установлено не было. Распространенность симптомов ДТД у женщин репродуктивного возраста, имевших роды в анамнезе, былакратно выше, чем у нерожавших женщин. Так, у рожавших и нерожавших женщин симптомы ПТО встречались в 40,6 и 6,0%, НМ – в 43,6 и 6,0%, НК – в 39,0 и 4,3%, СД – 61,4 и 19,3% соответственно ($p < 0,001$).

Обсуждение результатов

Данные о частоте ПТО и других проявлений ДТД в литературе отличаются крайней противоречивостью. Так, по данным отечественных авторов, частота ПТО в женской популяции составляет 32–64% [7], НМ – 48–72% [8, 9], недержания кала – 0,5–28% [10, 11]. По данным зарубежных авторов, частота пролапса II степени и выше в популяции составляет 2–4% [12], а частота хотя бы одного симптома ПТО встречается не чаще 3,9% у

женщин 20–80 лет [13]. Напротив, данные J. Awwad с соавт. свидетельствуют о высокой частоте ПТО – к 49 годам пролапс обнаруживается у 77,2% женщин [2]. Количество женщин старше 20 лет, сообщивших по меньшей мере об одном расстройстве тазового дна, составляет 23%, причем эта доля увеличивается с возрастом (достигая 50% к 80 годам), и паритета (с 13% – у нерожавших до 32% – у женщин, имевших 3 родов) [13]. На основании проведенного нами исследования установлено, что симптомы ДТД (кроме сексуальной дисфункции) встречаются у 46,5% женщин репродуктивного возраста.

Одной из основных причин ДТД считают беременность и роды. Как отмечается, частота развития ПТО у рожавших женщин выше, по сравнению с нерожавшими. В связи с этим риск акушерского травматизма в патогенезе развития ПТО у нерожавших женщин возрастает [14]. В настоящем исследовании также прослеживается взаимосвязь между симптомами ДТД и родами в анамнезе. Нами установлено, что симптомы ДТД встречаются чаще у рожавших женщин репродуктивного возраста: ПТО ($\chi^2=92,96$, $p=0,0001$), колоректально-анальные ($\chi^2=132,22$, $p=0,0001$) и моче-вые ($\chi^2=123,68$, $p=0,0001$).

В систематическом обзоре С.С. Bade Araujo показано, что вагинальные роды ассоциированы с более высокой частотой повреждения *m. levator ani*, наличием лоно-ректальных дефектов, увеличением подвижности шейки мочевого пузыря и увеличением зияния половой щели [15]. Однако наибольшие риски травматизма *m. levator ani* выявлялись при наложении акушерских щипцов (увеличение в 3,4–14,7 раза) и увеличении продолжительности II периода родов более 110 минут (в 2,3 раза). Вакуум-экстракция, гестационный возраст, вес ребенка и окружность головки не показали статистически значимых различий [16].

По данным К. Živković с соавт., факторами риска ДТД являются беременность и первые вагинальные роды в старшем репродуктивном возрасте. Возможными механизмами формирования ДТД является механическое давление плода на структуры тазового дна, ограниченная денервация тазового дна, а также повреждение мягких тканей во время родов [16].

По данным Н.У. Метон с соавт., через 6 недель после родов у 32% женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, и у 35% женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечения, имеет

Таблица. Взаимосвязь между симптомами дисфункции тазового дна и родами в анамнезе

Результативный признак (симптомы)	Факторный признак				χ^2
	Паритет ≥ 1 , n=1243		Паритет 0, n=394		
	(+) Абс.	(-) Абс.	(+) Абс.	(-) Абс.	
POPDI-6	665	581	99	292	94,08
CRAD-8	639	604	71	323	135,78
UDI-6	716	527	98	296	128,19
FSFI	1001	241	316	79	0,068

место пролапс, при этом отсутствуют статистически значимые отличия между способами родоразрешения ($p=0,805$) [1]. При оценке кумулятивной стадии пролапса через 3 месяца после родов С.У. Wai с соавт. выявлено 39% женщин с пролапсом I стадии, еще 17% – II стадии (всего – 56%) и ни одной – с пролапсом стадии III или выше [17]. В настоящем исследовании частота симптомов ПТО у женщин репродуктивного возраста составила 46,6% и была выше в 2 раза по сравнению с таковой у женщин, не имевших в анамнезе беременность и роды.

По сведениям У. Chen с соавт. II стадия ПТО регистрировалась у 36% беременных на 36–38-й неделях гестации [18]. На основании такого симптома, как наличие выпячивания или ощущения инородного тела во влагалище можно предположить наличие ПТО выше I степени у 8,9% женщин репродуктивного возраста в нашем исследовании.

Анализ 28 рандомизированных клинических исследований показал, что первый эпизод стрессового НМ встречается во время беременности у 41% женщин [19]. После родов стрессовое НМ наблюдается в 20,8%, ургентное НМ – в 15,3% случаев, а частое мочеиспускание – у 43,9% женщин [20, 21].

Через несколько лет после родов среди женщин со средним возрастом $33,6 \pm 8,0$ года распространенность НМ составляет 57,7%. Среди них в структуре НМ выявляется ургентное недержание – у 38,2%, стрессовое – у 44,9% и смешанное НМ – у 16,9% женщин [22]. Риск постоянного НМ после родов у женщин репродуктивного возраста, имевших его во время беременности гораздо выше, чем у кого не было НМ во время беременности. В нашем исследовании симптомы НМ (всегда и часто) наблюдались почти в половине случаев – 49,7%.

О.Е. Keag с соавт. установили, что роды путем кесарева сечения сопровождаются меньшим риском НМ (ОР=0,56; 95% ДИ: 0,47–0,66; $n=58\ 900$; 8 исследований) и пролапса гениталий (ОР=0,29; 95% ДИ: 0,17–0,51; $n=39\ 208$; 2 исследования) [21].

В первые 12 месяцев после родов распространенность НМ, по данным S. Brown с соавт., составляет 47% [23]. Известно, что вагинальные роды в силу своей природной длительности связаны с увеличением частоты как стрессового, так и ургентного НМ. Известно, что при десятилетнем наблюдении частота стрессового и ургентного НМ увеличивается от исходного на 25% ($p<0,001$). Относительный риск умеренного и тяжелого НМ с поправкой на материнский возраст и паритет значительно увеличивается через 10 лет после первых родов (ОР=5,8; 95% ДИ: 1,2–33,7). Количество вагинальных родов не влияет на риск стрессового или ургентного НМ [24]. На основании проведенного нами исследования установлено, что НМ имеет место у 49,7% женщин репродуктивного возраста.

По данным крупного поперечного исследования, выполненного D. Parés с соавт., распространенность недержания кала во время беременности крайне высокая – 40,8% беременных имели эпизоды недержания кала в течение 4 недель перед проведением опроса с заметным воздействием на качество жизни. Не установлено никаких специфических

признаков во время беременности, которые могли бы определить пациентов с риском недержания кала в течение беременности. Возраст ($p=0,090$), ИМТ ($p=0,094$), предыдущие роды ($p=0,492$), триместр беременности ($p=0,361$) и особенности стула по Шкале Bristol ($p=0,388$) не имели значения [25]. В настоящем исследовании сходная частота колоректально-анальных симптомов (43,3%) зарегистрирована у небеременных женщин репродуктивного возраста, имевших роды в анамнезе, и была в 2,4 раза выше по сравнению с нерожавшими (18,1%).

В первые 12 месяцев после родов распространенность недержания кала, по данным S. Brown, составляет 17%. Из них недержание твердого стула наблюдается у 2,6% женщин, недержание жидкого стула – у 4,9%, один или оба этих симптома – у 6,9% [23]. В настоящем исследовании недержание твердого стула наблюдалось у 1,5% женщин, недержание жидкого стула – у 3,5%, что в 2 раза ниже по сравнению с 9% американских женщин старше 20 лет, у которых был выявлен один из этих симптомов [13].

По результатам исследований некоторых авторов, около трети женщин после вагинальных родов и каждая четвертая женщина среди родоразрешенных путем операции кесарева сечения начинали половые контакты спустя месяц после родов ($p=0,280$). F. Dabiri с соавт. не отмечают существенных различий между способом родоразрешения и сексуальной функцией (включая желание, возбуждение, lubricацию, оргазм, удовлетворение и боль) [26]. Однако установлено, что женщины, у которых были осложнения в родах, чаще страдают диспареунией и приступают к половой жизни гораздо позже, чем женщины с неосложненным течением родов [27]. Согласно опроснику FSFI, у обследованных нами пациенток частота сексуальных расстройств составила 80,7%. Женщин чаще беспокоило отсутствие или очень низкое половое влечение и интерес – 24,7%. У каждой четвертой женщины меньше чем в половине случаев отсутствовал оргазм. Однако частота сексуальных расстройств среди нерожавших женщин была аналогичной (81,3%, $p=0,1005$), что свидетельствует о влиянии иных факторов на эту функцию.

Полученные данные указывают на необходимость активного выявления женщин групп риска по развитию ДТД с помощью скрининга и оказания им своевременной медицинской помощи. Эффективное консервативное лечение предполагает его раннее начало, в идеале – сразу после родов [27].

По данным зарубежной литературы первой линией консервативного лечения ПТО, в том числе осложненных недержанием мочи и кала, являются тренировки мышц тазового дна – упражнения Кегеля, тренировки с использованием аппаратов с биологической обратной связью или вагинальных тренажеров. Они эффективны по критерию уменьшения степени пролапса у 17% пациенток, что было показано в 4 рандомизированных клинических исследованиях, отличающихся высокой степенью доказательности [28]. При этом снижение выраженности симптомов со стороны мочевого пузыря и кишечника достигается у 40–60% паци-

ентов, а отсутствие прогрессирования ПТО — более чем у 94% [29].

Результаты применения электростимуляции мышц тазового дна (аппарат Embagun) у пациенток со снижением их тонуса в сочетании со стрессовым НМ свидетельствуют о достаточно высокой эффективности указанного метода лечения. Согласно опубликованным исследованиям у всех женщин наблюдается снижение частоты опорожнения мочевого пузыря, эпизодов «утечки» мочи и частоты ночных мочеиспусканий. У 69–70% пациентов отмечается существенное улучшение (снижение частоты симптомов на 50% и более, при этом 28% из них были излечены [30].

Однако все эти исследования выполнены у женщин через несколько лет после родов при наличии явных нарушений функции тазового дна. Работы же по их профилактике в настоящее время отсутствуют, что требует разработки алгоритма обследования женщин сразу после родов, выявления женщин группы риска и проведения у них необходимых лечебно-профилактических мероприятий.

Заключение

Таким образом, симптомы дисфункции тазового дна встречаются почти у половины женщин репродуктивного возраста, а симптомы сексуальной дисфункции — у 80,7%. Установлена взаимосвязь симптомов пролапса тазовых органов, коло ректально-анальных симптомов и недержания мочи с наличием родов в анамнезе. Полученные данные требуют разработки комплекса мероприятий для профилактики указанных нарушений у женщин после родов.

Литература/References

1. Memon H.U., Handa V.L. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond.)*. 2013; 9(3): 265-77.
2. Awwad J., Sayegh R., Yeztjian J., Deeb M.E. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study. *Menopause*. 2012; 19(11): 1235-41.
3. Хапачева С.Ю., Артымук Н.В. Профилактика дисфункции тазовых органов после родов с применением физических методов. Обзор литературы. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2017; 4: 4-9. [Khapacheva S.Yu., Artymuk N.V. Prevention of dysfunction of the pelvic organs after childbirth with the use of physical methods. Review of literature. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2017; 4: 4-9. (in Russian)]
4. 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. [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>
5. Pelvic Floor Disability Index (PFDI-20). In: Bent A.E., Cundiff G.W., Swift S.E., eds. *Ostergard's urogynecology and pelvic floor dysfunction*. 6th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 592p.
6. Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J. Sex Marital Ther.* 2000; 26(2): 191-208.
7. Дикке Г.Б. 5 STEPS: Алгоритм ранней диагностики пролапса половых органов и недержания мочи. М.; 2016. 16с. [Dikke G.B. 5 STEPS: Algorithm of early diagnosis of prolapse of genital organs and urinary incontinence. Moscow; 2016. 16p. (in Russian)]
8. Куликов А.А., Пересада О.А., Соловей С.В., Котов Г.С. Возможности консервативного лечения пролапса тазовых органов у женщин. *Охрана материнства и детства*. 2016; 2: 58-63. [Kulikov A.A., Peresada O.A., Solovay S.V., Kotov G.S. Possibilities of conservative treatment of prolapse of pelvic organs in women. *Okhrana materinstva i detstva*. 2016; 2: 58-63. (in Russian)]
9. Караева К.Ю., Владимиров В.Г., Каннышева Л.М., Курцер М.А. Динамика клинических проявлений пролапса тазового дна от первых симптомов до развития полного симптомокомплекса. *Вестник Российского государственного медицинского университета*. 2011; 5: 30-2. [Karayeva K.Yu., Vladimirov V.G., Kappusheva L.M., Kurtser M.A. The dynamics of clinical manifestations of pelvic floor prolapse from the first symptoms to the development of the complete symptom complex. *Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2011; 5: 30-2. (in Russian)]
10. 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: 104-110. (in Russian)]
11. Солуянов М.Ю., Любарский М.С., Королева Е.Г., Ракитин Ф.А. Ошибки и осложнения хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием синтетических материалов. *Успехи современного естествознания*. 2012; 10: 48-52. [Soluyanov M.YU., Lyubarskiy M.S., Koroleva Ye.G., Rakitin F.A. Errors and complications of surgical treatment of prolapse of pelvic organs with the use of synthetic materials. *Uspekhi sovremennogo yestestvoznaniya*. 2012; 10: 48-52. (in Russian)]
12. Vorvick L.J., Storck S., Zieve D. Uterine prolapse (online). Available at: www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001508
13. Nygaard I., Barber M.D., Burgio K.L., Kenton K., Meikle S., Schaffer J. et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008; 300(11): 1311-6.
14. Дубинская Е.Д., Бабичева И.А., Колесникова С.Н., Дорфман М.Ф., Лантева Н.В. Клинические особенности и сексуальная функция у пациенток с ранними формами пролапса тазовых органов. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2015; 14(6): 5-11. [Dubinskaya Ye.D., Babicheva I.A., Kolesnikova S.N., Dorfman M.F., Lapteva N.V. Clinical features and sexual function in patients with early forms of prolapse of pelvic organs. *Vopr. ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2015; 14(6): 5-11. (in Russian)]
15. Bade Araujo C.C., Coelho S.A., Stahlschmidt P., Juliato C.R.T. Does vaginal delivery cause more damage to the pelvic floor than cesarean section as determined by 3D ultrasound evaluation? A systematic review. *Int. Urogynecol. J.* 2018; 29(5): 639-45.
16. Živković K., Živković N., Župić T., Hodžić D., Mandić V., Orešković S. Effect of delivery and episiotomy on the emergence of urinary incontinence in women: review of literature. *Acta Clin. Croat.* 2016; 55(4): 615-24.
17. Wai C.Y., McIntire D.D., Atiip S.D., Schaffer J.I., Bloom S.L., Leveno K.J. Urodynamic indices and pelvic organ prolapse quantification 3 months after vaginal delivery in primiparous women. *Int. Urogynecol. J.* 2011; 22(10): 1293-8.
18. Chen Y., Li F.Y., Lin X., Chen J., Chen C., Guess M.K. The recovery of pelvic organ support during the first year postpartum. *BJOG*. 2013; 120(11): 1430-7.
19. Sangsawang B., Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int. Urogynecol. J.* 2013; 24(6): 901-12.
20. Дикке Г.Б., Аполихина И.А., Кочев Д.М., Шербатых Е.Ю. Распространенность дисфункции тазового дна среди акушеров-гинекологов и факторы, влияющие на выбор терапевтических подходов. *Акушерство и гинекология*. 2017;



ТРЕНАЖЕРЫ ДЛЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

smartkegelball.ru

Интерактивный тренажер Magic Kegel Master

EmbaGYN embagyn.ru

Электростимулятор EmbaGYN

Влагалищные конусы Elanee Фаза 1

**ЗАБУДЬ
О ПРОЛАПСЕ!**

Живи полноценной жизнью!

Мобильное приложение «Пропалсы. Тесты» поможет распознать и оценить эффективность терапии пролапса тазовых органов с помощью анкет:

- Пропалс тазовых органов: ранние симптомы,
- PFDI-20. Оценка динамики симптомов пролапса тазовых органов,
- FSFI. Индекс женской сексуальности.

Доступно для скачивания в Google Play. В AppStore появится с 1.10.2018.

Влагалищные конусы Elanee Фаза 2

Пневматический тренажер XFT-0010

Проверь себя

Опросник на ДТД

Проверь себя

Опросник PFDI-20

Официальный дистрибьютор:
 ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»
 Тел./факс: +7(495)788-77-46,
 Интернет-магазины:
 arabin24.ru, repro21.ru

реклама

- 10: 111-9. [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): 111-9. (in Russian)] <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.10.111-119>
21. Keag O.E., Norman J.E., Stock S.J. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2018; 15(1): e1002494.
 22. Komeilifar R., Javadifar N., Afshari P., Haghighizade H.M., Honarmandpour A. The prevalence, subtypes and obstetric risk factors of urinary incontinence in reproductive age women referred to community health care centers of Dezful, Iran-2015. *Int. J. Community Based Nurs. Midwifery*. 2017; 5(3): 275-83.
 23. Brown S., Gartland D., Perlen S., McDonald E., MacArthur C. Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: a cohort study. *BJOG*. 2015; 122(7): 954-62.
 24. Arnouk A., De E., Rehffuss A., Cappadocia C., Dickson S., Lian F. Physical, complementary, and alternative medicine in the treatment of pelvic floor disorders. *Curr. Urol. Rep*. 2017; 18(6): 47.
 25. Parés D., Martínez-Franco E., Lorente N., Viguier J., Lopez-Negre J.L., Mendez Z.R. Prevalence of fecal incontinence in women during pregnancy: a large cross-sectional study. *Dis. Colon Rectum*. 2015; 58(11): 1098-103.
 26. Dabiri F., Yabandeh A.P., Shahi A., Kamjoo A., Teshnizi S.H. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Oman Med. J*. 2014; 29(4): 276-9.
 27. Andreucci C.B., Bussadori J.C., Pacagnella R.C., Chou D., Filippi V., Say L., Cecatti J.G. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15: 307.
 28. Schaffer J.I., Bloom S.L. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2005; 192(5): 1692-6.
 29. Hagen S., Stark D. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2006; (4): CD003882. Available at: <http://summaries.cochrane.org/>
 30. 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: 51-5. [Serov V.N., Apolikhina I.A., Kubitskaya Yu.V., Zheleznyakova A.I. Pelvic floor myoelectrostimulation in the treatment of female urinary incontinence. *Akusherstvo i ginekologiya/Obstetrics and Gynecology*. 2011; 7-2: 51-5. (in Russian)]

Поступила 08.06.2018

Принята в печать 22.06.2018

Received 08.06.2018

Accepted 22.06.2018

Сведения об авторах:

Артумук Наталья Владимировна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Кемеровского государственного медицинского университета. Адрес: 650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а. Телефон: 8 (960) 923-33-55. E-mail: artymuk@gmail.com

Хапачева Светлана Юрьевна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 2 Кемеровского государственного медицинского университета. Адрес: 650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а. Телефон: 8 (923) 532-12-22. E-mail: lanahapacheva@mail.ru

About the authors:

Artymuk, Natalia V, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Kemerovo State Medical University. 650056, Russia, Kemerovo, Voroshilov str. 22a. Tel.: +79609233355. E-mail: artymuk@gmail.com

Khapacheva, Svetlana Yu., Post-graduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Kemerovo State Medical University. 650056, Russia, Kemerovo, Voroshilov str. 22a. Tel.: +79235321222. E-mail: lanahapacheva@mail.ru