

Руководство по эксплуатации
Пессарий силиконовый: кольцо

Описание: пессарий изготовлен из эластичного биологически инертного силикона и снабжен внутренним упругим элементом. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку.

Пессарий силиконовый: кольцо поставляется в 11 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: наружный диаметр D и толщина d кольца приведены в таблице.

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
D , мм	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
d , мм	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
m , г	16±3	17±3	19±3	21±3	23±3	25±4	27±4	29±4	31±4	33±4	35±4

Наружный диаметр указан на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий устанавливается во влагалище и создает дополнительную опору для органов малого таза. Это восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет/уменьшает проявления пролапса.

Показания:

- консервативная (нехирургическая) коррекция пролапса гениталий (N 81.0 – 81.9 согласно МКБ-10).

Противопоказания:

-аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения

Изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано, предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки.

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца).

Правильность установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и, по возможности, вводить пессарий.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции пессарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Перед введением пессария пролабированные органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение. Пессарий извлекают из упаковки (рис. И.1), сжимают и в сжатом виде вводят во влагалище (рис. И.2). Затем пессарий разворачивают (рис. И.3).

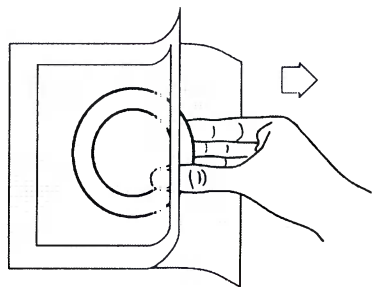


Рисунок – И.1

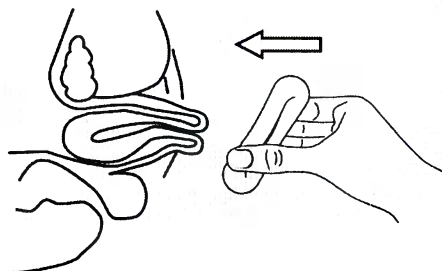


Рисунок – И.2



Рисунок – И.3

Для извлечения пессария необходимо захватить изделие пальцами, слегка сжать и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении пессария минимален.

Наблюдение за пациентками

Во время использования пессария необходимы регулярные гинекологические осмотры. Длительность непрерывного использования пессария определяется индивидуально. Возможна практика применения пессария только в период физической нагрузки (использование днем и удаление на ночь).

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании пессария не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления пессария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового пессария.

Рекомендации для пациенток

После того, как пессарий введен, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и пессарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать пессарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить пессарий. Во время использования пессария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения пессария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем пессарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании пессария развивается воспаление влагалища. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения пессария.

Руководство по эксплуатации

Пессарий силиконовый: кольцо толстое

Описание: пессарий изготовлен из эластичного биологически инертного силикона. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку.

Пессарий силиконовый: кольцо толстое поставляется в 11 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: наружный диаметр D и толщина d кольца приведены в таблице.

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
D , мм	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
d , мм	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
m , г	22±3	25±3	28±4	31±4	34±4	37±4	40±4	43±4	46±4	50±5	53±5

Наружный диаметр указан на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий создает дополнительную опору для органов малого таза. Это восстанавливает нормальные топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет или уменьшает проявления пролапса.

Показания:

- консервативная (нехирургическая) коррекция пролапса гениталий (N 81.1 – 81.9 согласно МКБ-10).

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения

Изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано, предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки.

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца).

Правильность установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и, по возможности, вводить пессарий.

Введение и извлечение pessария

После дезинфекции pessарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Перед введением pessария пролабированные органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение. Pessарий извлекают из упаковки (рис. К.1), сжимают и в сжатом виде вводят во влагалище (рис. К.2). Затем pessарий разворачивают (рис. К.3).

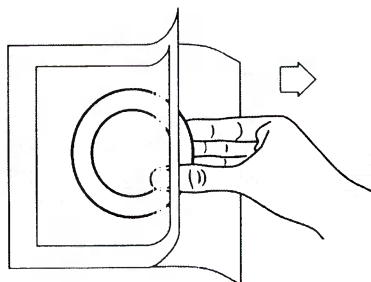


Рисунок – К.1

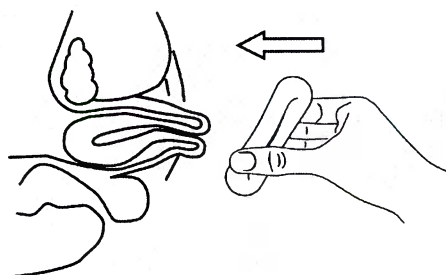


Рисунок – К.2

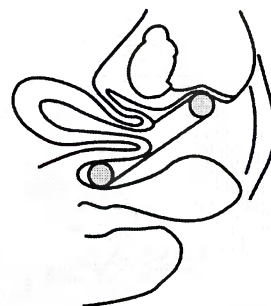


Рисунок – К.3

Для извлечения pessария необходимо захватить изделие пальцами, слегка сжать и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении pessария минимален.

Наблюдение за пациентками

Во время использования pessария необходимы регулярные гинекологические осмотры. Длительность непрерывного использования pessария определяется индивидуально. Возможна практика применения pessария только в период физической нагрузки (использование днем и удаление на ночь).

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании pessария не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления pessария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового pessария.

Рекомендации для пациенток

После того, как введен pessарий, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и pessарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать pessарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить pessарий. Во время использования pessария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения pessария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем pessарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании pessария развивается воспаление влагалища. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения pessария.

Руководство по эксплуатации Пессарий силиконовый: чашечный

Пессарий силиконовый: чашечный перфорированный

Описание: пессарий силиконовый: чашечный и пессарий силиконовый: чашечный перфорированный имеет форму чаши с большим центральным отверстием. В пессарии чашечном перфорированном по периферии выполнены отверстия меньшего диаметра. Изготавливаются пессарии из эластичного биологически инертного силикона. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку.

Пессарий силиконовый: чашечный и чашечный перфорированный поставляется в 9 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: наружный диаметр D , диаметр центрального отверстия d , высота h , количество периферийных отверстий n и их диаметр d_1 приведены в таблице.

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
D , мм	55	60	65	70	75	80	85	90	95
d , мм	20	20	20	20	20	20	20	20	20
h , мм	15	15	15	15	15	15	15	15	515
n	4	6	6	8	8	8	10	10	10
d_1 , мм	4	4	4	4	4	4	4	4	4
m , г	20±3	24±4	28±4	31±4	35±5	40±6	44±6	49±7	54±8

Наружный диаметр указан на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий устанавливается во влагалище и создает опору для органов малого таза. Это восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет/уменьшает проявления пролапса гениталий.

Показания:

- консервативная (нехирургическая) коррекция выпадения женских половых органов (N 81.1 – 81.9 согласно МКБ-10), в том числе выпадение свода влагалища после экстирпации матки (N99.3 согласно МКБ-10);
- профилактика послеоперационных спаек влагалища (N 99.2 согласно МКБ-10).

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения

Изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано, предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки.

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца). Правильность установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и, по возможности, вводить пессарий.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции пессарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Перед введением пессария пролабируемые органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение.

Пессарий извлекают из упаковки (рис. Л.1), сжимают и в сжатом виде вводят во влагалище (рис. Л.2). Затем пессарий разворачивают вогнутой поверхностью к шейке матки (рис. Л.3).

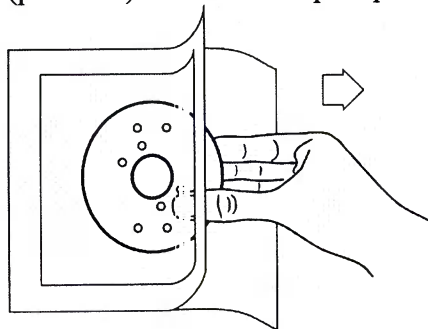


Рисунок – Л.1

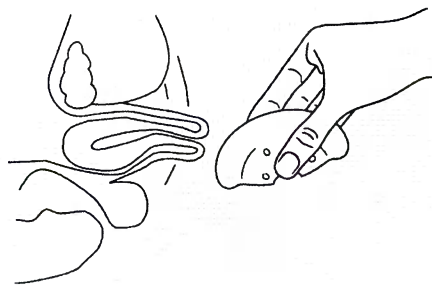


Рисунок – Л.2

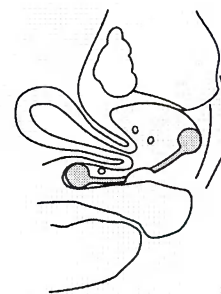


Рисунок – Л.3

Для извлечения пессария необходимо захватить изделие пальцами, слегка сжать и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении пессария минимален.

Наблюдение за пациентками

Во время использования пессария необходимы регулярные гинекологические осмотры. Длительность непрерывного использования пессария определяется индивидуально. Возможна практика применения пессария только в период физической нагрузки (использование днем и удаление на ночь).

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании пессария не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления пессария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового пессария.

Рекомендации для пациенток

После того, как введен пессарий, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и пессарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать пессарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить пессарий. Во время использования пессария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения пессария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем пессарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании пессария развивается воспаление влагалища. Для профилактики

воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения пессария.

Руководство по эксплуатации

Пессарий силиконовый: уретральный

Описание: пессарий силиконовый: уретральный имеет форму кольца, армированного упругим элементом, с утолщенным овалом формы. Изготавливаются пессарии из эластичного биологически инертного силикона. Утолщение предназначено для дополнительной фиксации уретры. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку.

Пессарий силиконовый: уретральный поставляется в 12 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: наружный диаметр D , длина L , толщина кольца d , ширина H и толщина утолщения h приведены в таблице.

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
D , мм	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
L , мм	56,5	61,5	66,5	71,5	76,5	81,5	86,5	91,5	96,5	101,5	106,5	111,5
d , мм	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
H , мм	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
h , мм	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
m , г	20±3	21,5±3	22,5±3	24±4	25±4	27±4	28±5	29±5	31±5	33±5	34±6	36±6

Наружный диаметр указан на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий устанавливается во влагалище и создает дополнительную опору для органов малого таза. Это восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет/уменьшает проявления пролапса. Утолщение на ободке кольца предназначено для дополнительной фиксации уретровезикального сегмента.

Показания:

- консервативная (нехирургическая) коррекция пролапса гениталий, осложненного стрессовым недержанием мочи (N 81.0 – 81.9, R 32 согласно МКБ-10);
- моделирование результатов оперативной коррекции стрессового недержания мочи, в том числе оперативных вмешательств с использованием сетчатых протезов.

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения

Изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки.

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления

пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца).

Правильность установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и, по возможности, вводить пессарий.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции пессарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Пессарий извлекают из упаковки (рис. М.1), сжимают и в сжатом виде вводят во влагалище (рис. М.2). Затем пессарий разворачивают во фронтальную плоскость (рис. М.3). Утолщение на ободке пессария должно располагаться в области уретровезикального сегмента.

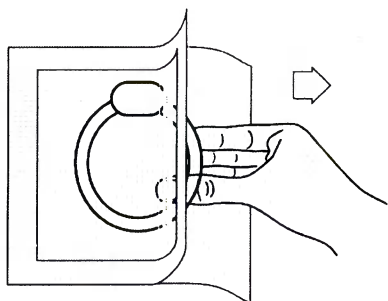


Рисунок – М.1

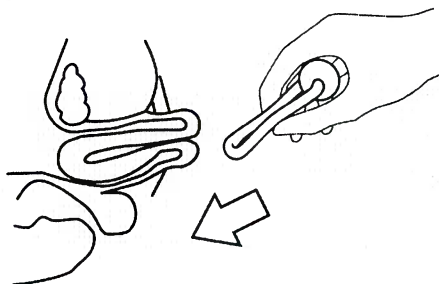


Рисунок – М.2

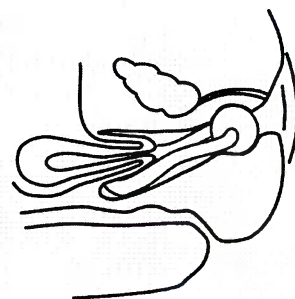


Рисунок – М.3

Для извлечения пессария необходимо захватить изделие пальцами, слегка сжать и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении пессария минимален.

Наблюдение за пациентками

Во время использования пессария необходимы регулярные гинекологические осмотры. Длительность непрерывного использования пессария определяется индивидуально. Возможна практика применения пессария только в период физической нагрузки (использование днем и удаление на ночь).

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании пессария не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления пессария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового пессария.

Рекомендации для пациенток

После того, как введен пессарий, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и пессарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать пессарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить пессарий. Во время использования пессария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения пессария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем пессарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании пессария развивается воспаление влагалища. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения пессария.

Руководство по эксплуатации

Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный

Описание: пессарий силиконовый: чашечно-уретральный имеет форму чаши с утолщением овальной формы и большим центральным отверстием. Изготавливаются пессарии из эластичного силикона. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку.

Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный поставляется в 8 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: наружный диаметр D , длина L , диаметр центрального отверстия d , высота h , ширина H и толщина h_1 утолщения приведены в таблице.

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8
D , мм	55	60	65	70	75	80	85	90
L , мм	60	65	70	75	80	85	90	95
d , мм	21	26	31	36	41	46	51	56
h , мм	17	17	17	17	17	17	17	17
H , мм	30	30	30	30	30	30	30	30
h_1 , мм	25	25	25	25	25	25	25	25
m , г	28±4	30±4	33±5	35±5	38±6	40±6	43±7	46±7

Наружный диаметр указан на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий устанавливается во влагалище и создает дополнительную опору для органов малого таза. Это восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет/уменьшает проявления пролапса.

Утолщение на ободе пессария предназначено для дополнительной фиксации уретровезикального сегмента.

Показания:

- консервативная (нехирургическая) коррекция пролапса гениталий, осложненного стрессовым недержанием мочи (N 81.0 – 81.9, R 32 согласно МКБ-10);
- моделирование результатов оперативной коррекции стрессового недержания мочи, в том числе оперативных вмешательств с использованием сетчатых протезов.

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения

Изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано, предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки.

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца).

Правильность установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и, по возможности, вводить пессарий.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции пессарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Перед введением пессария пролабируемые органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение. Пессарий извлекают из упаковки (рис. Н.1), сжимают и в сжатом виде вводят во влагалище (рис. Н.2). Затем пессарий разворачивают (рис. Н.3).

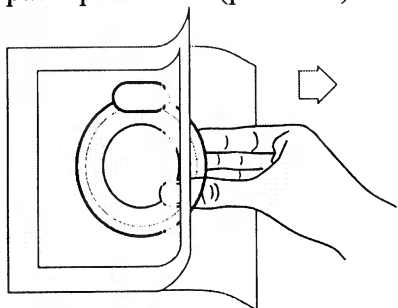


Рисунок – Н.1

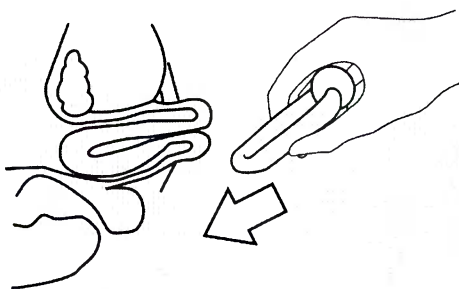


Рисунок – Н.2

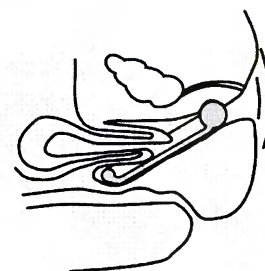


Рисунок – Н.3

Для извлечения пессария необходимо захватить изделие пальцами, слегка сжать и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении пессария минимален.

Наблюдение за пациентками

Во время использования пессария необходимы регулярные гинекологические осмотры. Длительность непрерывного использования пессария определяется индивидуально. Возможна практика применения пессария только в период физической нагрузки (использование днем и удаление на ночь).

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании пессария не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления пессария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового пессария.

Рекомендации для пациенток

После того, как введен пессарий, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и пессарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать пессарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить пессарий. Во время использования пессария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения пессария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем пессарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании пессария развивается воспаление влагалища. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения пессария.

Руководство по эксплуатации Пессарий силиконовый: Ходжа

Описание: пессарий силиконовый: Ходжа представляет собой кольцо из эластичного биологически инертного силикона, армированного деформируемым элементом. Это позволяет придавать изделию любую форму в зависимости от клинической ситуации. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку.

Пессарий силиконовый: Ходжа поставляется в 9 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: наружный диаметр D и толщина d кольца приведены в таблице.

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
D , мм	55	60	65	70	75	80	85	90	95
d , мм	10	10	10	10	10	10	10	10	10
m , г	17±3	19±3	21±3	23±3	25±4	27±4	29±4	31±5	33±5

Наружный диаметр указан на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий устанавливается во влагалище и создает дополнительную опору для органов малого таза. Это восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет/уменьшает проявления пролапса.

Показания:

- консервативная (нехирургическая) коррекция пролапса гениталий, осложненного стрессовым недержанием мочи (N 81.1 – 81.9, R 32 согласно МКБ-10).

Пессарий Ходжа используется только в тех случаях, когда использование других моделей пессариев неэффективно.

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения

Изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки.

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца).

Правильность установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и, по возможности, вводить пессарий.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции пессарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Перед введением пессария пролабируемые органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение. Пессарий извлекают из упаковки (рис. П.1), сжимают и придают ему необходимую форму, и в таком виде вводят во влагалище (рис. П.2). Затем пессарий разворачивают (рис. П.3). Пессарий Ходжа вводится широкой частью вперед. Наиболее часто пессарий размещается во влагалище таким образом, что шейка матки располагается внутри кольца пессария, вогнутый изгиб направлен к передней стенке влагалища, а направленный вперед дистальный фрагмент пессария упирается в область уретровезикального сегмента. В зависимости от клинической ситуации возможно иное расположение пессария.

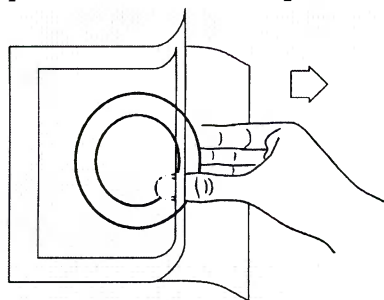


Рисунок – П.1

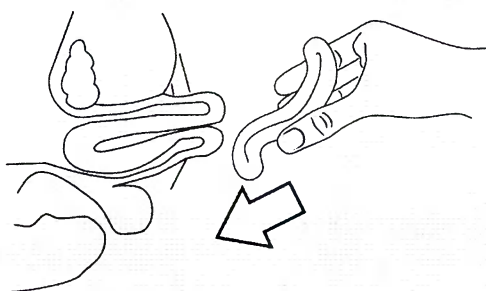


Рисунок – П.2

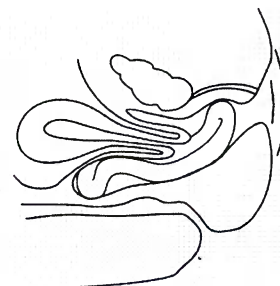


Рисунок – П.3

Для извлечения пессария необходимо захватить изделие пальцами и извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении пессария минимален.

Наблюдение за пациентками

Во время использования пессария необходимы регулярные гинекологические осмотры. Длительность непрерывного использования пессария определяется индивидуально. Возможна практика применения пессария только в период физической нагрузки (использование днем и удаление на ночь).

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании пессария не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления пессария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового пессария.

Рекомендации для пациенток

После того, как введен пессарий, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и пессарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать пессарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить пессарий. Во время использования пессария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения пессария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем пессарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании пессария развивается воспаление влагалища. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения пессария.

Руководство по эксплуатации Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный

Описание: пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный имеет форму глубокой чаши с большим центральным отверстием и многочисленными отверстиями меньшего диаметра по периферии. Изготавливаются пессарии из эластичного биологически инертного силикона. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку.

Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный поставляется в 13 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: наружный диаметр D , высота H , диаметр центрального отверстия d , количество n и диаметр периферических отверстий d_1 приведены в таблице.

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
D , мм	65	65	65	65	65	65	65	70	70	70	70	70	70
H , мм	17	17	21	21	25	25	30	17	17	21	21	25	25
d , мм	32	35	32	35	32	35	35	32	35	32	35	32	35
n	4	4	6	6	6	6	6	4	4	6	6	6	6
d_1 , мм	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
m , г	25±4	23±4	27±4	27±4	33±5	33,9	39±6	30±5	29±5	31±5	30±5	35±5	34±5

Наружный диаметр, высота, диаметр центрального отверстия указаны на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий устанавливается во влагалище и создает опору для органов малого таза. Это восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет/уменьшает проявления пролапса гениталий.

Показания:

- консервативная (нехирургическая) коррекция выпадения женских половых органов (N 81.1 – 81.9 согласно МКБ-10), в том числе выпадение свода влагалища после экстирпации матки (N99.3 согласно МКБ-10);

- профилактика послеоперационных спаек влагалища (N 99.2 согласно МКБ-10).

Возможно применение во время беременности.

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения

Изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано, предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки.

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца). Правильность установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и, по возможности, вводить пессарий.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции пессарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике. Перед введением пессария пролабируемые органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение.

Пессарий извлекают из упаковки (рис. Р.1), сжимают и в сжатом виде вводят во влагалище (рис. Р.2). Затем пессарий разворачивают к шейке матки (рис. Р.3) таким образом, чтобы шейка матки располагалась в центральном отверстии, а широкое основание пессария было обращено ко входу во влагалище.

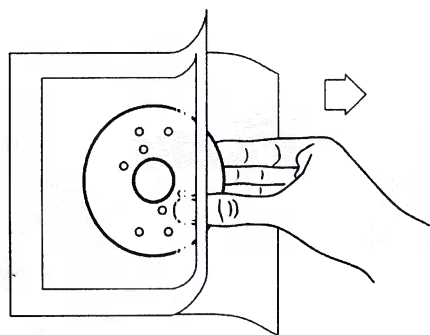


Рисунок – Р.1

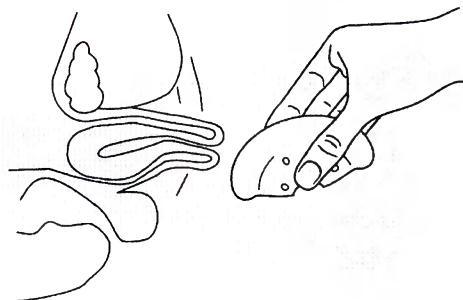


Рисунок – Р.2

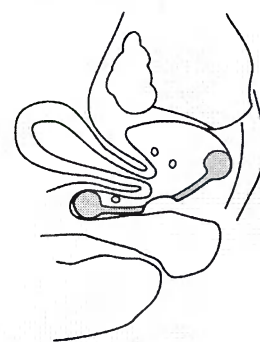


Рисунок – Р.3

Для извлечения пессария необходимо захватить изделие пальцами, слегка сжать и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении пессария минимален.

Наблюдение за пациентками

Во время использования пессария необходимы регулярные гинекологические осмотры. Длительность непрерывного использования пессария определяется индивидуально. Возможна практика применения пессария только в период физической нагрузки (использование днем и удаление на ночь).

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании пессария не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления пессария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового пессария.

Рекомендации для пациенток

После того, как введен пессарий, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и пессарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать пессарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить пессарий. Во время использования пессария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения пессария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем пессарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании пессария развивается воспаление влагалища. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения пессария

Руководство по эксплуатации Пессарий силиконовый: кубический

Пессарий силиконовый: кубический перфорированный

Описание: пессарий силиконовый: кубический и пессарий силиконовый: кубический перфорированный имеет форму куба с вогнутыми сторонами. В модели пессарий силиконовый: кубический перфорированный на сторонах выполнены отверстия для оттока влагалищного отделяемого. Для удобства удаления кубические пессарии снабжены силиконовой нитью. Изготавливаются пессарии из эластичного биологически инертного силикона. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку. Пессарий силиконовый: кубический и кубический перфорированный поставляется в 6 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: высота H , диаметр основания углубления D , количество n и диаметр d отверстий на вогнутых поверхностях приведены в таблице. Диаметр нити для извлечения – $2\pm 0,5$ мм, длина – не менее 100 мм.

Исп.	1	2	3	4	5	6
H , мм	25	29	32	37	41	45
D , мм	23	27	30	35	39	43
n	12	12	12	12	12	12
d , мм	3	3	3	3	3	3
m	8 ± 2	12 ± 2	14 ± 3	20 ± 4	26 ± 5	33 ± 6

Высота пессария указана на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий устанавливается во влагалище и создает дополнительную опору для органов малого таза. Это восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет/уменьшает проявления пролапса.

Показания: консервативная (нехирургическая) коррекция пролапса гениталий (N 81.1 – 81.9, согласно МКБ-10). Кубические модели следует применять в случаях, когда другие типы пессариев не эффективны.

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения

Пессарий кубический предназначен для кратковременного использования 6-12 часов. Более часто пессарий устанавливается только на период физической активности (вводить на день, на ночь удалять). Если пациентка не в состоянии самостоятельно вводить и извлекать пессарий силиконовый: кубический, следует использовать другой тип пессариев.

Изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано, предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром ($134^{\circ}\text{C}/3,8$ бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки. Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с

наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца).

Правильность установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и вводить пессарий.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции пессарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Перед введением пессария пролабированные органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение. Пессарий извлекают из упаковки (рис. С.1), сжимают и в сжатом виде вводят во влагалище (рис. С.2). Пессарий вводится как можно глубже во влагалище (рис. С.3). При этом нити для удаления пессария должны быть легко доступны. Благодаря упругим свойствам материала пессарий распрямляется и принимает первоначальную форму.

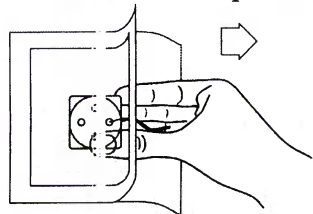


Рисунок – С.1

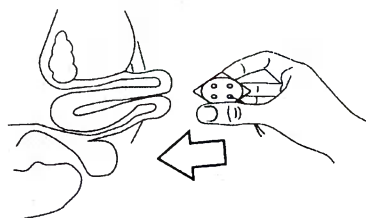


Рисунок – С.2

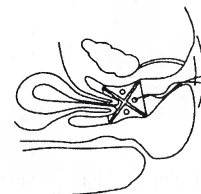


Рисунок – С.3

Для извлечения пессария необходимо потянуть за нить, затем захватить изделие пальцами, слегка сжать и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении пессария минимален. Для самостоятельной установки пессария женщина может поставить одну ногу на стул или край кровати и в таком положении ввести кубический пессарий во влагалище. Если это слишком сложно, можно вводить пессарий, вытянув ноги и, если необходимо, прислонившись к стене или в положении лежа.

Наблюдение за пациентками

Во время использования пессария необходимы регулярные гинекологические осмотры.

Данная модель пессария предназначена для кратковременного использования (не более 6-12 часов). Например, применение днем и удаление на ночь.

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании пессария силиконового кубического не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления пессария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового пессария.

Рекомендации для пациенток

После того, как введен пессарий, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и пессарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать пессарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить пессарий. Во время использования пессария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения пессария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем пессарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании пессария развивается воспаление влагалища. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения пессария.

Руководство по эксплуатации
Пессарий силиконовый: грибовидный

Описание: пессарий силиконовый: грибовидный имеет «ножку» с утолщением на ее основании и вогнутую «шляпку» с отверстиями. «Ножка» пессария предназначена для его удержания максимально глубоко во влагалище. Изготавливаются пессарии из эластичного биологически инертного силикона. Лечение с использованием пессария грибовидного предусмотрено в случаях, когда другие типы пессариев не эффективны. Пессарий с руководством по эксплуатации упакован в первичную упаковку.

Пессарий силиконовый: грибовидный поставляется в 9 исполнениях. Масса m и основные размеры пессария: наружный диаметр D , высота H , диаметр утолщения «ножки» d , количество n и диаметр периферических отверстий d_l приведены в таблице.

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
D , мм	50	55	60	65	70	75	80	85	90
H , мм	65	67	68	70	71	72	73	74	75
d , мм	25	26	27	27	27	27	28	28	28
n	3	3	4	4	4	4	4	4	4
d_l , мм	4	4	4	4	4	4	4	4	4
m , г	43±7	52±8	62±9	69±10	76±12	86±13	98±15	112±17	125±19

Наружный диаметр указан на изделии и на этикетке.

Механизм действия

Пессарий устанавливается во влагалище и создает опору для органов малого таза. Это восстанавливает топографо-анатомические взаимоотношения между органами малого таза и устраняет/уменьшает проявления пролапса гениталий.

Показания: консервативная (нехирургическая) коррекция выпадения женских половых органов (N 81.1 – 81.9 согласно МКБ-10), в том числе выпадение свода влагалища после экстирпации матки (N99.3 согласно МКБ-10).

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные болезни женских тазовых органов;
- кровотечения из половых путей.

Осложнения/побочные эффекты

В процессе лечения с помощью пессария силиконового возможно развитие воспалительных болезней женских тазовых органов.

Предостережения: изделие не должно использоваться другими пациентами и должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано, предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Выбор размера пессария

Выбор размера пессария осуществляется акушером-гинекологом индивидуально в зависимости от анатомических особенностей пациентки.

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет/уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца). Правильность

установки должна быть оценена при напряжении мышц брюшного пресса (например, кашле, натуживании) и при движении.

Пессарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Необходимо обучить пациентку самостоятельно извлекать и, по возможности, вводить пессарий.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции пессарий смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Перед введением пессария пролабируемые органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение.

Пессарий извлекают из упаковки (рис. Т.1). Чашу пессария сжимают (рис. Т.2) и в сжатом виде вводят во влагалище. Ножка пессария должна быть направлена ко входу во влагалище (рис. Т.3).

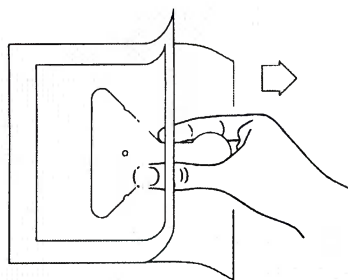


Рисунок – Т.1

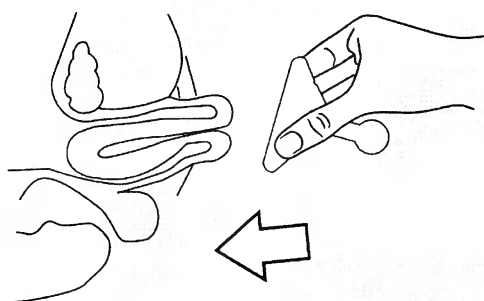


Рисунок – Т.2

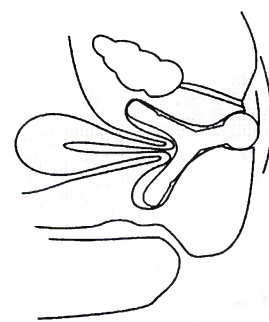


Рисунок – Т.3

Для извлечения пессария необходимо захватить изделие пальцами, сжать чашу пессария и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении пессария минимален.

Наблюдение за пациентками

Во время использования пессария необходимы регулярные гинекологические осмотры. Длительность непрерывного использования пессария определяется индивидуально. Возможна практика применения пессария только в период физической нагрузки (использование днем и удаление на ночь).

Специфических побочных эффектов при надлежащем использовании пессария не выявлено. Возможное развитие воспалительного процесса (неспецифическая реакция на инородное тело) требует удаления пессария и санации. После окончания санации возможно дальнейшее применение силиконового пессария.

Рекомендации для пациенток

После того, как введен пессарий, убедитесь, что не возникает неприятных ощущений, затруднений при мочеиспускании, и пессарий не выпадает при натуживании. При появлении боли во влагалище или при выпадении изделия необходимо использовать пессарий другого размера. Попробуйте под наблюдением гинеколога самостоятельно извлечь и установить пессарий. Во время использования пессария желательно посещать гинеколога. Кратность посещений устанавливается индивидуально. Это необходимо для оценки эффективности лечения, выбора оптимального времени непрерывного ношения пессария. В домашних условиях дезинфекция изделия проводится путем тщательного промывания кипяченой водой с моющим средством. Затем пессарий тщательно промывают кипяченой водой. Иногда при использовании пессария развивается воспаление влагалища. Для профилактики воспалительных осложнений необходимо соблюдение рекомендаций врача, гигиены и сроков непрерывного ношения пессария.

Руководство по эксплуатации
Пессарии силиконовые примерочные: малые; средние; большие

Описание: комплект пессариев силиконовых примерочных состоит из 4 пессариев силиконовых: кольцо – разного диаметра. Изготавливаются пессарии из эластичного биологически инертного силикона. Пессарии силиконовые примерочные поставляются в 3 модификациях: малые, средние и большие. Пессарии с руководством по эксплуатации упакованы в первичную упаковку.

В комплект пессариев силиконовых примерочных малых входят пессарии силиконовые: кольцо диаметром 50, 55, 60, 65 мм.

В комплект пессариев силиконовых примерочных средних входят пессарии силиконовые: кольцо диаметром 65, 70, 75, 80 мм.

В комплект пессариев силиконовых примерочных больших входят пессарии силиконовые: кольцо диаметром 85, 90, 95, 100 мм.

Масса m и основные размеры пессариев, входящих в комплекты: наружный диаметр D и толщина d кольца приведены в табл. У1.

Таблица У. 1 – Размеры и масса пессариев

Исп.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
D , мм	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
d , мм	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
m , г	12±2	13±2	14±3	16±3	17±3	19±3	20±4	22±4	24±4	25±4	26±4

Наружные диаметры колец указаны на изделии.

Показания:

- индивидуальный подбор размера пессария для коррекции пролапса гениталий.

Изделие не предназначено для лечения.

Противопоказания:

- аллергические реакции на материал пессария.

Относительные противопоказания:

- воспалительные заболевания гениталий, кровотечения из половых путей.

Предостережения

Изделие должно храниться при комнатной температуре. Недопустимо применение после окончания срока годности, указанного на упаковке изделия. Не допускается использование при наличии повреждений (надрезы, трещины и т.п.) поверхности изделия. Пессарий поставляется нестерильным, перед использованием требуется дезинфекция. Для предстерилизационной обработки пессарий можно промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств. Изделие может быть очищено и дезинфицировано, предпочтительно с использованием альдегидсодержащих растворов. Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).

Свойства материала позволяют многократно дезинфицировать изделие.

Введение и извлечение пессария

После дезинфекции кольцо примерочное смазывают небольшим количеством мази, разрешенной к применению в гинекологической практике (предпочтение следует отдавать мазям, содержащим эстриол). Перед введением кольца пролабированные органы должны быть возвращены в анатомически правильное положение. Кольцо извлекают из упаковки (рис. У.1), сжимают и в сжатом виде вводят во влагалище (рис. У.2). Затем кольцо разворачивают (рис. У.3).

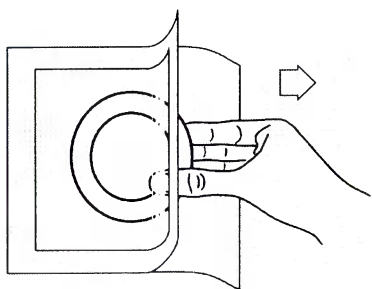


Рисунок – У.1

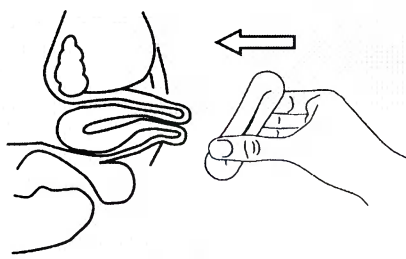


Рисунок – У.2

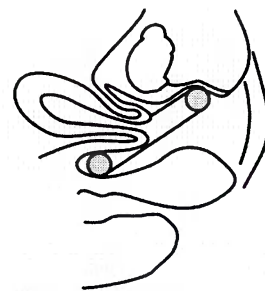


Рисунок – У.3

Для извлечения pessария необходимо захватить изделие пальцами, слегка сжать и в сжатом состоянии извлечь из влагалища. Благодаря эластичным свойствам силикона дискомфорт пациентки при введении/извлечении pessария минимален.

Pessарий не должен выпадать при натуживании, вызывать затруднений при мочеиспускании и болезненных ощущений во влагалище.

Выбор типа pessария

Выбор типа pessария зависит от анатомических особенностей пациентки, степени пролапса и наличия или отсутствия сопутствующих расстройств мочеиспускания.

Таблица У.2 – Выбор типа pessария

Тип pessария	Клиническая классификация смещения влагалища и матки
Пессарий силиконовый: кольцо Пессарий силиконовый: толстое кольцо	I степень — шейка матки опускается не больше, чем до половины длины влагалища.
Пессарий силиконовый: уретральный Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный	I степень и сопутствующее стрессовое недержание мочи
Пессарий силиконовый: толстое кольцо, чашечный и чашечный перфорированный	II степень — шейка матки и/или стенки влагалища опускаются до входа во влагалище.
Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный	II степень и сопутствующее стрессовое недержание мочи
Пессарий силиконовый: грибовидный, Ходжа, кубический, кубический перфорированный, цервикальный	III степень — шейка матки и/или стенки влагалища опускаются за пределы входа во влагалище, а тело матки располагается выше него.
Пессарий силиконовый: грибовидный, Ходжа, цервикальный	III степень и сопутствующее стрессовое недержание мочи
Пессарий силиконовый: грибовидный, Ходжа, кубический и пессарий кубический перфорированный	IV степень — вся матка и/или стенки влагалища находятся за пределами входа во влагалище.
Пессарий силиконовый: грибовидный, Ходжа, цервикальный	IV степень и сопутствующее стрессовое недержание мочи

Выбор размера пессария

Первичный подбор пессария осуществляется в литотомическом положении пациентки (на гинекологическом кресле) при наполненном мочевом пузыре. Должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет или уменьшает проявление пролапса.

Таблица У.3 – Выбор размера силиконового пессария

Наружный диаметр примерочного кольца, наружный диаметр, мм	Пессарий силиконовый чашечный и пессарий силиконовый чашечный перфорированный, наружный диаметр, мм	Пессарий силиконовый: толстое кольцо и пессарий силиконовый: кольцо наружный диаметр, мм	Пессарий силиконовый: цервикальный, наружный диаметр, мм	Пессарий силиконовый: кубический и пессарий силиконовый кубический перфорированный, размер грани, мм	Пессарий силиконовый уретральный, наружный диаметр, мм	Пессарий силиконовый грибовидный, наружный диаметр, мм	Пессарий силиконовый: Ходжа наружный диаметр, мм	Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный, наружный диаметр, мм
50	-	50	-	-	45,50	50	-	45,50
55	55	55	-	-	55	55	55	55
60	60	60	65	29	60	60	60	60
65	65	65	65	32	65	65	65	65
70	70	70	70	37	70	70	70	70
75	75	75	70	41	75	75	75	75
80	80	80	70	45	80	80	80	80
85	85	85	-	-	85	85	85	85
90	90	90	-	-	90	90	90	90
95	95	95	-	-	95	-	-	95
100	-	100	-	-	100	-	-	100

Пронумеровано, прошнуровано
и скреплено печатью
23 листов
Зам директора по качеству



О.Н. Ахтанин

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

2
2012

*акушерство и
гинекология*

Репринт

М.Е. ВИРХАУТ

**Использование pessaries
при влагалищном пролапсе**

Использование пессариев при влагалищном пролапсе*

М.Е. ВИРХАУТ

История

Первые случаи использования pessaries были описаны еще Гиппократом [1]. В его времена в качестве влагалищного pessaria использовался вымоченный в уксусе гранат, хотя известно, что применялись и другие фрукты. Пессарии также изготавливали из бронзы, хлопка, шерсти и льна. Для удерживания pessaries применяли T-образные подвязки [2]. В конце XVI в. Амбруаз Парэ (Ambroise Pare) впервые предложил использовать кольцевые pessaries.

Голландский хирург Хендрик ван Девентер (H. van Deventer) [3] в 1701 г. опубликовал труд «Ручные операции – новый метод для акушеров» (Manuale operatione zynde een nieuw ligt voor vroedmeesters en vroedvrouwen). Он дал подробное описание pessaries, которые использовались в его время. Автор описал четыре типа «колец», которые на самом деле были скорее похожи на тарелку треугольной, овальной или круглой формы с отверстием в сере-

дине. Они изготавливались из дерева, пробки, серебра или золота. Коровые и деревянные pessaries перед применением смазывали воском, чтобы предотвратить гниение. Х. ван Девентер также приводит подробные указания по введению pessaries и их правильному расположению относительно шейки матки.

В 1783 г. после открытия Ч. Гудьером процесса вулканизации каучука этот материал стали применять для изготовления pessaries, что способствовало более длительному использованию устройства. В 1950-х гг. каучуковые

pessaries были заменены на пластиковые, а совсем недавно – на силиконовые.

Типы pessaries

За прошедшее время было изобретено более 200 типов pessaries, из которых сейчас используются около 20 (рис. 1–7).

Существуют две основные формы pessaries с различными механизмами действия: поддерживающие и/или заполняющие внутреннее пространство.

Наиболее известны кольцевые pessaries. Кольцо может иметь разную толщину и отличаться

Пессарии часто используются при влагалищном пролапсе. В целом это считается безопасной и удобной формой терапии, хотя данных об эффективности такого лечения, показаниях к применению и оптимальном контроле недостаточно. В статье представлен обзор различных типов pessaries, показаний и осложнений при их использовании, а также советы по практическому применению.

* Перевод с англ.: Vierhout M.E. The use of pessaries in vaginal prolapse // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2004. Vol. 117. № 1. P. 4–9.



Основным показанием к использованию пессария является наличие симптоматического пролапса, в случаях когда проведение хирургического вмешательства невозможно. Пессарии широко применяются для лечения стрессового недержания мочи. Эффективность такого лечения составляет от 46 до 94%.

способностью заполнять внутреннее пространство. В 1860 г. Хью Ходж (Hugh Lenox Hodge) разработал хорошо известный в настоящее время продолговатый пессарий, соответствующий форме влагалища. Открытые пессарии имеют недостаток: матка может выдавливаться через отверстие. В связи с этим стали популярны закрытые перфорированные чашеобразные

пессарии, особенно в случаях пролапса. Регулируемые надувные пессарии были разработаны для индивидуального и самостоятельного применения с учетом различных условий. Пессарии с леватором (пессарии Ходжа и Смита – Ходжа) также могут использоваться для поддержания непосредственно шейки мочевого пузыря в случаях стрессового недержания мочи. Кубический пессарий фиксируется во влагалище с помощью боковых присосок. Были разработаны и другие многочисленные модели с особыми функциями, для поддержания или расслабления уретры, с внешней опорой или без нее.

В таблице 1 приведены наиболее распространенные типы пессариев, их наименования и показания к применению [4, 5]. Однако строгих правил, которыми следует руководствоваться в каждом случае, не существует. Большинство авторов склонны считать использование пессария менее подходящим при ректоцеле и более подходящим при цистоцеле или опущении матки.

При назначении пессария в первую очередь следует учитывать ширину генитального отверстия. Если оно слишком широкое, пессарий может выпадать, за исключением самофиксирующихся форм, таких как надувной баллон и кубический пессарий.

Показания

Основным показанием к использованию пессария является наличие симптоматического пролапса, в случаях когда проведение хирургического вмешательства невозможно. Наиболее часто пессарии применяются у пожилых женщин с одним или несколькими сопутствующими заболеваниями, которым нельзя провести операцию [5]. Однако подробная информация о возрастных группах женщин, применяющих пессарий, отсутствует. Пессарий активно используется при пролапсе во время беременности, который, как правило, является временным и самостоятельно проходит после родов [6]. Иногда пессарии применяются во время диагностики. Использование пессариев перед операцией позволяет ги-

Таблица 1. Распространенные типы пессариев, их наименования и показания к применению

Тип пессария	Механизм действия	Наименование	Показания	Примечание	Название пессариев от «Пенткрофт Фарма»
Кольцо	Поддерживающий	–	Цистоцеле, небольшое опущение матки	Различные размеры, толщина и жесткость	Пессарий «кольцо»
«Пончик»	Поддерживающий/заполняющий внутреннее пространство	Donut	Все виды пролапсов, кроме последующих серьезных дефектов		Пессарий «толстое кольцо»
С леватором	Поддерживающий	Hodge, Smith-Hodge, Riss	Цистоцеле, небольшое опущение матки	Повторяет форму влагалища	Пессарий Ходжа, уретральный, чашечно-уретральный
Чашеобразный	Поддерживающий	Falk, Shaatz	Хорошо подходит для сильного пролапса		Чашечный, чашечный с перфорацией
Грибовидный	Поддерживающий	Gellhorn	Цистоцеле, незначительный пролапс		Пессарий грибовидный
Куб	Заполняющий внутреннее пространство, самофиксирующийся	Arabin	Все виды пролапсов	Необходима ежедневная смена	Пессарий кубический, кубический с кнопкой и с перфорацией
Надувной	Заполняющий внутреннее пространство	Inflatoball	Все виды пролапсов	Необходима ежедневная смена	Не зарегистрирован

Таблица 2. Возможные осложнения при применении пессария

Эрозивные	- Влагалищные раздражения - Влагалищные пролежни - Перфорация (мочевого пузыря, кишечника) - Ущемление
Инфекционные	- Бактериальный вагиноз - Актиномикоз (Уро)сепсис - Обструкция - Гидронефроз - Обструкция кишечника - Цервикальное ущемление
Аллергические	Аллергия на латекс
Половые	Диспареуния (у мужчин и у женщин)
Неопластические	- Влагалищная карцинома - Цервикальная карцинома

некогда определить, сможет ли операция устранить присутствующие симптомы. Пессарии также можно применять при эрозии стенок влагалища из-за сильного пролапса перед проведением операции. Единого мнения о том, что является предпочтительным – использование пессария или операция, не существует.

Помимо использования при таких проблемах, как влагалищный пролапс и недержание мочи, пессарии применяют для лечения цервикальной недостаточности [7] и исправления загибов или ущемлений матки [8]. В настоящем обзоре данные показания не рассматриваются.

Пессарии и некоторые другие виды влагалищных устройств широко применяются для лечения стрессового недержания мочи. Эффективность такого лечения составляет от 46 до 94% [9–16]. К сожалению, большинство исследований свидетельствует о высоком проценте отказов от их использования – от 6 до 42%. Пессарии также используются в дооперационной терапии пациентов со стрессовым недержанием мочи [10, 11, 12]. Уродинамические изменения, которые наблюдаются при применении пессария, соответствуют тем, что происходят

после операции. Именно поэтому перед проведением операции необходимо провести пробу пессария, если есть сомнения в необходимости вмешательства.

Особую роль в разработке пессариев сыграла Ингрид Нигаард (Ingrid E. Nygaard) [13, 14]: она предложила использовать их во время занятий спортом и при физических нагрузках, когда недержание мочи может проявляться даже у молодых нерожавших женщин.

Женщины с сильным влагалищным пролапсом редко жалуются на недержание. Некоторые из них на самом деле имеют стрессовое недержание мочи, но оно замаскировано пролапсом, который приводит к загибу уретры во время напряжения [15, 16]. После оперирования пролапса это скрытое недержание проявляется и сохраняется, пока не будут проведены мероприятия по устранению недержания [17, 18]. Многие исследователи пытались диагностировать скрытое недержание путем введения пессария и таким образом устранить это послеоперационное нарушение [19, 20]. Если после



Рис. 1. Пессарий Ходжа, уретральный и чашечно-уретральный

Рис. 2. Пессарий чашечный без перфорации и с перфорацией

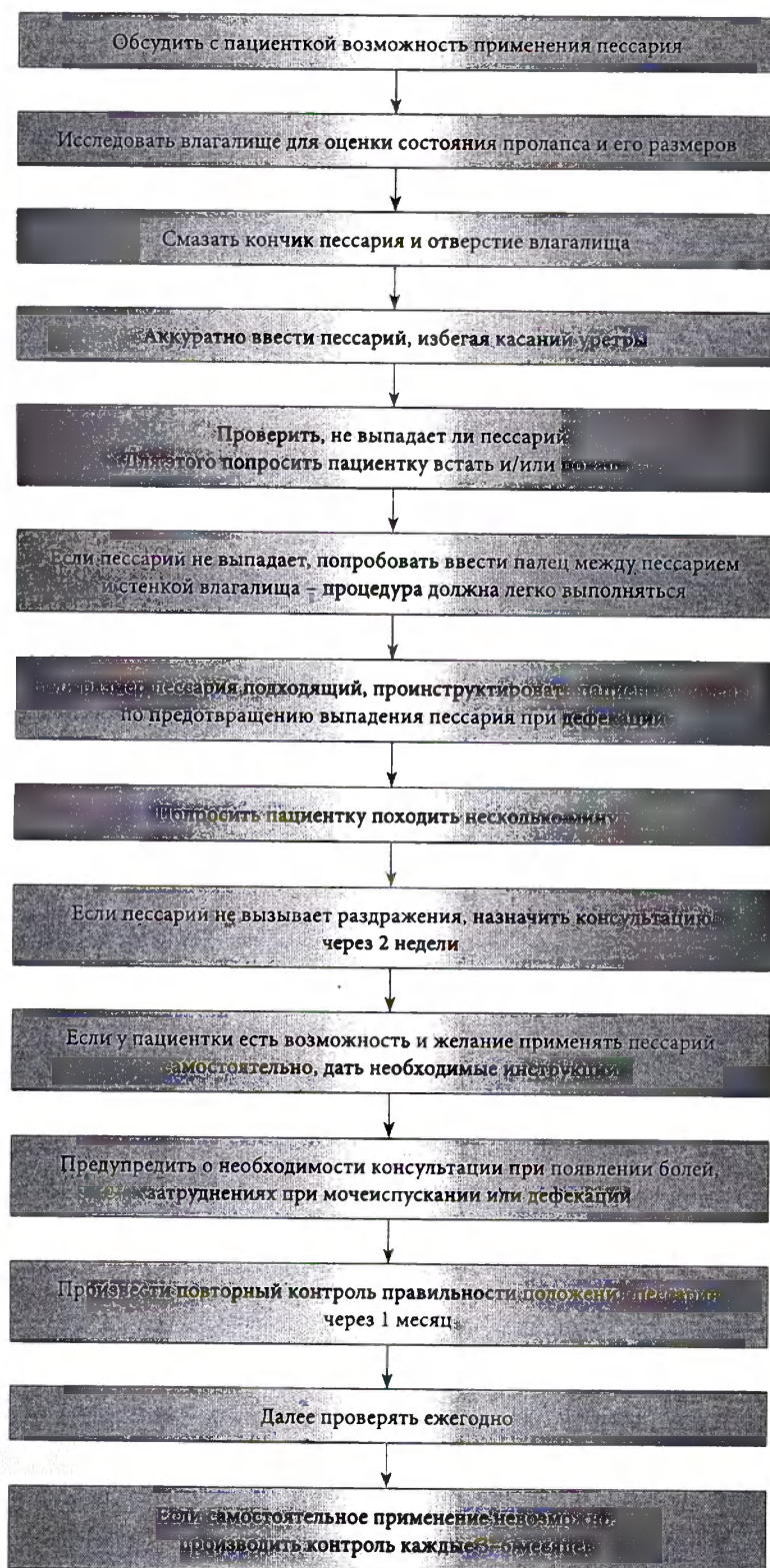


Рис. 8. Порядок введения пессария при влагалищном пролапсе



Рис. 3. Пессарий «кольцо»

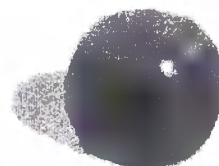


Рис. 4. Пессарий кубический



Рис. 5. Расширитель влагалища



Рис. 6. Пессарий акушерский (без перфорации и с перфорацией)

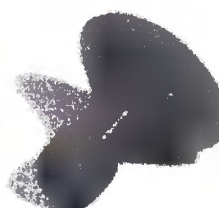


Рис. 7. Пессарий грибовидный



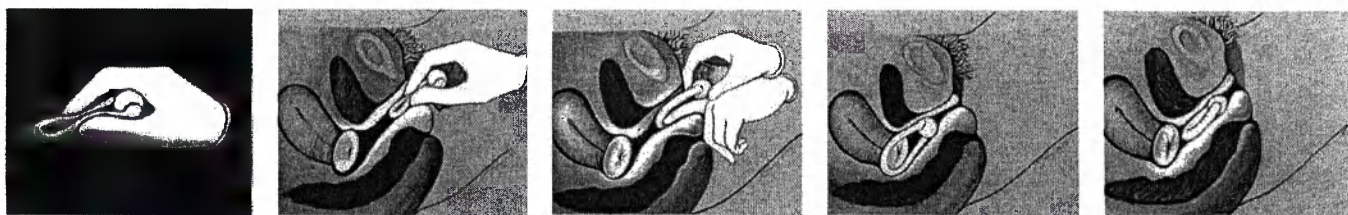


Рис. 9. Техника введения пессария

этого недержание все же проявляется, то во время оперирования пролапса проводятся дополнительные процедуры по устранению недержания. Диагностировать скрытое недержание можно также с помощью других методов, в основном во время проведения цистометрии.

Описано применение пессариев при влагалищном пролапсе у новорожденных, когда он обычно диагностируется в связи с расщелиной позвоночника [20].

Осложнения при применении пессариев

Самое распространенное осложнение при применении пессария – это раздражение слизистой влагалища (чаще у пациенток с дефицитом эстрогенов) с выделениями, запахом, изъязвлением и кровотечением. В таблице 2 приводится обзор наиболее типичных осложнений. Большинство серьезных осложнений единичны, такие как перфорация кишечника или мочевого пузыря [21], цервикальное ущемление [22], пролапс тонкой кишки [23] и обструкция кишечника и мочеочечника [24–26]. Ущемление шейки матки трудно устранить. Иногда для того, чтобы удалить пессарий, достаточно простого

смазывания влагалища [27], но в некоторых случаях требуется хирургическое вмешательство. Если при ущемлении пессарий не создает дискомфорта, обычно его можно оставить. В результате исследований было установлено, что использование пессария может являться причиной бактериального вагиноза [28]. Иногда у пациенток, использующих пессарий, наблюдался актиномикоз [29]. Влагалищные и цервикальные карциномы описаны у пациенток с пессариями [30, 31] в исследовании S. Schraub (96 случаев). Опухоли диагностировались после использования пессария в среднем в течение 18 лет. Был сделан вывод, что вероятной причиной является хроническое воспаление.

Для предотвращения влагалищных раздражений и изъязвлений при использовании пессария широко применяется заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Однако V. Wu [32] не обнаружил стабильного положительного эффекта при проведении ЗГТ, а в другом исследовании ЗГТ сообщается, что такая терапия не может предотвратить развитие бактериального вагиноза у пациенток, использующих пессарий [28]. Эффективность ЗГТ у па-

циенток с пессариями изучалась только в одном исследовании [33]. Обнаружилось, что комбинированное применение системной и локальной ЗГТ дает лучшие результаты по сравнению с применением только одного вида такой терапии, но, к сожалению, сопоставление с результатами контрольной группы (без ЗГТ) не проводилось.

Практическое применение пессариев при влагалищном пролапсе

Введение и фиксация пессария – своего рода искусство, поэтому сложно дать для этого четкие рекомендации. Тем не менее на рисунке 8 мы предложили рекомендации по применению пессария. На данный момент в литературе немного сведений о выборе подходящего размера пессария. В одном сравнительно небольшом исследовании, в котором описываются только кольцевые пессарии, размеры колеблются от 45 до 95 мм [34]. Восемьдесят процентов пациенток используют пессарий размером от 65 до 80 мм. Очень полезно проводить инструктаж по предотвращению выпадения пессария во время дефекации, так как многие пожилые женщины страдают запо-



Рис. 10. Техника удаления пессария

Таблица 3. Использование pessaries врачами

Исследователи	n	Специализация опрошенных	Врачи, использующие pessaries, %	Доля использующих pessaries, %	Доля использующих pessaries по первичному выбору, %	Типы применяемых pessaries
E. Pott-Grinstein [38]	947	Гинекологи	47	86	–	Кольцевые, «пончик»
G.W. Cundiff [39]	109	Гинекологи	48	98	77	Кольцевые, «пончик», Gelhorn
M.E. Vierhout [40]	114	Врачи общей практики	92	92	29	Кольцевые, Hodge, чашеобразные

ром. Обычно достаточно обучить пациентку, как нащупать пессарий и поставить его на место по методу Вальсальвы или путем сжатия половых губ, тем самым закрывая влагалищное отверстие. Предпочтительным является самостоятельное применение, при котором пациентка может извлекать и вводить пессарий по своему усмотрению, но это не всегда возможно (рис. 9, 10). По результатам исследования, посвященного самостоятельному применению пессариев, лишь небольшое число пациенток использовали их самостоятельно без осложнений [35].

Обычно рекомендуется проводить регулярный контроль с целью предотвращения ущемлений. В целом рекомендуемые промежутки для контроля составляют 3–6 месяцев [32].

Два исследования посвящены использованию двух пессариев в тех случаях, когда одного недостаточно [36, 37]. Использованием двух (кольцевых) пессариев достигается двойной – поддерживающий и заполняющий – эффект. Подобная техника может помочь при лечении сложных случаев.

О преимуществах использования пессариев, а также о показаниях и успешности такого лечения известно немного. В таблице 3 приведены результаты трех исследований, в которых был проведен опрос тех, кто работает с пациентками, применяющими пессарий [38–40]. Два исследования посвящены опыту урогинекологов и одно – опыту врачей

общей практики. Можно сделать вывод, что пессарии используют почти всеми опрошенными, но рекомендации по выбору подходящего типа и по показаниям сильно различаются.

Эффективность лечения

Исследований эффективности применения пессариев довольно мало, особенно если учесть их широкое использование. В ретроспективном исследовании P.J. Sulak и соавт. [41] сообщается об успешности такого лечения в 50%, через 16 месяцев после введения. Большинство пациенток,

практики большинство (79%) женщин, использующих пессарий при влагалищном пролапсе, предпочли продолжать такую терапию [42]. Если же помимо пролапса имело место недержание мочи, женщины чаще выбирали хирургическое вмешательство.

В недавнем исследовании было выяснено, что пессарии могут оказывать терапевтический эффект. У 21% пациентов было зафиксировано улучшение состояния при пролапсе и ни одного случая ухудшения после лечения с помощью пессария в течение года [43].

По результатам исследований, среди голландских врачей общей практики большинство (79%) женщин, использующих пессарий при влагалищном пролапсе, предпочли продолжать такую терапию.

продолжавших применять пессарий, были довольны результатами. Осложнения наблюдались редко. Среди пациенток, использовавших пессарий более месяца, 66% пациенток продолжали его применение и через год, а 53% – через три года [32]. При значительном пролапсе успешность лечения пессарием не гарантируется. Наличие стрессового недержания мочи отрицательно влияло на эффективность такого лечения. Серьезные осложнения зафиксированы не были.

По результатам исследований, среди голландских врачей общей

Заключение

Пессарии широко используются при влагалищном пролапсе. В основном такое лечение очень надежно. Однако исследований по оценке эффективности применения пессариев и вероятности осложнений проведено недостаточно. Практически отсутствует информация об оценке результатов лечения самими пациентками.

Тем не менее заслуживает внимания многолетний положительный опыт использования данного метода в лечении влагалищного пролапса.

Литература

1. Scott Miller D. Contemporary use of the pessary // *Gynecol. Obstet.* 1991. Vol. 39. P. 1–12.
2. Bash K.L. Review of vaginal pessaries // *Obstet. Gynecol. Surv.* 2000. Vol. 55. № 7. P. 455–460.
3. Van Deventer H. Manuale operatien zijnde een nieuw licht voor vroedmeesters en vroedvrouwen. Jan en Hermanus van Beek Leiden, 1746.
4. Davila G.W. Vaginal prolapse management with nonsurgical techniques // *Postgrad. Med.* 1996. Vol. 99. № 4. P. 171–176, 181, 184–185.
5. Zeitlin M.P., Lebherz T.B. Pessaries in the geriatric patient // *J. Am. Geriatr. Soc.* 1992. Vol. 40. № 6. P. 635–639.
6. Brown H.L. Cervical prolapse complicating pregnancy // *J. Natl. Med. Assoc.* 1997. Vol. 89. № 5. P. 346–348.
7. Newcomer J. Pessaries for the treatment of incompetent cervix and premature delivery // *Obstet. Gynecol. Surv.* 2000. Vol. 55. № 7. P. 443–448.
8. Gibbons J.M., Paley W.B. The incarcerated gravid uterus // *Obstet. Gynecol.* 1969. Vol. 33. № 6. P. 842–845.
9. Vierhout M.E., Lose G. Preventive vaginal and intraurethral devices in the treatment of female urinary incontinence // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 1997. Vol. 9. № 5. P. 325–328.
10. Bhatia N.N., Bergman A. Pessary test in women with urinary incontinence // *Obstet. Gynecol.* 1985. Vol. 65. № 2. P. 220–226.
11. Bergman A., Bhatia N.N. Pessary test: simple prognostic test in women with stress urinary incontinence // *Urology.* 1984. Vol. 24. № 1. P. 109–110.
12. Bhatia N.N., Bergman A., Gunning J.E. Urodynamic effects of a vaginal pessary in women with stress urinary incontinence // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1983. Vol. 147. № 8. P. 876–884.
13. Nygaard I.E., Zinsmeister A.R. Treatment of exercise incontinence with a vaginal pessary: a preliminary study // *Int. Urogynecol. J.* 1993. Vol. 4. P. 133–137.
14. Nygaard I.E., De Lancey J.O.L., Arnsdorf L., Murphy E. Exercise and incontinence // *Obstet. Gynecol.* 1990. Vol. 75. № 5. P. 848–851.
15. Robert M., Mainprize T.C. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence // *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct.* 2002. Vol. 13. № 5. P. 326–329.
16. Foote A.J., Moore K.H., King J. A prospective study of the long term use of the bladder neck support prosthesis // *Neurourol. Urodyn.* 1996. Vol. 15. P. 404–406.
17. Bump R.C., Fantl J.A., Hurt G.W. The mechanism of urinary continence in women with severe uterovaginal prolapse: results of barrier studies // *Obstet. Gynecol.* 1988. Vol. 72. № 3. Suppl. 1. P. 291–295.
18. Yamada T., Ichiyanagi N., Kamata S., Sakai Y., Nagahama K., Tanizawa A., Watanabe T., Horiuchi S., Saitoh H. Need for sling surgery in patients with large cystoceles and masked stress urinary incontinence // *Int. J. Urol.* 2001. Vol. 8. № 11. P. 599–603.
19. Chaikin D.C., Groutz A., Blaivas J.G. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse // *J. Urol.* 2000. Vol. 163. № 2. P. 531–534.
20. Loret de Mola J.R., Carpenter S.E. Management of genital prolapse in neonates and young women // *Obstet. Gynecol. Surv.* 1996. Vol. 51. № 4. P. 253–260.
21. Goldstien I., Wise G.J., Tancer M.L. A vesicovaginal fistula and intravesical foreign body a rare case of neglected pessary // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1990. Vol. 163. № 2. P. 589–591.
22. Sivasuriya M. Cervical entrapment of a polyethylene vaginal ring pessary a clinical curiosity // *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol.* 1987. Vol. 27. № 2. P. 168–169.
23. Ott R., Richte H., Behr J., Scheele J. Small bowel prolapse and incarceration caused by a vaginal ring pessary // *Br. J. Surg.* 1993. Vol. 80. № 9. P. 1157.
24. Roberge R.J., Keller C., Garfinkel M. Vaginal pessary induced mechanical bowel obstruction // *J. Emerg. Med.* 2001. Vol. 20. № 4. P. 367–370.
25. Roberge R.J., McCandish M.M., Dorfsman M.L. Urosepsis associated with vaginal pessary use // *Ann. Emerg. Med.* 1999. Vol. 33. № 5. P. 581–583.
26. Meinhardt W., Schuitemaker N.W., Smeets M.J., Venema P.L. Bilateral hydronephrosis with urosepsis due to neglected pessary. Case report // *Scand. J. Urol. Nephrol.* 1993. Vol. 27. № 3. P. 419–420.
27. Poma P.A. Management of the incarcerated vaginal pessaries // *J. Am. Geriatr. Soc.* 1981. Vol. 29. № 7. P. 325–327.
28. Alnaif B., Drutz H.P. Bacterial vaginosis increases in pessary users // *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct.* 2000. Vol. 11. № 4. P. 219–222.
29. Attalah D., Lizee D.S., van den Akker M., Gadonneix P., Tranbaloc P., Villet R. Genital actinomycosis diagnostic and therapeutic difficulties. Report of three cases // *Ann. Chir.* 1999. Vol. 53. № 4. P. 291–296.
30. Bouma J., Burger M.P., Krans M., Hollema H., Pras E. Squamous cell carcinoma of the vagina: a report of 32 cases // *Int. J. Gynecol. Cancer.* 1994. Vol. 4. № 6. P. 389–394.
31. Schraub S., Sun X.S., Maingon P., Horiot J.C., Daly N., Keiling R., Pigneux J., Pourquier H., Rozan R., Vrousos C. Cervical and vaginal cancer associated with pessary use // *Cancer.* 1992. Vol. 69. № 10. P. 2505–2509.
32. Wu V., Farrell S.T.F., Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management // *Obstet. Gynecol.* 1997. Vol. 90. № 6. P. 990–994.
33. Tam T., Schulz J.A., Hanson L., Flood C.Q. Factors affecting the success of pessary fitting in a nurse run clinic // *Int. Urogyn. J.* 2000. Vol. 11. Suppl. P. S77. Abstract.
34. Vd Bosch W.J.H.M. Het pessarium als behandeling voor prolaps van de vagina // *Huisarts. Wet.* 1983. Vol. 26. P. 411–413.
35. Kölle D., Kunczicky V., Uhl-Steidl M., Pontasch H. Safety and acceptance of self application of cubic pessaries and urethral ring pessaries // *Gynakol. Geburtshilfliche Rundsch.* 1998. Vol. 38. № 4. P. 242–246.
36. Singh K., Reid W.M.N. Non-surgical treatment of uterovaginal prolapse using double vaginal rings // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2001. Vol. 108. № 1. P. 112–113.
37. Myers D.L., Lasala C.A., Murphy J.A. Double pessary use in grade 4 uterine and vaginal prolapse // *Obstet. Gynecol.* 1998. Vol. 91. № 6. P. 1019–1020.
38. Pott-Grinstein E., Newcomer J.R. Gynecologists patterns of prescribing pessaries // *J. Reprod. Med.* 2001. Vol. 46. № 3. P. 205–208.
39. Cundiff G.W., Weidner A.C., Visco A.G., Bump R.C., Addison W.A. A survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society // *Obstet. Gynecol.* 2000. Vol. 95. № 6. Suppl. 1. P. 931–935.
40. Vierhout M.E., Overbeeke K. Pessary use by general practitioners in the Netherlands // *Int. Urogynecol. J.* 2001. Vol. 12. Suppl. P. S23. Abstract.
41. Sulak P.J., Kuehl T.J., Shull B.L. Vaginal pessaries and their use in vaginal relaxation // *J. Reprod. Med.* 1993. Vol. 38. № 12. P. 919–923.
42. Helmich E., Lagro-Janssen T. Vrouwen met een verzakking op het sprekeuur // *Huisarts. Wet.* 2000. Vol. 43. P. 58–64.
43. Handa V.L., Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? // *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct.* 2002. Vol. 13. № 6. P. 349–351.

www.dr-arabin.ru



www.repro21.ru

new
впервые
в России

ПЕССАРИИ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ И АКУШЕРСКИЕ

Все пессарии сделаны из неаллергенного гибкого силикона.



**Качество наших продуктов – это качество жизни
и здоровья ваших пациентов**

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

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

СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

ЗАО "ПЕНТКРОФТ ФАРМА"
Эксклюзивный дистрибьютер
Тел./факс: (495) 788-77-46

www.dr-arabin.ru



Dr. Arabin GmbH & Co. KG
Alfred-Meyerhausen-Str. 44 D - 58455 Witten
СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

www.repro21.ru

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

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

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

ПЕССАРИИ –

НОВЫЕ МОДЕЛИ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

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

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

■ ЧТО ЖЕ ЭТО ЗА ПРОБЛЕМЫ И КАК ИЗБЕЖАТЬ ИХ?

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

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

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

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

задней стенки влагалища ведет к опущению передней стенки прямой кишки.

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

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

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

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

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

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

- тренировку мышц тазового дна,

■ сочетание тренировки мышц тазового дна с биологической обратной связью,

■ применение пессариев,

■ гинекологический массаж,

■ заместительную гормональную терапию, которая улучшает кровоснабжение мышц тазового дна, стенок влагалища и может в определенной степени укрепить связочный аппарат внутренних половых органов.

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

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

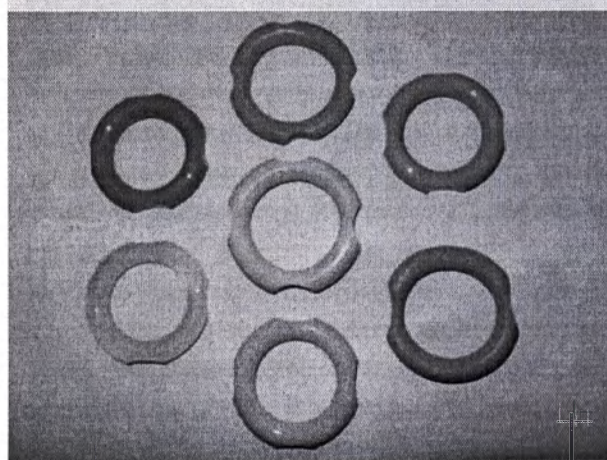
Различаются поддерживающие пессарии (кольцо, чашеобразный и др.) и пессарии, заполняющие внутреннее пространство (куб, надувной, грибовидный и др.). Особый вид пессариев представляют из себя устройства, применяемые при недержании мочи, а именно поддерживающие пессарии с леватором.

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

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

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

Рисунок 1. Урогинекологические пессарии



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

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

Рисунок 2. Новые модели
урогинекологических pessaries



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

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

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

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

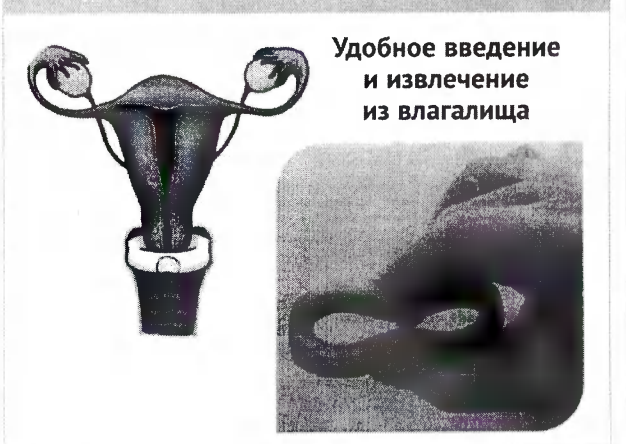
зовании пессариев при беременности, в основном аналогичны таковым при пролапсе и недержании мочи, но чаще всего наблюдается раздражение слизистой влагалища из-за задержки и скопления по поверхности кольца усилившихся при беременности влагалищных выделений. Эти выделения могут провоцировать неприятный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

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

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

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

Рисунок 3. Правильное расположение
пессария во влагалище



и связанного с этим затруднения в использовании маточного кольца.

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

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

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

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

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

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

6. При использовании новых моделей отсутствуют аллергические реакции.

7. Отмечается легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища.

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



ЛИТЕРАТУРА

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



ПЕССАРИИ Др. Арабин (Dr. Arabin)

УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ И АКУШЕРСКИЕ

Все пессарии сделаны из неаллергенного гибкого силикона.

www.dr-arabin.ru

www.repro21.ru

new
впервые
в России





Качество наших продуктов - это
качество жизни
и здоровья ваших пациентов

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

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

**СДЕЛАНО
В
ГЕРМАНИИ**



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

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

реклама



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 технику

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).

Pessaries могут 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.) приняли участие 385 женщин, рандомизированных в 2 группы¹. В одной группе всем пациенткам был введен pessaries, 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
Хориоамнионит	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 хориоамнионита 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

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 сообществе,

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

По данным доцента кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинато-

«Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии»

Влагалищные pessaries – 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 ослабленных 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 pessaries. 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 pessaries – лишь вариант паллиативной терапии ПТО, не влияющей на патологические процессы в мышцах. Тем не менее pessaries могут с успехом применяться в ряде клинических ситуаций, например, при необходимости отсрочить операцию или при категорическом отказе пациентки от хирургического вмешательства. «Кроме того, использование pessaries позволяет сократить объем операции за счет одновременного применения хирургических и трансплантационных методик, что особенно значимо при ведении соматически ослабленных больных», – заключила Л.Р. Токтар.

Пессарии – ренессанс в гинекологии

По мнению акушера-гинеколога к.м.н. Н.Е. ЧЕРНОЙ, актуальность применения pessaries 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 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 pessaries является основным методом лечения в данной группе пациенток. В гинекологии pessaries



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 pessaries не существует; относительными являются вагиниты, непереносимость эстрола, слабо-

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

	Механизм действия	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, 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 родах 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)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

акушерство и гинекология

10 /2014



■ АПОЛИХИНА И.А., ДИККЕ Г.Б.,
КОЧЕВ Д.М.
Современная лечебно-профилакти-
ческая тактика при опущении
и выпадении половых органов
у женщин. Знания и практиче-
ские навыки врачей

Scientifically-practical magazine **AND**
OBSTETRICS
GYNECOLOGY

■ 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

© Коллектив авторов, 2014

И.А. АПОЛИХИНА^{1,2}, Г.Б. ДИККЕ³, Д.М. КОЧЕВ⁴

СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН. ЗНАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ВРАЧЕЙ

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

²Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

³ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минобрнауки, Москва

⁴ЗАО «ПенткрофтФарма», Москва, Россия

В последние годы проблема пролапсов тазовых органов приобрела более актуальное значение в связи с ростом заболеваемости (увеличение продолжительности жизни), связи с затруднениями полного опорожнения мочевого пузыря/кишечника, высокой частотой рецидивов после оперативных вмешательств (20–40% рецидивов после операций без пересадки ткани, 10% рецидивов – с пересадкой), а также повышением требований к качеству жизни.

Цель исследования. Определить уровень знаний и практических навыков среди врачей при оказании медицинской помощи женщинам с пролапсом тазовых органов в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

Материал и методы. Материалом служили 460 анкет, которые были заполнены акушерами-гинекологами анонимно.

Результаты. При пролапсе тазовых органов большинство врачей предпочитают оперативную тактику в отличие от современной стратегии консервативного ведения данной категории пациенток, которая сформирована Международным обществом по проблемам недержания мочи (ICS) и Международной урологической ассоциацией (IUGA), описанной в клинических рекомендациях, считая, что консервативные методы (применение пессариев) недостаточно эффективны, не имея необходимой подготовки и материально-технического обеспечения.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, урогинекологические пессарии, качество жизни женщин.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

I.A. APOLIKHINA^{1,2}, G.B. DIKKE³, D.M. KOCHEV⁴

CURRENT THERAPEUTIC AND PROPHYLACTIC TACTICS FOR WOMEN WITH GENITAL DESCENT AND PROLAPSE. PHYSICIANS' KNOWLEDGE AND PRACTICAL SKILLS

¹Academician V. I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow

²Department of Obstetrics, Gynecology, Perinatology, and Reproductology, I.M. Sechenov
First Moscow State Medical University, Russia

³People's Friendship University of Russia, Ministry of Education and Science of Russia, Moscow

⁴Pentkroft Farma JSC, Moscow, Russia

Currently, the problem of pelvic organ prolapse has assumed more urgent importance due to its higher incidence rates (longer life span), difficulty completely emptying the bladder/bowel, high postsurgery recurrence rates (20–40% of recurrences after surgery without tissue transplantation, 10% of recurrences following surgery with tissue transplantation), and increased requirements for quality of life.

Objective. To estimate the level of knowledge and practical skills among physicians in rendering health care to women with pelvic organ prolapse in an outpatient setting.

Subject and methods. 460 questionnaires filled out anonymously by obstetricians/gynecologists served as the material of this investigation.

Results. Most physicians prefer the surgical approach, which has been generated by the International Continence Society/International Urogynecological Association and described in clinical guidelines, to the current medical approach in treating pelvic organ prolapse, by considering that the medical methods (pessaries) are insufficiently effective and without having necessary training and logistical support.

Key words: pelvic organ prolapse, urogynecological pessaries, quality of life in women.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

Пролапс тазовых органов (ПТО) — это мультифакторное заболевание с аддитивным вкладом причин, синдромальным характером, различными сроками манифестации и течением, высоким уровнем фенотипической гетерогенности, определяемой взаимодействием генов, а также влиянием факторов внешней среды [1]. В последние годы данное патологическое состояние приобрело более актуальное значение в связи с ростом заболеваемости (увеличение продолжительности жизни), связи с затруднениями полного опорожнения мочевого пузыря/кишечника, высокой частотой рецидивов после оперативных вмешательств (20–40% рецидивов после операций без пересадки ткани, 10% рецидивов — с пересадкой), а также повышением требований к качеству жизни [2].

Частота встречаемости пролапса II степени и выше в популяции составляет примерно 2–4%, но может быть выше среди женщин, обратившихся за гинекологической помощью [3]. В структуре гинекологических заболеваний, по данным различных авторов, ПТО занимает от 1,7 до 28% больных, у женщин после 40 лет цифры достигают 34,7% [2]. Удельный вес ПТО среди гинекологических нозологий в отделениях оперативной гинекологии высоко профилированных учреждений в России составляет 28–38,9% [4].

Многолетние дискуссии об этиологических аспектах ПТО до сих пор не привели к единому мнению. Несомненно, что заболевание полиэтиологично, и споры ученых касаются лишь доминирующей роли каждого из многочисленных факторов.

Н. Krissi и соавт. [5] считают, что решающими факторами риска развития ПТО являются денервация мышц тазового дна во время родов через естественные родовые пути, генетические факторы и старение организма. Но при развитии этой патологии всегда присутствует повышение внутрибрюшного давления.

Заболевание нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер [6]. Причем по мере развития процесса усугубляются и функциональные нарушения, которые часто вызывают не только физические страдания, но и делают этих пациенток частично или полностью нетрудоспособными.

Клинические симптомы пролапса органов малого таза крайне разнообразны и не всегда соответствуют тяжести вызвавшего его поражения. Жалобы включают чувство переполнения, ощущение инородного тела, тяжести, тянущих болей в нижних отделах живота и таза [6]. Интенсивность ощущений усиливается в течение дня и особенно во время физической активности, а в горизонтальном положении или когда опущенные органы вправлены постепенно уменьшается. Опушение и выпадение органов малого таза в большинстве случаев сочетается с расстройствами мочеиспускания и реже с недержанием кала или запором. Многие женщины также предъявляют жалобы на диспареунию. При выраженной форме пролапса и особенно при длительном его существовании на эпителии влагалища образуются эрозии и незаживающие язвы.

В отечественной литературе отмечается, что хирургическое лечение опущения и выпадения тазовых органов в настоящее время является основным методом лечения при пролапсе [2, 7]. Консервативные методы лечения опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин позиционируются только как вынужденная мера при невозможности хирургической коррекции и сводятся в основном к использованию специальных устройств — ургинекологических пессариев. Как известно, существует более 200 способов хирургического лечения генитального пролапса. Однако отдаленные результаты широко применяемых пластических операций с использованием местных тканей сегодня не удовлетворяют ни хирургов, ни пациенток. Причина столь неутешительных результатов не только (и не столько) в технике самой операции, сколько в исходной несостоятельности соединительной ткани, наблюдаемой в той или иной степени у половины больных с генитальным пролапсом [8, 9].

Несмотря на большое количество различных методов оперативного лечения пролапса, уровень рецидивов заболевания остается высоким. По данным различных авторов они возникают у каждой третьей больной, достигая 61,3% в течение трех лет после операции [8, 10]. Это часто становится причиной инвалидизации пациенток в результате многочисленных и функционально неэффективных вмешательств по их коррекции.

В зарубежной литературе указывается на то, что лечение ПТО необходимо начинать с консервативных методов, используя простые правила по изменению образа жизни, физические упражнения и пессарии, и только в случае отсутствия эффекта (сохранение или прогрессирование ассоциированных симптомов) решать вопрос о хирургическом вмешательстве [11].

Цель исследования: определить уровень знаний и практических навыков среди врачей при оказании медицинской помощи женщинам с пролапсом тазовых органов в современных условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

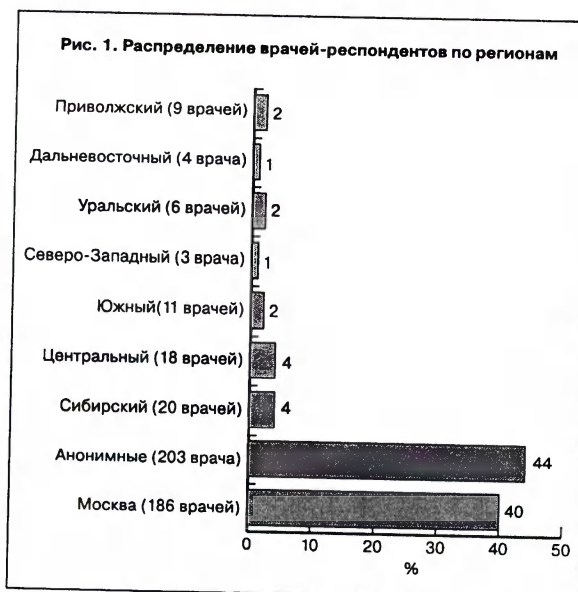
Материал и методы исследования

Материалом служили 460 анкет, которые были заполнены акушерами-гинекологами анонимно. Специально разработанная анкета (автор — проф. И.А. Аполихина, см. сайт www.dr-arabin.ru) содержала 32 вопроса, включая сведения о респондентах, и имела возможные варианты ответов.

Общее количество обработанных анкет — 460. Среди участников опроса большинство указали Москву (40%) или не указали ничего (44%). Подробное распределение по регионам представлено на рис. 1.

Возрастной диапазон врачей-респондентов колебался от 24 до 71 года. Средний возраст составил $43,5 \pm 4,5$ года. Распределение респондентов по возрастным группам представлено на рис. 2 (см. на вклейке).

Мужчин было 18, женщин — 390 (52 респондента не указали пол). Стаж работы врачей, принявших участие в анкетировании, варьировал от 1 до 40 лет и в среднем составил $20,0 \pm 3,8$ года (рис. 3 см. на вклейке).



Распределение врачей-респондентов по месту работы представлено на рис. 4 (см. на вклейке).

На вопрос, проходили ли обучение (специальную подготовку по вопросам применения консервативных методов лечения при опущении и выпадении половых органов), положительно ответили 22% респондентов, 78% дали отрицательный ответ.

Для анализа доказательств эффективности применяемых методов лечения ПТО использовались обзоры опубликованных метаанализов и систематические обзоры.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась в стандартном приложении Microsoft Office Excel. Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ Statistica. Использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95% доверительного интервала. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивалась по критерию Стьюдента (t). Для сравнения количественных значений использовали доверительный интервал, в который попадали 95% всех значений — выборочное среднее плюс-минус три стандартных отклонения (правило трех σ).

Результаты и обсуждение

Современная стратегия выбора лечения при ПТО [11–13] по данным зарубежной литературы включает консервативное лечение пролапса гениталий, в том числе симптоматического. При этом методом «выбора» являются урогинекологические pessaries, и лишь при отсутствии или недостаточном эффекте от проведения консервативной терапии решают вопрос об оперативном лечении.

Анкетирование продемонстрировало, что 86% врачей устанавливают pessaries женщинам с пролапсом тазовых органов. Вместе с тем, 76% врачей

установили бы pessaries только в том случае, когда все другие методы лечения исчерпаны и 68% — когда хирургическое лечение невозможно по тем или иным причинам, 22% врачей удовлетворили бы желание женщины, если бы она сама желала использовать pessaries в качестве метода лечения.

Женщинам со стрессовым недержанием мочи врачи устанавливают pessaries только в 19% случаев, и в 50% — в период предоперационной подготовки, считая, что у женщин с недержанием мочи pessaries может быть использован только при отсутствии условий для оперативного лечения (80%) как часть предоперационной подготовки (16%) или когда все другие возможности исчерпаны (30%), либо по желанию самой женщины (32%).

Ограничивающими факторами для введения pessaries были отмечены сексуальная активность пациентки (35%), планирование беременности, беременность, послеродовой период (78%).

36% врачей выразили уверенность в том, что использование pessaries у женщин с ПТО в сочетании с недержанием мочи неэффективно и не устраняет нарушения мочеиспускания. В отношении пролапса без мочевого симптомов уверенность в неэффективности использования pessaries для коррекции пролапса продемонстрировали только 2% опрошенных.

По мнению большинства исследователей, использование pessaries является «первой линией» терапии пролапсов [13, 14]. Эффективность применения pessaries, по данным одного рандомизированного исследования, составляет 60% (по критерию уменьшение или исчезновение симптомов), по данным когортных исследований достигает 92% [15–17].

При сравнении результатов лечения в группе женщин, использовавших pessaries, 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 [18].

Почти все симптомы пролапса были купированы в течение первых двух месяцев использования pessaries: 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 pessaries происходят объективные положительные изменения: уменьшается размер 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) [19, 20]. Симптомы нарушения мочеиспускания (стрессовое недержание, частые позывы к мочеиспусканию и затруднение мочеиспускания) купируются в 59% случаев [21], симптомы, связанные с дисфункцией кишечника (недержание кала, и obstructive симптомы) — в 40% [22], рост частоты сексуальных контактов и сексуального удовлетворения выявлен в 50% [22, 23].

В настоящее время отдельные авторы считают, что показанием для использования урогинекологических пессариев является пролапс матки любой степени с наличием ассоциированных симптомов или без них [16, 24]; симптоматический пролапс любой степени, когда хирургическое вмешательство невозможно (нежелание пациентки, наличие противопоказаний) [25]; стрессовое недержание мочи на фоне пролапса [16]; в целях уродинамической оценки скрытого недержания мочи (проба с пессарием) в предоперационном периоде (прогнозирование результатов оперативного вмешательства) [25–27].

По данным D.S. Кароог и соавт. (2009), почти две трети женщин с симптомами пролапса изначально выбирают консервативное лечение. Женщины, решившиеся на операцию по поводу пролапса, по данным одного из исследований, моложе тех, которые предпочли консервативное лечение (в среднем 58 и 66 лет соответственно), имеют более серьезные симптомы: выраженные боли внизу живота, связанные с опорожнением кишечника, неполное опорожнение, сексуальную дисфункцию (избегание сексуальных контактов из-за пролапса и снижение сексуального удовлетворения), а также обеспокоены снижением качества жизни [28].

На основании личного опыта врачи-респонденты отмечали высокую частоту успешного использования пессариев доктора Арабин (Германия) (рис. 5 на вклейке). Среди этих пессариев наиболее часто используемым типом (43%) является кольцо, которое применяют 75% опрошенных врачей. Остальные типы пессариев используются значительно реже (рис. 6).

Индивидуальную форму и размер пессария определяют в зависимости от вида и степени пролапса. При незначительных или средних степенях опущения (1–2-я степень по классификации W.F. Baden, T.A. Walker, 1972) применяют кольцевые или чашечные пессарии с поддерживающим механизмом действия, при более выраженных степенях (3–4-я степень) – грибовидные и кубические, поддерживающие и заполняющие внутреннее пространство, при сопутствующем недержании мочи выбирают пессарии с леватором, наличие которого оказывает запирающее действие вследствие давления на уретро-везикальный угол.

По данным зарубежных исследований, для женщин с пролапсом пессарии типа «кольцо» используются в 70–74% случаев, пессарии, заполняющие пространство (грибовидные и кубические), – в 26–29% [16, 19, 29].

Для правильного выбора индивидуального размера пессария используют адаптационные кольца, которые должны быть в любом медицинском учреждении, оказывающем медицинскую помощь при пролапсах. Однако лишь 36% врачей-респондентов имеют их в наличии и используют, остальные 64% указали на отсутствие адаптационных колец.

64% респондентов-врачей отметили, что после установки пессария в дальнейшем наблюдают пациенток, 36% только устанавливают, но не наблюдают.

Необходимость регулярного наблюдения за пациентками, применяющими пессарии, вполне очевид-

на. Однако периодичность консультаций у врача и рекомендации по поведению пациенток между визитами основаны преимущественно на экспертных мнениях (5-D) [30–32].

Оказываемая во время этих визитов помощь, как правило, включает фокусированную регистрацию динамики болезни, извлечение и обработку пессария, осмотр влагалища, иногда с применением орошения или местного лечения [25].

Обработка влагалища во время регулярных визитов к врачу или при рутинном самостоятельном уходе не является обязательной процедурой, и в настоящее время нет доказательных рекомендаций по необходимости рутинной ирригации [33].

Замена пессария на новый (другого размера или формы) в первый визит после его установки требуется 29–40% женщинам. Повторно выбранный пессарий успешно используется в последующем у 76–85% пользователей [15, 16, 34–36].

Симптомы, свидетельствующие о необходимости замены на пессарий другого размера или формы [37]: дискомфорт (ощущение давления); выпадение пессария; сохранение или появление симптомов стрессового недержания мочи или urgentных позывов к мочеиспусканию; затруднение мочеиспускания или дефекации; кровотечения и повышенное количество выделений из влагалища.

Как правило, у большинства женщин (74%) перечисленные симптомы возникают в течение первых 4 недель использования пессария. В целом, 12% женщин испытывают незначительные осложнения (6,9% – боль или дискомфорт, 3,2% – раздражение или кровотечение, 2,0% – запор) [38].

После длительного использования пессария может потребоваться его замена на пессарий меньшего размера в связи с улучшением состояния [19, 39].

Извлечение и обработка пессария производится 1 раз в 3 недели (кроме кубических и грибовидных, которые необходимо извлекать из влагалища ежедневно). Действия врача в ходе контрольных визитов, по данным нашего опроса, представлены на рис. 7.

Ряд авторов отмечают некоторые анатомические особенности, снижающие возможность использования пессариев: короткая длина влагалища (<6 см) [16], широкий вход во влагалище (более четырех поперечных пальцев) [16], ожирение [38].

Среди факторов риска, способствующих прекращению использования пессариев, указывают: выраженное опущение задней стенки влагалища [34, 40], появление симптомов недержания мочи (при скрытом недержании мочи или *de novo*) [16, 41], готовность пациентки на оперативное лечение при первом посещении [40], наличие сахарного диабета [41], отсутствие поддержки со стороны семьи [41].

Важным фактором в достижении успеха в лечении и дальнейшем использовании пессариев является возраст пациентки. Наиболее востребованы пессарии оказались среди женщин в возрасте 61–70 лет (рис. 8).

Установлены факторы, способствующие продолжению использования пессариев: возраст старше

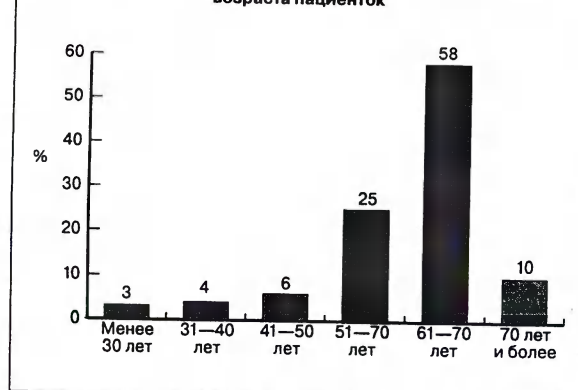
Рис. 6. Частота использования различных типов пессариев доктора Арабин



Рис. 7. Действия врача в ходе контрольных визитов



Рис. 8. Частота применения пессариев в зависимости от возраста пациенток



65 лет [16, 40]; женщины, чьи базовые симптомы (мочевые, колоректально-анальные и собственно связанные с пролапсом) по тесту PFDI-20 снижаются на 50% после двух месяцев использования [42]; женщины, которые предпочитают самостоятельно определять цели лечения (связанные с функцией мочевого пузыря, физической активностью и здоровьем в целом) [43].

Учитывая, что женщины используют пессарии по разным причинам, длительность их применения может существенно различаться [33]. 86,1% женщин успешно используют пессарий в течение 5 лет [38].

Опыт врачей-респондентов, принявших участие в опросе, продемонстрировал, что длительно используют пессарии (один год и более) свыше 80% пациенток (рис. 9 см. на вклейке).

Имеющиеся литературные данные свидетельствуют о том, что при трехлетнем наблюдении число женщин, продолжающих использовать пессарии, составляет от 56 до 70% [40, 41].

В долгосрочных исследованиях показано, что среди пациентов, длительно применяющих пессарии, преобладают женщины в возрасте старше 65 лет или женщины с сопутствующими соматическими заболеваниями, увеличивающими риск хирургического вмешательства [40]. В одном из исследований в наблюдаемой группе из 273 женщин продолжали использовать пессарии в среднем на протяжении семи лет [44]. При этом 44% из них сделали выбор в его пользу с целью избежать хирургического вмешательства.

Удовлетворенность пациенток через два месяца после начала использования пессариев в исследовании J.L. Clemons и соавт. составила 92%. Остальные 8% прекратили использование пессариев из-за появления стрессового недержания мочи (ОШ 17,1; 95% ДИ 1,9–20,6; $P=0,004$) [16].

В обсервационных краткосрочных исследованиях (от двух до шести месяцев) удовлетворение и дальнейшее использование отмечено в 81% (63–92%). Среднесрочные (от одного до двух лет) результаты продемонстрировали удовлетворение и дальнейшее использование в 61% случаев (53–83%) [16, 45, 46].

Заключение

Впервые проведенное нами крупномасштабное исследование в России продемонстрировало, что при пролапсе тазовых органов большинство врачей предпочитают оперативную тактику, в отличие от современной консервативной стратегии ведения данной категории пациенток, описанной в литературе. Многие врачи, не имея необходимой подготовки и опыта работы по оказанию медицинской помощи женщинам при ПТО, считают, что консервативные методы (пессарии) недостаточно эффективны. Материально-техническое обеспечение медицинских учреждений, оказывающих соответствующую помощь женщинам, отсутствует. Исследование продемонстрировало необходимость включения модуля по формированию знаний и практических навыков применения

пессариев в программы подготовки врачей общих и тематических курсов последипломного образования для изменения профессионального взгляда на пролапс и улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам при ПТО.

Литература

1. Камоева С.В., Савченко Т.Н., Иванова А.В., Абаева Х.А. Современные генетические аспекты пролапса тазовых органов у женщин. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2013; 1: 16-21. [Kamoeva S.V., Savchenko T.N., Ivanova A.V., Abaeva Kh.A. Modern genetic aspects of pelvic organ prolapse in women. *Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2013; 1: 16-21.]
2. Радзинский В.Е., Дурандин Ю.М., Гагаев Ч.Г., Токтар Л.Р., Марилова Н.А., Тотчиев Г.Ф., Шалаев О.Н. Перинеология. Болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. Радзинский В.Е., ред. М.: МИА; 2006. 336 с. [Radzinsky V.E., Durandin Yu.M., Gagaev Ch.G., Toktar L.R., Marilova N.A., Totchiev G.F., Shalaev O.N. *Perineologia. Diseases of the female perineum in obstetric-gynecological, sexology, urology, proctologic aspects*. Radzinsky V.E., eds. M.: MIA; 2006. 336 p.]
3. Vorvick L.J. Uterine prolapse. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/> (accessed 8 April 2010).
4. Бахаев В.В., Горин В.С. Выпадение половых органов у женщин: этиология и патогенез. *Акушерство и гинекология*. 2009; 3: 7-10. [Bakhaev V.V., Gorin V.S. Loss of sexual organs in women: etiology and pathogenesis. *Obstetrics and gynecology*. 2009; 3: 7-10.]
5. Krissi H., Halperin R., Koren R., Peled Y. The presence and location of estrogen and progesterone receptors in the human pelvic cardinal ligaments. *Pelvipelvineology*. 2010; 29(1): 17-9.
6. Fonti Y., Giordano R., Cacciatore A., Romano M., La Rosa B. Post partum pelvic floor changes. *J. Prenat. Med.* 2009; 3(4): 57-9.
7. Буйнова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М., Земскова Н.Ю. Оптимизация выбора метода оперативного лечения у пациенток осложненными формами пролапса гениталий. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2005; 5: 19-23. [Buyanova S.N., Shchukina N.A., Chechnova M., Zemskova N.Yu. Optimization of the choice of method of surgical treatment of patients with complicated forms of genital prolapse. *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist*. 2005; 5: 19-23.]
8. Минович Е.Д. Патогенетическая профилактика и реабилитация при опущениях и выпадениях внутренних половых органов у женщин группы риска: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Одесса; 2008. 40 с. [Mirovich E.D. Pathogenetic prevention and rehabilitation in prolapse of the internal reproductive organs in women at risk. *Diss. Odessa*; 2008. 40 p.]
9. Смольнова Т.Ю. Взаимосвязь выпадения половых органов у женщин с синдромом гипермобильности суставов при дисплазии соединительной ткани. *Терапевтический архив*. 2004; 11: 83-8. [Smolnova T.Yu. Connection of loss genitals in women with joint hypermobility syndrome in connective tissue dysplasia. *Therapeutic Archives*. 2004; 11: 83-8.]
10. Милхасян В.А. Проплапсы. Обзор литературы. Электронный ресурс. Available at: <http://uroexpert.ru/Датаобращения:16.05.14>. [Milhasyan V.A. Prolapses. Review of the literature. Electronic resource. Available at: <http://uroexpert.ru/>. Date of application: 05/16/14.]
11. Bo K., Berghmans B., Markved 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. 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.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Pelvic organ prolapse. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2007. 13 p. (ACOG practice bulletin no. 85). Available at: <http://www.guideline.gov/>
14. Institute Francais de Readaptation URO-Genitale. Physical therapy for female pelvic floor disorders. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 1994; 6: 331-335.
15. Cundiff G.W., Amundsen C.L., Bent A.E., Coates K.W., Schaffer J.I., Strohbehn K., Handa V.L. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 196(4): 405. e1-8.
16. 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.
17. Robert M., Mainprize T.C. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2002; 13(5): 326-9.
18. Abdoel 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.
19. Handa V.L., Jones M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse? *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2002; 13: 349-51.
20. Jones K., Yang L., Lowder J.L., Meyn L., Ellison R., Zyczynski H.M. et al. Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2008; 112(3): 630-6.
21. Noblett K.L., McKinney A., Lane F.L. Effects of the incontinence dish pessary on urethral support and urodynamic parameters. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008; 198(5): 592. e1-5.
22. 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.
23. Oliver R., Thakar R., Sultan A.H. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2011; 156: 125-30.
24. Manchana T., Bunyavejchevin S. Impact on quality of life after ring pessary use for pelvic organ prolapse. *Int. Urogynecol. J.* 2012; 23(7): 873-7.
25. Atinip S.D. Pessary use and management for pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2009; 36(3): 541-63.
26. Liang C.C., Chang Y.L., Chang S.D., Lo T.S., Soong Y.K. Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2004; 104(4): 795-800.
27. Reena C., Kekre A.N., Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2007; 97(1): 31-4.
28. Kapoor D.S., Thakar R., Sultan A.H., Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2009; 20(10): 1157-61.
29. Wu V., Farrell S.A., Baskett T.F., Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet. Gynecol.* 1997; 90(6): 990-4.
30. Gorti M., Hundelst G., Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: A UK-based survey. *J. Obstet. Gynaecol.* 2009; 29(2): 129-31.
31. Cundiff G.W., Weidner A.C., Visco A.G., Bump R.C., Addison W.A. A survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000; 95(6): 931-5.
32. Pott-Grinstein E., Newcomer J.R. Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. *J. Reprod. Med.* 2001; 46(3): 205-8.
33. Culligan P.J. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2012; 119(4): 852-60.
34. Maito J.M., Quam Z.A., Craig E., Danner K.A., Rogers R.G. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J. Midwifery Womens Health.* 2006; 51(2): 78-84.
35. Maito J.M., Quam Z.A., Craig E., Danner K.A., Rogers R.G. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J. Midwifery Womens Health.* 2006; 51(2): 78-84.
36. Farrell S.A., Singh B., Aldakhil L. Continence pessaries in the management of urinary incontinence in women. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2004; 26(2): 113-7.

37. *Hanson L.A., Schulz J.A., Flood C.G., Cooley B., Tam F.* Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17(2): 155-9.
38. *Lone F., Thakar R., Sultan A.H., Karamalis G.* A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2011; 114(1): 56-9.
39. *Weber A.M., Richter H.E.* Pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2005; 106(3): 615-34.
40. *Clemons J.L., Aguilar V.C., Sokol E.R., Jackson N.D., Myers D.L.* Patient characteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 191(1): 159-64.
41. *Ko P.C., Lo T.S., Tseng L.H., Lin Y.H., Liang C.C., Lee S.J.* Use of a pessary in treatment of pelvic organ prolapse: quality of life, compliance, and failure at 1-year follow-up. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2011; 18(1): 68-74.
42. *Komesu Y.M., Rogers R.G., Rode M.A., Craig E.C., Gallegos K.A., Montoya A.R., Swartz C.D.* Pelvic floor symptom changes in pessary users. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 197(6): 620. e1-6.
43. *Komesu Y.M., Rogers R.G., Rode M.A., Craig E.C., Schrader R.M., Gallegos K.A., Villareal B.* Patient-selected goal attainment for pessary wearers: what is the clinical relevance? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008; 198(5): 577. e1-5.
44. *Sarma S., Ying T., Moore K.H.* Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2009; 116(13): 1715-21.
45. *Manchana T.* Ring pessary for all pelvic organ prolapse. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2011; 284(2): 391-5.
46. *Lamers B.H., Broekman B.M., Milani A.L.* Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int. Urogynecol. J.* 2011; 22(6): 637-44.

Поступила 19.08.2014

Сведения об авторах:

Аполихина Инна Анатольевна, д.м.н., профессор, зав. гинекологическим отделением восстановительного лечения и стационара дневного пребывания ФГБУ НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России. Адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Телефон: 8 (495) 7351055. E-mail: apolikhina@inbox.ru
 Дикке Галина Борисовна, д.м.н., заслуженный деятель науки и образования, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН Минобрнауки. Адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. Телефон: 8 (495) 434-53-00. E-mail: galadikke@yandex.ru
 Кочев Дмитрий Михайлович, генеральный директор ЗАО «ПенткрофтФарма». Адрес: 129110, Россия, Москва, пр-т Мира, д. 68, стр. 2. Телефон: 8 (495) 788-77-46. E-mail: pentcroft@mail.ru

About the authors:

Apolikhina Inna A., MD, professor, head of gynecology department of rehabilitation treatment and hospital day stay, Academician V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia. 117997, Russia, Moscow, Ac. Oparina str. 4. Tel.: +74957351055. E-mail: apolikhina@inbox.ru
 Dikke Galina B., MD, Honored Science and Education, professor of obstetrics, gynecology and reproductive medicine, People's Friendship University of Russia, Ministry of Education and Science of Russia. 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklaya str. 6. Tel.: +74954345300. E-mail: galadikke@yandex.ru
 Kochev Dmitry M., CEO of Pentcroft Pharma JSC. 129110, Russia, Moscow, Mira pr-t 68 bld. 2. Tel.: +74957887746. E-mail: pentcroft@mail.ru

bionika.ru

ДЛЯ ЗАМЕТОК

bionika-media

www.dr-arabin.ru



www.repro21.ru

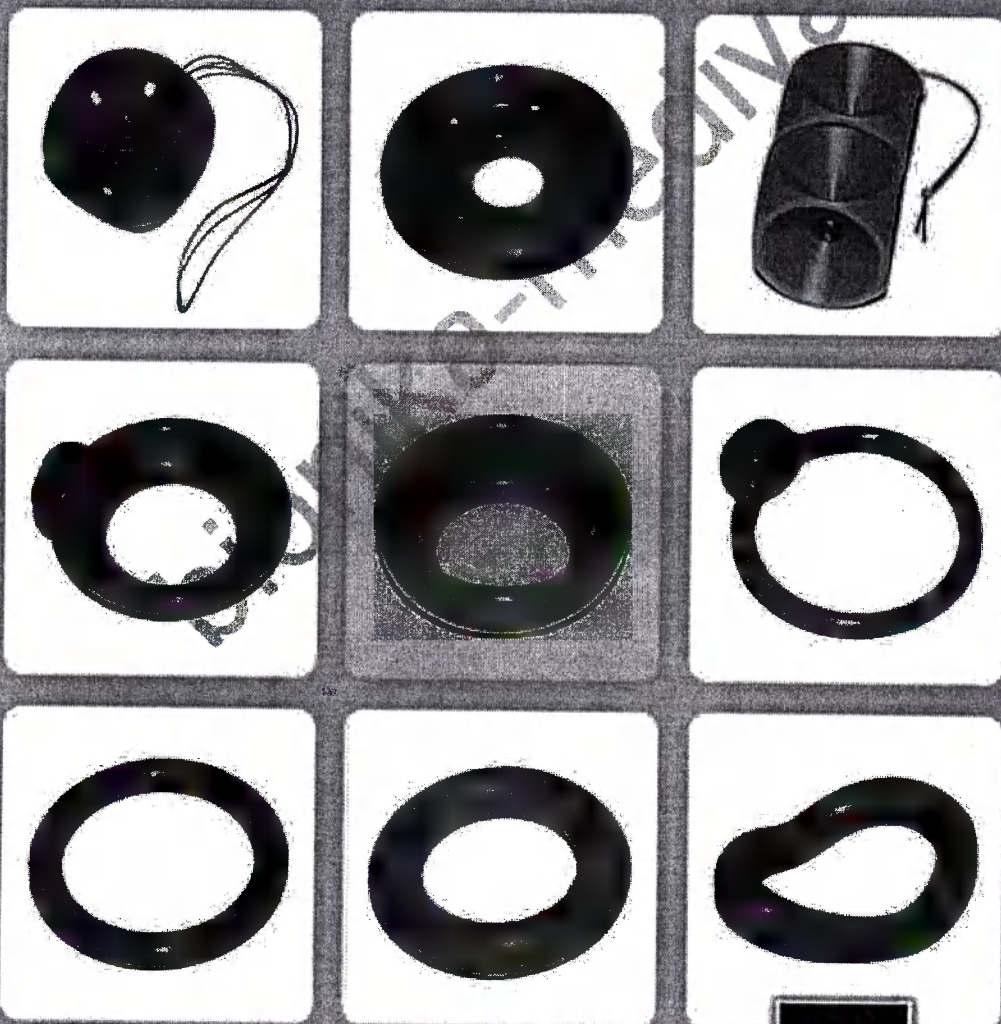


ПЕССАРИИ ДР. АРАБИН (Dr. Arabin) УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ И АКУШЕРСКИЕ

*Качество наших продуктов — это качество жизни
и здоровья Ваших пациентов*



*Все pessarii сделаны из
неаллергенного гибкого силикона*



ЗАО "ПЕНТКРОФТ ФАРМА"
Эксклюзивный дистрибьютор
Тел./факс: (495) 788-77-46



**СДЕЛАНО
В
ГЕРМАНИИ**

реклама

Рис. 2. Распределение врачей-респондентов по возрастным группам

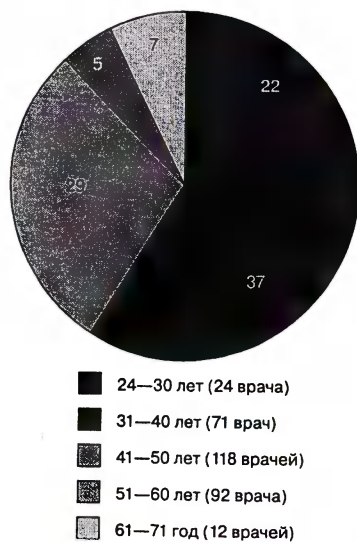


Рис. 4. Распределение врачей-респондентов по месту работы

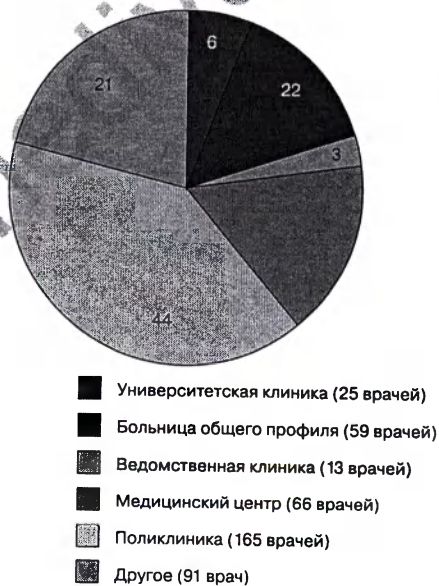
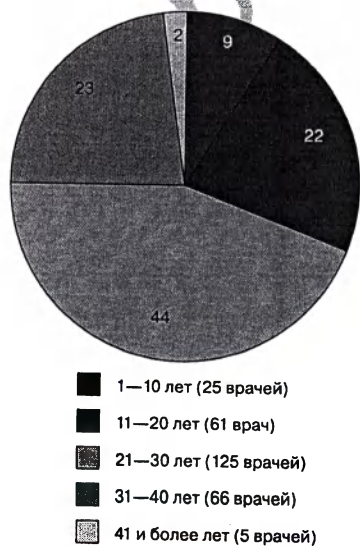
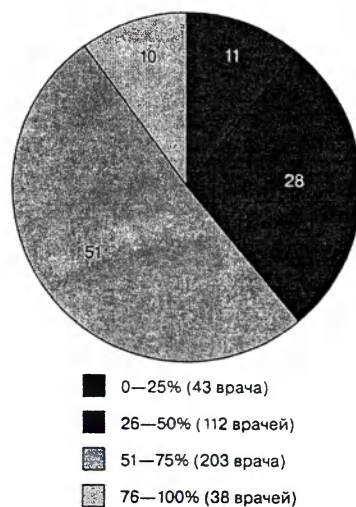


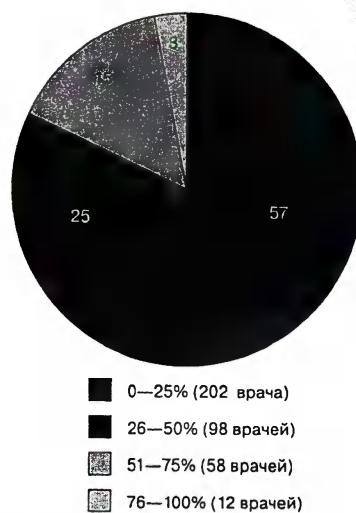
Рис. 3. Распределение врачей-респондентов по стажу работы



**Рис. 5. Частота использования различных типов пессариев
доктора Арабин**



**Рис. 9. Количество женщин, длительно использующих
пессарии (один год и более), согласно опыту
врачей-респондентов**





[Handwritten signature]

*Принято и пронумеровано
85 листов*



85 листов
ВЕРНО

Принято, сфигурно печатлю