

Эффект, превосходящий ожидания

Концепция пролапса тазовых органов (ПТО) среди российских специалистов долгое время соответствовала таким положениям: «Пациентки с ПТО без клинических проявлений не нуждаются в каком-либо лечении» и «В лечении нуждаются только 2 из 10 пациенток с ПТО» (в последнем случае имеется в виду хирургическое лечение). Оперативное восстановление поврежденных структур тазового дна и топографии тазовых органов рассматривалось как единственный метод лечения при выраженных стадиях заболевания (которые в основном наблюдались у женщин в постменопаузе) либо при II степени пролапса — для профилактики его тяжелых форм. Смена парадигмы произошла всего 15 лет назад, приобрела много сторонников среди практикующих врачей, но и породила немало дискуссий в научной среде.

Г.Б. Дикке

ПРОЛАПС — ПРОБЛЕМА МОЛОДЫХ

ПТО — это хроническое медленно прогрессирующее состояние, при котором от первых признаков недостаточности тазового дна (НТД) до клинической манифестации и решения вопроса о хирургическом вмешательстве проходит как минимум 15–20 лет. Ранняя диагностика НТД, когда клинические симптомы еще отсутствуют, дает большой временной интервал для проведения консервативных вмешательств, направленных на восстановление функциональной способности тазового дна и профилактику прогрессирования ПТО.

Клинически значимый пролапс встречается в среднем у 50 % женщин в возрасте 15–60 лет. Однако уже среди 20–29-летних частота ПТО составляет 20 %, достигая к возрасту 40–49 лет 77 % (J. Awwad и соавт., 2012). И обратите внимание: здесь речь идет о симптоматическом пролапсе (ощущение «инородного тела» во влагалище, дискомфорт, боль, недержание мочи/кала, сексуальная дисфункция), требующем медицинской помощи. А сколько молодых женщин еще не испытывают симптомов, но имеют признаки НТД, выявление которых также требует вмешательства?

РОДЫ — ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПРОЛАПСА

Установлено, что ПТО — это мультифакторное заболевание, но основным этиологическим фактором НТД являются беременность и влагалищные роды. К концу беременности пролапс II степени выявляется у 36 % женщин, а недержание мочи — у 40 % (Y. Chen и соавт., 2013). У остальных в послеродовом периоде имеются отдельные проявления НТД, которые с течением времени прогрессируют. Симптомы пролапса при этом могут не проявляться в течение многих лет после родов, но когда они появляются, то могут быть довольно тягостными (H.U. Memon, 2013).

Многие женщины, страдающие НТД после родов, включая пациенток с умеренными и тяжелыми симптомами, не получают адекватной медицинской помощи в первые 12 месяцев после родов, равно как и в последующие годы.

В ФОКУСЕ — РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

Концептуальная модель НТД, разработанная J.O.L. DeLancey (2008), включает 3 фазы развития ПТО на основе влияния ряда приоритетных факторов риска: I — для предрасполагающих факторов,

таких как генетика и развитие; II — для провоцирующих факторов, т.е. изменений, вызванных беременностью и родами; III — для дополнительных факторов, таких как возрастные изменения и факторы образа жизни.

Можно сказать, что точки над *i* в отношении факторов риска и вклада каждого из них в развитие НТД расставил метаанализ, выполненный T.F. Vergeldt и соавт. в 2015 г. Краткое резюме этого исследования гласит: «Вагинальные роды, паритет, возраст и ИМТ являются факторами риска ПТО, а предоперационная степень пролапса — фактором риска его рецидива».

Для своевременной диагностики НТД врачами общей практики и акушерами-гинекологами амбулаторного звена нами (Г.Б. Дикке, 2016) был разработан алгоритм ранней диагностики НТД, названный 5 STEPS («5 шагов»), включающий простые приемы обследования в условиях амбулаторного врачебного приема без использования специальных инструментов и оборудования (dr-arabin.ru/assets/files/broshyura-5-shagov-2020.pdf).

Скрининг и ранняя диагностика доклинических стадий НТД имеют большое значение в судьбе женщины, так как позволяют начать своевременное лечение (в идеале сразу после родов) и не допустить развития выраженной степени заболевания, требующей хирургического вмешательства.

ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ, ОСНОВАННЫЙ НА МОТИВАЦИИ

Решение о выборе лечения НТД зависит от симптомов, степени пролапса и общего состояния здоровья женщины. «В случае столкновения мотивов выбор всегда совершается в пользу сильнее мотивированной» (Николай Аосский), а это значит, что мы в первую очередь должны ориентироваться на ожидания пациентки. Экспертами Королевского общества акушеров и гинекологов (RCOG, Великобритания) в 2019 г. были определены три критических (лучших) показателя эффективности лечения пролапса: уменьшение симптомов, удовлетворенность пациентки и улучшение качества жизни.

По рекомендациям FDA (2016), достижение идеальной тазовой поддержки не является необходимым для большинства женщин, чтобы добиться симптоматической помощи, и не каждая женщина с выпадением половых органов нуждается в хирургическом лечении.

Консервативное лечение начальных форм является первой линией терапии НТД. Оно включает модификацию образа жизни, тренировки тазового дна, лечение эстрогенами (по показаниям), применение пессариев.

Почти две трети женщин с симптомами пролапса изначально выбирают консервативное лечение. Пациентки, выбирающие хирургическое

лечение, моложе тех, кто предпочел пессарии (58 против 66 лет), имеют более серьезные симптомы, такие как выраженные боли внизу живота (33 против 25 %; $p = 0,04$), необходимость вправления пролапса (8 против 3 %; $p = 0,02$), симптомы, связанные с неполным опорожнением кишечника (27 против 19 %; $p = 0,01$).

Специалистами в области пельвиперинеологии особо подчеркивается, что только при недостаточной эффективности консервативных методов (сохранении или прогрессировании симптомов) следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении.

ПЕССАРИИ DR. ARABIN — СРЕДСТВО ПЕРВОГО ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА

Клинические рекомендации (NICE, 2019) содержат следующие положения:

- Терапия с использованием пессария является хорошим консервативным вариантом лечения ПТО и НМ, который следует предлагать пациенткам независимо от степени пролапса (уровень доказательности IIa-B).
- В настоящее время не определено, какой вид пессария наиболее подходящий для различных степеней пролапса. При выборе формы и размера пессария следует руководствоваться мнением экспертов и личным опытом (уровень доказательности III-C и IV-D).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫБОРУ ТИПА, ФОРМЫ И РАЗМЕРА ПЕССАРИЯ

Пессарии Dr. Arabin бывают различной формы и имеют широкий размерный ряд. Подбор формы и размера производится в зависимости от вида и степени пролапса (табл. 1).

Большую популярность среди практикующих врачей приобрел кубический пессарий Dr. Arabin — он может использоваться женщинами всех возрастов при любой степени опущения влагалища и матки.

Вакуумный эффект позволяет достичь хорошего присоединения к стенкам влагалища, поэтому этот вид пессария может применяться даже в тех случаях, когда тазовое дно является недостаточно «крепким», чтобы поддерживать обычный кольцевой пессарий. Также он подходит для расслабления шрамов, расширения влагалища при обструкции и решения проблем с мочеиспусканием. Кроме того, кубический пессарий используется перед

Таблица 1. Выбор формы гинекологического пессария Dr. Arabin в зависимости от вида и степени пролапса

Форма пессария	Пролапс, степень		Недержание мочи	Цистоцеле	Ректоцеле
	I-II	III-IV			
Кольцо	✓			✓	
Чашечный ¹	✓			✓	
Кубический		✓	✓	✓	✓
Тандемный кубический ²		✓	✓	✓	✓
Уретральный			✓		
Чашечно-уретральный ³			✓		
Ходжа ⁴			✓	✓	
Грибовидный ⁵		✓			

Примечания:

1 — Умеренный пролапс без недержания мочи.

2 — Выраженный пролапс, когда кубический пессарий не удерживается во влагалище.

3 — В сочетании с пролапсом I-II ст. и/или цистоцеле.

4 — При анатомических отклонениях, после ранее произведенных операций.

5 — Когда кубический пессарий способствует недержанию мочи de novo.

Показания для использования кубического pessaria Dr. Arabin

- III–IV степень ПТО, когда кольцевой и чашечный pessaria не в состоянии препятствовать выпадению.
- Любая степень ПТО, если «поддержка» необходима время от времени (например, при динамических и статических физических нагрузках).
- Необходимость поддержания социальной активности (например, для предупреждения стрессового недержания мочи).
- Профилактика опущения половых органов во время занятий спортом.
- Восстановление силы мышц тазового дна в послеродовом периоде (в сочетании с тренировками).
- В качестве временной меры, если необходимо отсрочить операцию по поводу пролапса и восстановить ткани влагалища и шейки матки перед вмешательством.
- Растяжение шрамов и расширение влагалища при его обструкции.

операциями для устранения проблем пролабирования, чтобы улучшить восстановление тканей при декубитальных язвах (с применением крема с эстриолом). Pessaria кубический перфорированный обеспечивает лучший отток жидкости при повышенной вагинальной секреции.

Размер pessaria выбирается на основании объективного исследования и использования колец для тестирования (адаптационных колец). Сначала во время вагинального исследования проводится оценка степени растяжимости влагалища и ориентировочно определяется размер кольца для тестирования. Выбранное кольцо вводят во влагалище и пациентке предлага-

ют поддержку тазовых органов, но в то же время не слишком объемным, чтобы не вызывать дискомфорта и не сдавливать мочевой пузырь и прямую кишку. При подборе кубического pessaria с помощью колец адаптации выбирается размер, который равен или несколько меньше размера кольца с соответствующими параметрами.

Можно поступить проще: измерить расстояние gh (размер половой щели) — от наружного отверстия уретры до заднего края гимена (в мм). Это и будет индивидуальный размер кубического pessaria для данной пациентки (рис.).

РЕЗУЛЬТАТЫ НАЛИЦО

Pessaria могут быть успешно установлены у большинства женщин. Результаты обсервационных исследований демонстрируют успешное лечение в 50–100 % случаев. Так, уменьшение симптомов наблюдается у 60 % (по данным одного РКИ) и у 92 % женщин (по данным нерандомизированных клинических исследований) (J.L. Clemons, 2004; G.N. Cundiff, 2007; M. Robert, 2002). N. Radnia и соавт. (2019) сообщили, что уже через 6–8 мес 97 % женщин, использовавших индивидуально подобранный pessaria, были удовлетворены и отметили значительное уменьшение симптомов. Уменьшение размера половой щели происходит в среднем с 4,8 до 3,9 см уже через 3 мес (K. Jones и соавт., 2008), а снижение степени опущения (по POP-Q) отмечается у 21 % женщин через год (V.L. Handa, 2002; K. Jones, 2008).

В дополнение к симптомам пролапса стрессовое недержание мочи снижается в 23–45 % случаев. В исследованиях также сообщалось об уменьшении

симптомов ГАМП, нарушений дефекации, улучшении половой функции и психологического восприятия тела. Отмечен рост частоты половых контактов и сексуального удовлетворения на 50 %.

При сравнении в проспективном исследовании результатов лечения в группе женщин, использовавших pessaria, с теми, кто был прооперирован, были выявлены статистически значимое снижение степени пролапса, улучшение функции мочевого пузыря, кишечника и сексуальной функции через год после проведенного лечения в обеих группах без существенной разницы между ними (R. Jones, 2013).

В исследовании Е.Ю. Глухова и соавт. (2020) 95 пациенток с ПТО II–IV степени тяжести с ассоциированными симптомами или без таковых в среднем возрасте 66,9 лет (из них 93,7 % нуждались в оперативном лечении) применяли pessaria гинекологические кубические перфорированные Dr. Arabin. Суммарная оценка тяжести симптомов ПТО по опроснику PFDI-20 при применении pessaria в течение 6 мес снизилась на 46,1 %, по домене POPDI-6 (симптомы пролапса) уменьшение было максимальным — на 54,7 %. Полностью удовлетворяющим потребности pessaria нашли 88,4 % пациенток. Среди них были те, кто исходно использовал его как временный вариант, и те, для кого

pessaria — вариант паллиативной помощи из-за наличия противопоказаний к хирургическому вмешательству. После ранее проведенного оперативного лечения с рецидивом заболевания в период от 6 мес до 8 лет обратились 23,2 % пациенток, все они были удовлетворены результатом применения pessaria. Среди выразивших удовлетворенность 76 % приняли решение о его применении в дальнейшем, напротив, только 12,6 % утвердились в желании оперативной коррекции в будущем, считая регулярную установку изделия неудобным для себя вариантом.

ОПЕРАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА

Хирургия тазового дна является неотъемлемой частью медицинской помощи женщинам с тяжелыми посттравматическими состояниями или запущенными клиническими случаями. Не существует «золотого стандарта» хирургической коррекции дефектов промежности и ПТО. Выбор методики оперативного вмешательства следует рассматривать не с позиции «какая операция лучше», а с позиции «какой вид вмешательства будет лучше для пациентки», т.е. необходим персонализированный выбор наименее травматичного и наиболее эффективного метода оперативного вмешательства с учетом тяжести/формы пролапса и опыта хирурга.



Рисунок. Ориентиры для измерения расстояния gh

ют встать, подвигаться, покашлять. Через 10–15 мин определяют положение кольца и оценивают жалобы. Если не произошло смещения кольца вниз и пациентку не беспокоит дискомфорт, то выбранный размер можно считать подходящим. Выбор кубического pessaria осуществляется аналогичным образом, и затем по таблице соответствия выбирается нужный размер (табл. 2). Куб должен быть достаточно большим, чтобы оставаться во влагалище и обеспечивать

Таблица 2. Подбор размера кубического pessaria на основании теста с использованием pessaria-кольца

Размер адаптационного кольца-пессария	Соответствующий размер кубического pessaria / длина грани куба
50 мм	№ 0 / 25 мм
55–60 мм	№ 1 / 29 мм
60–70 мм	№ 2 / 32 мм
70–75 мм	№ 3 / 37 мм
80–85 мм	№ 4 / 41 мм
>90 мм	№ 5 / 45 мм



КУБИЧЕСКИЙ ПЕССАРИЙ ДОКТОР АРАБИН

СДЕЛАНО В ГЕРМАНИИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕССАРИЯ Д-Р АРАБИН ДОКАЗАНА ЗА 40 ЛЕТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

60-94%

женщин заметили уменьшение симптомов недостаточности тазового дна



Эффективен при всех степенях пролапса, в том числе и при недержании мочи



Дополнительно поддерживает мышцы тазового дна после родов



Легко и быстро подобрать необходимый размер

+7 (499) 3221326

+7 (800) 4441486 звонок по РФ бесплатный



ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»

+7 (495) 7887746



ARABIN24.RU
OZON.RU



Реклама