

Все 24 пациентки имели 1-ю категорию приемлемости использования чисто гестагенной имплантационной контрацепции (ВОЗ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Влияние имплантационного контрацептива на характер маточных кровотечений оценено у всех 24 пациенток на протяжении 3-х лет использования. При анализе во внимание принимались стандартные наблюдательные периоды по 90 дней и клинически значимые варианты кровотечений, согласно определениям ВОЗ. У пациенток отмечены следующие варианты изменения менструального цикла:

- аменорея с редкими кровотечениями (отсутствии кровянистых выделений, перемежающееся с не более 3-мя эпизодами кровотечения/кровомазания в течение стандартного наблюдательного периода) — 14 пациенток (58,3%);
- редкие кровотечения (менее 5 эпизодов кровотечения в течение стандартного наблюдательного периода) — 8 пациенток (33,3%);
- частые кровотечения (более 5 эпизодов кровотечения в течение наблюдательного периода) — 2 пациентки (8,3%).

Продолжительных кровотечений у пациенток с аденомиозом на фоне применения контрацептивного импланта мы не наблюдали ни в одном случае. 22 (91,6%) пациентки отметили уменьшение или исчезновение симптомов дисменорреи и диспареунии, высокую степень удовлетворенности контрацептивом. Случаев беременности на фоне использования контрацептивного импланта не отмечено. Все пациентки отметили высокую приверженность к использованию метода. Досрочного прекращения метода не отмечено. 7 пациенток осуществили смену контрацептива, в сроки окончания действия «первого» импланта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отмечена высокая приемлемость использования контрацептивного импланта у пациенток с аденомиозом, связанная с длительным контролем основных симптомов эндометриоза, отсутствие побочных эффектов в виде продолжительных кровотечений. Имплантационная контрацепция — является высокоэффективным контрацептивным методом, позволяющим осуществлять коррекцию основных симптомов диффузного эндометриоза матки.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПЕССАРИЕВ

Горбунова Е.А., Аполихина И.А., Ямурзина А.А.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

г. Москва

ЦЕЛЬ

Оценить комплаентность пациенток репродуктивного возраста при применении урогинекологического пессария (УП) кубической формы в лечении пролапса тазовых органов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включили 40 женщин в возрасте от 28 до 45 лет (ср. возраст 37,3), обратившихся в отделение эстетической гинекологии и реабилитации с января 2016 г. по март 2017 г. с диагнозами: пролапс тазовых органов I-II степени, стрессовое, urgentное или смешанное недержание мочи. Были подобраны кубические УП от 0 до 5 размера (от 25 до 45 мм). Часть пациенток прошла дополнительное лечение: тренировки мышц тазового дна (ТМТД) на аппаратах с биологической обратной связью, воздействие эрбиевым лазером Fotona на стенки влагалища или сочетании этих методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

32,5% пациенток в течение первого месяца после подбора УП соответствующего размера отказались его применять по одной из причин: появление раздражения, воспаления, дискомфорта при ношении УП, более внизу живота, смещение УП при физической активности, развитие вагинального кандидоза. О своих жалобах женщины рассказали при телефонном опросе, т.к. на повторный приём в течение месяца не обращались. Часть из них отказалась от УП, т.к. забывали о необходимости



его введения утром, и вспоминали лишь при проявлениях пролапса или недержания мочи на фоне физических усилий. По мере увеличения размера подобранного УП процент отказа от УП возрастал. Наибольший процент был среди женщин с УП 3-го размера (37 мм). 7,5% пациенток прекратили носить УП, т.к. прошли комплексное лечение дисфункции тазового дна, включая воздействие лазером на стенки влагалища, нитевой лифтинг промежности и регулярные ТМТД на аппаратах. 10% женщин использовали УП 0-го (25 мм) или 1-го размера (29 мм) от 1 до 6 мес. и, не отметив эффекта, прекратили ношение УП. Напротив, 37,5% продолжают использовать УП (большинству из них подобрали УП 1-го размера (29 мм)), отмечая, что ношение его удобно, а качество жизни улучшилось. 12,5% женщин используют УП ситуативно – при тренировках в спортзале и беге.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За период наблюдения 55% пациенток, использующих УП, были удовлетворены результатами консервативного лечения пролапса тазовых органов I-II ст. и недержания мочи. 50% женщин выразили желание применять УП далее, в том числе лишь при физических нагрузках. После 1 года использования УП у 32% пациенток уменьшилась степень опущения тазовых органов по системе POP-Q. Наибольшая комплаентность в использовании УП наблюдалась при назначении дополнительных методов лечения (лазер Fotona, ТМТД). Эти пациентки обращались в связи с дополнительным лечением, что позволило провести при необходимости дополнительное обучение по использованию УП и своевременную коррекцию размера УП на динамических осмотрах. Кроме того, на приверженность к лечению влиял размер УП и, соответственно, ширина влагалища. Положительный эффект при ношении УП отмечали женщины, использующие 1-й и 2-й размеры, с шириной влагалища 29 мм и 32 мм. Напротив, женщины с более широким влагалищем, которым подобрали УП 3-го (37 мм), 4-го (41 мм) и 5-го размера (45 мм), отмечали, что у них кубический УП смещается, вызывая дискомфорт или боль. Позже эти пациентки обратились для хирургического лечения или подбора УП другой формы. Женщины с более узким влагалищем,

которым был подобран пессарий 0-го размера (25 мм) от его использования отказались, т.к. не ощущали эффекта. У них оказалось более эффективно лечение лазером Fotona и регулярные ТМТД.

РАЗМЕРЫ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПЕССАРИЕВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПАРИТЕТОМ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ В АНАМНЕЗЕ

Горбунова Е.А., Аполихина И.А., Ямурзина А.А.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

г. Москва

ЦЕЛЬ

Оценить размеры урогинекологических пессариев кубической формы, которые используют рожавшие женщины репродуктивного возраста при лечении пролапса тазовых органов и недержания мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 40 пациенток в возрасте от 28 до 45 лет (ср. возраст 37,3), с паритетом вагинальных родов в анамнезе, обратившихся в Отделение эстетической гинекологии и реабилитации с диагнозами: пролапс тазовых органов I или II степени по POP-Q, стрессовое, ургентное или смешанное недержание мочи. Учитывая молодой возраст женщин и наличие регулярной половой активности, всем пациенткам был подобран кубический пессарий «доктор Арабин» из высококачественного силикона, который требует ежедневного введения и извлечения. Этот тип пессария выполнен с четырьмя вертикальными выпуклостями, расположенными по внутренней поверхности кольца, предотвращающими смещение пессария в неправильную позицию. В зависимости от степени пролапса и ширины влагалища, подбирался оптимальный размер пессария: от 25 мм (раз-



мер 0) до 45 мм (размер 5). При правильно подобранном размере, кубический пессарий хорошо фиксируется во влагалище, не вызывая дискомфорт и неудобство.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее часто мы подбирали пессарий 1-го (29 мм) – у 40% и 2-го размера (32 мм) – у 30% пациенток. У большей части женщин, использовавших пессарий этих размеров, выявлялся пролапс тазовых органов I ст. с недержанием мочи или без. Пролапс тазовых органов II ст. выявлен лишь у одной пациентки, использующей пессарий 1-го размера и трёх женщин, с пессарием 2-го размера. 3-й размер (37 мм) применяли 12,5% женщин с пролапсом I ст. и недержанием мочи. У одной пациентки из этой группы был выявлен пролапс II ст. Менее востребованными у женщин репродуктивного возраста оказались пессарии 0-го (25 мм – 5%), 4-го (41 мм – 7,5%) и 5-го размера (45 мм – 5% пациенток). Эти женщины не страдали недержанием мочи, у них выявлялся лишь пролапс тазовых органов I-II ст. Следует подчеркнуть, что пациентки хорошо переносили данный тип пессария, т.к. аллергических реакций не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рожавшие женщины репродуктивного возраста наиболее часто применяют урогинекологические пессарии кубической формы 1-го и 2-го размеров (что соответствует ширине влагалища 29 и 32 мм, соответственно). Эти женщины чаще страдали недержанием мочи, чем женщины с более широким просветом влагалища. При ширине влагалища 41 и 45 мм (4-й и 5-й размеры), недержание мочи не выявлялось, но чаще встречался пролапс II ст. Эти женщины в последствие отказались от использования пессариев в пользу хирургического лечения. Кубические урогинекологические пессарии, как и адаптационные кольца для подбора размеров пессариев, можно использовать для объективной оценки размера ширины влагалища при синдроме «растянутого» влагалища и других проявлениях дисфункции тазового дна, а также для дальнейшего прогноза лечения. Синдром

«растянутого» влагалища – первое проявление дисфункции тазового дна у женщин после вагинальных родов, а его последствиями являются недержание мочи, пролапс тазовых органов и сексуальная дисфункция. При ширине влагалища до 32 мм эффективно применение урогинекологических пессариев и других консервативных методов лечения дисфункции тазового дна. При более широком просвете влагалища (от 41 до 45 мм) консервативные методы можно рассматривать лишь как временную меру при подготовке к хирургическому лечению.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В СТРУКТУРЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

**Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Наврузова Д.Р.,
Коваленко М.В.**

*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский
Университет), кафедра акушерства, гинекологии
и перинатологии лечебного факультета*

г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема пролапса гениталий (ПГ) активно изучается во всем мире. Среди женщин в пери- и постменопаузе частота ПГ составляет 28–40%. ПГ стоит на 3-м месте среди показаний к хирургическому лечению. При ПГ нарушается анатомия и функция смежных органов (74–85%), снижается качество жизни. ПГ – полиэтиологическое заболевание. Согласно теории системной дисплазии соединительной ткани, в основе развития ПГ лежат нарушения метаболизма коллагена, вызванные генетическими причинами, изменениями гормонального фона в пери- и постменопаузе и другими факторами. Однако, данные о частоте ДСТ у больных с ПГ противоречивы (27–98%), а структура ее клинических проявлений изучена недостаточно.