
Пессарии в гинекологической практике



ColpoTrain®

Набор вагинальных конусов



Перед применением ознакомьтесь с инструкцией

Рег. Уд. МЗ РБ №ИМ-7.101560 от 16.06.2014 г.

Показания к применению:

- профилактика и лечение недержания мочи
- профилактика и лечение начальных стадий пролапса гениталий

**ЭФФЕКТИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ
И УКРЕПЛЕНИЕ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА**



Медицинское предприятие Симург

www.simurg-mp.com, www.simurg-spb.ru, e-mail: market@simurg.by
пр-т Людникова, 13 - 413, г. Витебск, 210023, Республика Беларусь
тел./факс: +375(212) 55 32 33, +375 (212) 55 87 43

Пессарии в гинекологической практике

Опущение и выпадение женских половых органов (тазовый пролапс, пролапс тазовых органов, ПТО) - распространенная патология. Частота пролапса колеблется в широком диапазоне от 3-30% в индустриально развитых странах, до 85% в развивающихся странах [3]. В России пролапсом тазовых органов страдает 15-30% женщин, при этом наблюдается увеличение частоты осложненных и рецидивирующих форм пролапса, а также увеличение частоты данной патологии в репродуктивном возрасте [4]. При профилактических осмотрах (городское население, Минск) число женщин с опущением стенок влагалища I-II степени в возрасте старше 45 лет достигает 26% [5]. В Европе данная патология наблюдается у 28–38,9% пациенток гинекологического профиля, а в структуре «больших» гинекологических операций около 15% оперативных вмешательств выполняются по поводу тазового пролапса. Дополнительно в группу больных с пролапсом гениталий входят пациентки с пролапсом культи влагалища после радикальных операций на матке. Пролапс культи влагалища после гистерэктомии лапаротомным доступом у женщин, не имевших ранее пролапса гениталий, составляет 2–5%, а риск пролапса культи влагалища после радикальных операций на матке возрастает при наличии у пациентки опущения или выпадения тазовых органов до экстирпации, число таких больных достигает 12% [6].

В настоящее время предлагается выделять четыре группы факторов риска ПТО (табл. 1) [8].

Таблица 1. Группы факторов риска развития тазового пролапса

<i>Предрасполагающие</i>	<i>Иницирующие</i>	<i>Содействующие</i>	<i>Декомпенсирующие</i>
Генетические	Беременность	Ожирение	Возраст
Расовые	Роды	Курение	Менопауза
	Операции на тазовом дне	Заболевания легких	Миопатия
	Миопатия	Запоры	Нейропатия
	Нейропатия	Подъем тяжестей	Истощение

Терминология и классификация опущения и выпадения женских половых органов

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), выделяют:

N81.0 Уретероцеле у женщин. Опущение самой нижней части передней стенки влагалища, вовлекающее только уретру.

N81.1 Цистоцеле. Опущение верхней части передней стенки влагалища, вовлекающее мочево́й пузырь. При этом часто присутствует пролабирование уретры, в связи с чем часто используется термин цистоуретероцеле.

N81.2 Неполное выпадение матки и влагалища.

N81.3 Полное выпадение матки и влагалища.

N81.4 Выпадение матки и влагалища неуточненное.

N81.5 Энтероцеле влагалища. Опущение верхней части задней стенки влагалища, обычно содержащее петли тонкой кишки.

N81.6 Ректоцеле. Опущение нижней части задней стенки влагалища, вовлекающее прямую кишку, выпирающую вперед во влагалище.

N81.8 Другие формы выпадения женских половых органов.

N81.9 Выпадение женских половых органов неуточненное.

При классификации дефектов по их анатомической локализации и выделяют:

1. дефекты передней стенки влагалища:

цистоцеле, уретроцеле, дефект передней стенки влагалища (может встречаться - паравагинальный / по средней линии / поперечный дефект), выпадение матки, выпадение сводов влагалища, энтероцеле;

2. дефекты задней стенки влагалища: ректоцеле.

Для описания степени тяжести выпадения органов малого таза целесообразно использовать классификацию POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). Данная система разработана Международным обществом по недержанию мочи [9]. В настоящее время POP-Q используется многими урогинекологическими обществами (International Continence Society, American Urogynecologic Society, Society of Gynecologic Surgeons и др.). Согласно классификации POP-Q влагалище разделяют на 6 анатомических сегментов (рис. 1, 2, табл. 2): проксимальная и дистальная части передней и задней влагалищных стенок (4 сегмента), шейка матки, задний свод влагалища.

Главным в определении стадии опущения (табл. 3) является измерение положения ведущей точки пролапса (ведущая точка – максимально опущенный участок) по отношению к гименальному кольцу. При опущении передней стенки влагалища (цистоцеле) ведущими точками являются Аа и Ва. При опущении задней стенки влагалища – Ар и Вр. При опущении матки – С. При опущении купола влагалища (пролапс после экстирпации матки) ведущей точкой является точка С.

Для измерений расстояний можно использовать любой инструмент с сантиметровой линейкой (маточный зонд, специальный аппликатор).

Инструмент устанавливается поочередно на каждую точку. Степень пролапса оценивается в сантиметрах относительно гименального кольца (*hymen*) при максимальном натуживании.

Плоскость гименального кольца соответствует нулю.

Три параметра (TVL, GH и PB) измеряют в абсолютных величинах.

Если определяемые точки (A_a, A_p, B_a, B_p, C, D) располагаются выше гименального кольца, то полученные значения записывают со знаком «-», минус», если ниже гименального кольца, то со знаком «+, плюс».

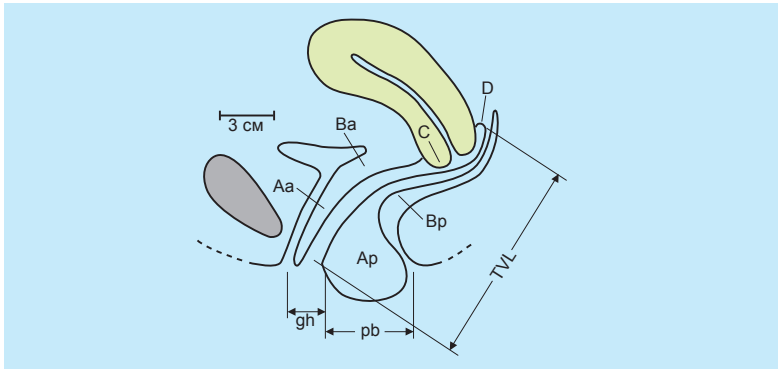


Рисунок 1. Анатомические ориентиры по классификации POP-Q

(Цит. по: Bump RC et al: The standardization of terminology of female pelvic organ prolaps and pelvic floor dysfunction/R.C. Bump [et al]// Am. J. Obstet. Gynecol. – 1996.–Vol.175. – P. 10–17)

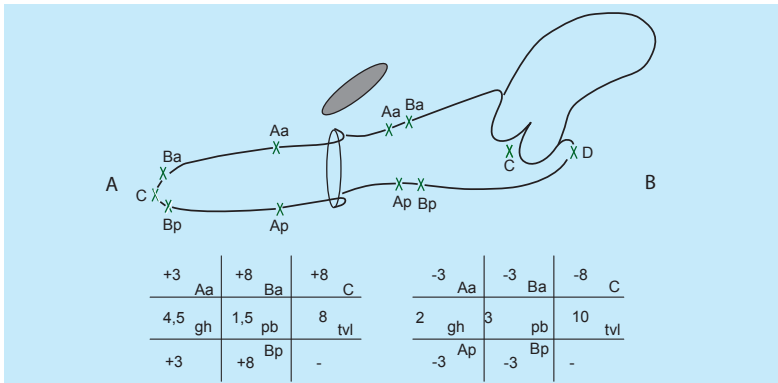


Рисунок 2. Сетчатая и линейная диаграмма полного выворота влагалища

(Цит. по: Bump RC et al: The standardization of terminology of female pelvic organ prolaps and pelvic floor dysfunction/R.C. Bump [et al]// Am. J. Obstet. Gynecol. – 1996.–Vol.175. – P. 10–17.)

Таблица 2. Анатомические ориентиры согласно классификации POP-Q

<i>Обозначение</i>	<i>Описание</i>
Aa (a - anterior)	Точка на передней стенке влагалища на 3 см проксимальнее гименального кольца
Ba (a - anterior)	Наиболее низко расположенная точка на участке передней стенки влагалища между точками Aa и C (или куполом влагалища после гистерэктомии).
C	Передняя губа шейки матки или купол влагалища.
Ap (p - posterior)	Точка на задней стенке влагалища на 3 см проксимальнее гименального кольца.
Bp (p - posterior)	Наиболее низко расположенная точка на задней стенке влагалища между точками Ap и D (или куполом влагалища после гистерэктомии).
D	Задний свод (у пациенток после гистерэктомии отсутствует). Точка соответствует месту прикрепления крестцово-маточных связок к задней поверхности шейки матки.
GH (hiatus genitalis)	Расстояние от наружного отверстия уретры до заднего края гимена. В норме составляет не более 3 см.
PB (промежность) TVL	Расстояние между задним краем гимена и анальным отверстием. В норме составляет не менее 3 см. Расстояние между краем гимена и куполом влагалища. В норме составляет не менее 10 см.

Таблица 3. Стадирование пролапса гениталий по классификации POP-Q

Стадия 0	Нет пролапса. Точки Aa, Ap, Ba, Bp расположены выше гименального кольца. Расстояние от гименального кольца до точек Aa, Ap, Ba, Bp не менее 3см. Точки C и D \leq - [TVL-2см].
Стадия 1	Ведущая точка < -1 (ведущая точка выше гименального кольца).
Стадия 2	Ведущая точка > -1 , но $\leq +1$ см (ведущая точка на уровне гименального кольца).
Стадия 3	Ведущая точка $> +1$, но $< +[TVL-2см]$. Общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см.
Стадия 4	Ведущая точка $\geq +[TVL-2см]$. Общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см.

Клинические проявления

Клинические проявления тазового пролапса очень разнообразны. Необходимо отметить, что заболевание всегда носит прогрессирующий характер и при отсутствии лечения значительно ухудшает качество жизни больных [2]. Выраженные клинические проявления опущения половых органов развиваются при 2-3-4 стадии тазового пролапса (POP-Q). До манифестации пролапса наблюдается, в первую очередь, зияние половой щели и связанный с данным анатомическим дефектом дисбиоз влагалища, хронические воспалительные заболевания тазовых органов, сексуальные дисфункции, болезни шейки матки. Наиболее распространенным симптомом выпадения стенок влагалища и матки (стадия 2 и выше по POP-Q) является обнаруживаемое самой больной образование, выходящее из половой щели. Предъявляемые при этом жалобы на ощущение «инородного» тела, дискомфорт в области промежности, неудобство при ходьбе, тянущие боли внизу живота обусловлены расположением шейки матки или полностью всей матки на уровне или за пределами *introitus vaginae*. Смещение матки книзу ведет к нарушению кровообращения в малом тазу, способствует возникновению застойных явлений, и, как результат, появляются боли тянущего характера, чувство тяжести внизу живота, боли в пояснице, крестце, усиливающиеся к концу дня или во время и после физической нагрузки. При длительно протекающем тазовом пролапсе развиваются трофические изменения поверхностных тканей выпавших органов. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки влагалища подвергается ороговению, складки сглаживаются, появляются ссадины, трещины, а в ряде случаев декубитальная язва. Травмирование стенок влагалища может способствовать появлению кровянистых выделений из половых путей. Кроме того, травмированные участки слизистой инфицируются. Наличие воспалительных явлений, а также снижение венозного оттока приводят к отеку подлежащих тканей и изменению их окраски от небольшого покраснения вплоть до выраженного цианоза. Характерными симптомами является диспареуния, а иногда и посткоитальные кровянистые выделения из половых путей. Практически у всех пациенток с тазовым пролапсом наблюдаются нарушения функции смежных органов (недержание мочи и т. д.) [4].

В зависимости от времени возникновения симптомов их можно разделить на ранние (обусловленные зиянием половой щели) и поздние (обусловленные смещением половых органов и нарушением трофики тканей).

Ранние:

- частые рецидивирующие кольпиты и цервициты,
- стрессовое или смешанное недержание мочи,
- сексуальные дисфункции.

Поздние:

- болевой синдром, чувство «инородного тела» в области промежности,
- атрофические кольпиты,
- нарушения функции смежных органов.

Диагностика

- **Общеклиническое исследование:** анамнез, осмотр больной, лабораторные анализы.
- **Специальные методы:** анкетирование, функциональные исследования нижних мочевыводящих путей (*кашлевая проба, проба Вальсальвы, тампон-тест и т.д.*), позволяющие выявить непроизвольную потерю мочи; ректальное исследование для определения границ ректоцеле и оценки контрактной способности сфинктера прямой кишки.
- **Инструментальные методы:** цистоскопия, ректороманоскопия.
- **Методы лучевой диагностики:** ультразвуковое исследование, рентгенологические, ядерно-магнитный резонанс.

Консервативное лечение пролапса гениталий

Пессарии много сотен лет используются для консервативного лечения пролапса гениталий, недержания мочи [1, 7], а в последние годы и для профилактики преждевременных родов при «короткой шейке матки» [1]. Использование пессариев позволяет значительно улучшить качество жизни пациенток с ПТО. Показания, противопоказания и особенности применения различных конструкций пессариев достаточно хорошо изучены [3, 7, 10]. Накопленный опыт использования пессариев при тазовом пролапсе позволяет сделать следующие выводы [11]:

1. Пессарии необходимо рассматривать для всех женщин с симптоматическим пролапсом и/или стрессовым недержанием мочи (II-1 А).
2. Осложнения при использовании пессария обычно минимальны, вагинальные выделения - наиболее распространенная жалоба (II-3).
3. Вагинальные эрозии можно лечить путем удаления пессария и опционально добавлением эстрогенов вагинально (II-2).

4. Уровень удовлетворенности при использовании пессария обычно очень высок (II-2).

Заключение авторов отчета [11]:

пессарии необходимо рассматривать для всех женщин с симптоматическим пролапсом и/или стрессовым недержанием мочи (II-1A).

Эффективность и безопасность консервативного лечения пролапса во многом определяется качеством самих изделий. Пессарии ЗАО «Медицинское предприятие Симург» изготовлены из медицинского силикона компании Waker-Chemie GmbH (Германия). Применение эластичного, гипоаллергенного силикона позволило снизить риск осложнений и создать комфортные для пациентки и эффективные типы пессариев.

Показаниями для применения пессариев являются:

Осложненный и неосложненный пролапс гениталий различной степени в случае, если:

- пациентка не желает оперироваться;
- имеются противопоказания к оперативному лечению (соматическая патология, возраст и т.д.);
- необходимо отсрочить оперативное лечение (декубитальная язва шейки матки, субкомпенсация по соматической патологии и т.д.);
- в акушерской практике пессарии (цервикальный перфорированный) используется для профилактики преждевременных родов при ИЦН.

ВАЖНО!

- Пессарии предназначены для индивидуального использования.
- Пессарий поставляется нестерильным.
- Перед использованием требуется дезинфекция. Целесообразно использовать альдегидсодержащие растворы. Предварительно пессарий следует промыть теплой водопроводной водой с использованием моющих средств.
- Пессарий может стерилизоваться паром (134°C/3,8 бар) или горячим воздухом (250°C).
- Свойства силиконовой резины позволяют многократно дезинфицировать изделие.
- Не рекомендуется стерилизовать пессарии кипячением.

Общие рекомендации по выбору типа и размера пессария производства ЗАО «Медицинское предприятие Симург»

Выбор типа и размера пессария зависит от анатомических особенностей пациентки, стадии пролапса и наличия или отсутствия сопутствующих расстройств мочеиспускания.

Основные принципы выбора типа пессария

Чем больше стадия пролапса (табл. 4), тем эффективнее применение пессариев с заполняющим типом действия (кубический, грибовидный, цервикальный перфорированный) и пессариев с мембраной (чашечный перфорированный, чашечно-уретральный). При начальных стадиях пролапса (1-2 стадии по POP-Q) чаще всего достаточно кольцевидных пессариев (кольцо, кольцо толстое, уретральный). Конструкция пессария Ходжа позволяет изменять его форму, что позволяет использовать данный тип пессария в сложных клинических случаях, когда традиционные пессарии не эффективны.

Таблица 4. Выбор типа пессария, в зависимости от стадии пролапса

	Стадии пролапса по POP-Q	
	1 и 2 стадии	3 и 4 стадии
Опущение матки	Пессарий силиконовый: кольцо толстое Пессарий силиконовый: чашечный перфорированный кольцо толстое	Пессарий силиконовый: чашечный перфорированный Пессарий силиконовый: кубический перфорированный Пессарий силиконовый: грибовидный Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный
Опущение матки, осложненное недержанием мочи	Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный Пессарий силиконовый: уретральный	Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный
Опущение купола влагалища	Пессарий силиконовый: кольцо Пессарий силиконовый: кольцо толстое	Пессарий силиконовый: кубический перфорированный Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный
Опущение купола влагалища, осложненное недержанием мочи	Пессарий силиконовый: уретральный Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный	Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный

Таблица 4. Продолжение.

Опущение передней стенки влагалища	Пессарий силиконовый: кольцо Пессарий силиконовый: кольцо толстое	Пессарий силиконовый: чашечный перфорированный Пессарий силиконовый: кубический перфорированный Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный
Опущение передней стенки влагалища, осложненное недержанием мочи	Пессарий силиконовый: уретральный Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный	Пессарий силиконовый: уретральный Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный
Опущение задней стенки влагалища	Пессарий силиконовый: кольцо Пессарий силиконовый: кольцо толстое	Пессарий силиконовый: чашечный перфорированный Пессарий силиконовый: кубический перфорированный Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный

Общие рекомендации по выбору размера пессария

Размер пессария определяется исходя из результатов осмотра пациентки и оценки емкости влагалища с помощью специальных примерочных колец (табл. 5) или гинекологических зеркал (табл. 6).

Максимальный размер пессария лимитируется длиной влагалища «—» 4–5 см. Длина влагалища \approx расстоянию между краем гимена и куполом влагалища, расстояние TVL, по классификации POP-Q. В норме не менее 10 см.

Минимальный размер, который, вероятно, будет удерживаться, должен быть больше расстояния *hiatus genitales* на 1,5–2 см (*hiatus genitales* соответствует расстоянию между наружным отверстием уретры и задним краем гимена, расстояние GH по классификации POP-Q. В норме не более 3 см).

При подборе размера кубического пессария достаточно ориентироваться только на расстояние *hiatus genitales*. Размер пессария должен быть равным или большим этого расстояния.

Пример

Опущение матки 3 стадии. После восстановления нормального расположения органов малого таза *hiatus genitales* – 4 см. Длина влагалища 11 см.

Размер пессария (наружный диаметр) будет лежать в диапазоне от 55–60 мм (расстояние *hiatus genitales*+1,5 или 2 см, 40+15 или

20=55-60 мм) до 60–70 мм (длина влагалища «-» 4 или 5 см, 110-40 или 50=60-70 мм).

Кубический пессарий. Размер $\geq hiatus\ genitalis$ – 40 или 45 мм.

Для лечения должен быть использован пессарий с наименьшим диаметром, который устраняет или значительно уменьшает проявления пролапса. При верно подобранном размере пессария между изделием и стенкой влагалища должен оставаться небольшой зазор (10-15 мм, ширина фаланги пальца).

Таблица 5. Выбор размера пессария с помощью набора примерочных колец (наружный диаметр, мм).

Примерочное кольцо	Чашечный и чашечный перфорированный	Кольцо толстое и кольцо	Цервикальный перфорированный	Кубический и кубический перфорированный	Уретральный	Грибовидный	Ходжа	Чашечно-уретральный
50	-	50*	-	25	45,50*	50	-	-
55	55	55*	-		55*	55	55	55*
60	60*	60*	65**	29	60*	60*	60	60*
65	65*	65*			65*	65*	65*	65*
70	70*	70*	70**	32*	70	70*	70*	70*
75	75*	75*			75	75*	75*	75*
80	80*	80	-	37*	80	80	80*	80*
85	85*	85	-		85	85	85*	85*
90	90	90	-	41*	90	90	90*	90
95	95	95	-		95	-	95	-
100	-	100	-	45	100	-	-	-

* наиболее часто используемые размеры пессариев;

** при использовании для коррекции пролапса гениталий.

Для ориентировочной оценки емкости влагалища можно использовать зеркало гинекологическое по Куско производства ЗАО «Медицинское предприятие Симург» (табл. 6). Для этого зеркало вводят во влагалище на максимальную глубину и фиксируют максимальное раскрытие створок поворотом кремальеры (фиксатора). Пациентку просят потужиться. Если зеркало выскальзывает из влагалища при максимальном раскрытии створок, то, вероятнее всего, потребуется пессарий диаметром более 70-75 мм. Если зеркало удерживается, то степень раскрытия уменьшают на 1 деление кремальеры и вновь просят пациентку потужиться. Действия повторяют до тех пор, пока зеркало не «выскользнет»

из влагалища. Следует рекомендовать пессарий диаметром на 5-10 мм больше расстояния между губками «выскользнувшего» зеркала.

Таблица 6. Оценка емкости влагалища с помощью зеркала по Куско

Степень раскрытия створок зеркала	Наружный диаметр пессария
Максимальная (расстояние между губками створок – 70 – 75 мм)	Более 70 - 75 мм
1 деление кремальеры – (расстояние между губками створок – 60 – 65 мм)	65 – 70 мм
2 деление кремальеры (расстояние между губками створок – 50-55 мм)	55 – 60 мм

В случае, если пациентка применяла пессарии других производителей, для определения размера пессария силиконового можно воспользоваться приведенной ниже таблицей соответствия размеров пессариев (табл. 7).

Таблица 7. Соответствие размеров (наружный диаметр, мм) различных видов пессариев

Латексное маточное кольцо «пончик» Киевгума, Альфапластик	№0	№1	№2	№3	№4
	50-56	65-68	71-74	77-80	85
Пессарий силиконовый: кольцо толстое	50, 55	65, 70	70, 75	75, 80	85, 90
Пессарий силиконовый: чашечный перфорированный	55	65, 70	70, 75	75, 80	85, 90
Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный	55	65, 70	70, 75	75, 80	85, 90
Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный		65, 70	70		
Пессарий силиконовый: уретральный	50, 55	65, 70	70, 75		
Пессарий силиконовый: кольцо	50, 55	65, 70	70, 75		
Пессарий силиконовый: Ходжа	55, 60	70, 75	75, 80	85	90

	тип 1	тип 2	тип 3
Пессарий маточный «Юнона»	63	68	73
Пессарий силиконовый: кольцо толстое	65	70	75
Пессарий силиконовый: чашечный перфорированный	65	70	75
Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный	65	70	75
Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный	65	65	
Пессарий силиконовый: уретральный	65	70	75
Пессарий силиконовый: кольцо	65	70, 75	75
Пессарий силиконовый: Ходжа	65, 70	75, 80	75, 80

Длительность непрерывного использования пессария силиконового и алгоритм наблюдения за пациенткой

Длительность лечения пролапса гениталий с помощью пессария зависит от совокупности многих факторов (устойчивость микробиоценоза влагалища, степени эстрогенного дефицита и так далее) и поэтому очень индивидуальна. В среднем пациентка может использовать пессарий (кроме кубических и грибовидных) 30–40 суток. После подбора и установки пессария следует рекомендовать контрольный осмотр через 10–14 суток (табл. 8). При контрольном осмотре оценивается эффективность лечения и состояние слизистой влагалища. Следующий осмотр рекомендуется через 30–40 дней. Описаны случаи успешного непрерывного использования пессария более 6–8 месяцев [7, 10]. Наиболее частой причиной прерывания лечения тазового пролапса с помощью силиконовых пессариев является развитие вульвовагинита на фоне пессария. В этом случае пессарий извлекается и назначается лечение с учетом характера воспалительного процесса. В последующем лечение пролапса с помощью пессария может быть продолжено. Описаны единичные случаи развития тяжелых осложнений (перфорация кишечника или мочевого пузыря, обструкция кишечника и мочеточника, развитие пузырно-влагалищных, уретровлагалищных свищей). Развитие подобных осложнений связано с нарушением технологии применения метода [10].

Таблица 8. Алгоритм наблюдения за пациенткой при коррекции тазового пролапса с помощью силиконовых пессариев

Первичный осмотр	Объем обследования	Примечания
<ul style="list-style-type: none"> • Оценка клинической ситуации. • Исключаются противопоказания к применению силиконового пессария. • Проводится подбор типа и размера пессария. 	<ul style="list-style-type: none"> • Визуальная и лабораторная оценка состояния слизистой влагалища (мазки на флору, ОЦ). • Бимануальный осмотр. 	Дополнительные методы обследования: УЗ исследование, кольпоскопия и др. по показаниям.
Повторный осмотр через 10–14 суток от начала лечения. <ul style="list-style-type: none"> • Выполняется оценка эффективности коррекции пролапса. • Оценка состояния слизистой влагалища на фоне лечения пессарием. 	<ul style="list-style-type: none"> • Визуальная и лабораторная оценка состояния слизистой влагалища (мазки на флору). 	Дополнительные методы обследования по показаниям.
Интервалы между последующими визитами определяются индивидуально (от 3 до 7 и более недель).	<ul style="list-style-type: none"> • Визуальная и лабораторная оценка состояния слизистой влагалища (мазки на флору). 	Дополнительные методы обследования по показаниям.

Описание пессариев силиконовых

Все пессарии изготавливаются из медицинского силикона компании Waker-Chemie GmbH (Германия).



Пессарий силиконовый: кольцо армирован внутренним упругим элементом. Пессарий поставляется следующих размеров (наружный диаметр): 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 мм.



Пессарий силиконовый: кольцо толстое. Изделие поставляется следующих размеров (наружный диаметр): 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 мм.



Пессарии силиконовые: чашечный, чашечный перфорированный имеют форму чаши с большим центральным отверстием. В пессарии чашечном перфорированном по периферии выполнены отверстия меньшего диаметра, поставляется следующих размеров (наружный диаметр): 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95 мм.



Пессарий силиконовый: уретральный имеет форму кольца, на ободке которого выполнено утолщение овальной формы. Утолщение предназначено для дополнительной фиксации уретры. Кольцо армировано упругим элементом, поставляется следующих размеров (наружный диаметр): 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 мм.



Пессарий силиконовый: чашечно-уретральный имеет форму чаши с утолщением овальной формы и большим центральным отверстием. Утолщение предназначено для дополнительной фиксации уретры, поставляется следующих размеров (наружный диаметр): 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90 мм.



Пессарий силиконовый: Ходжа представляет собой кольцо из силикона, армированного деформируемым элементом, поставляется следующих размеров: 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95 мм.

Конструкция пессария позволяет придавать изделию любую форму и позволяет применять пессарий Ходжа в ситуациях, когда анатомические особенности пациентки не позволяют применять другие пессарии. Наиболее часто пессарий используется при тяжелых степенях опущения стенок влагалища.

Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный имеет форму глубокой чаши с многочисленными отверстиями небольшого диаметра по периферии.



Пессарий силиконовый: цервикальный перфорированный поставляется следующих размеров:

Наружный диаметр, мм	65	65	65	65	65	65	65	70	70	70	70	70	70
Высота, мм	17	17	21	21	25	25	30	17	17	21	21	25	25
Внутренний диаметр (диаметр отверстия), мм	32	35	32	35	32	35	35	32	35	32	35	32	35

Данная модель пессария используется как для коррекции 2-4 стадий пролапса гениталий, так и для профилактики преждевременных родов при «короткой» шейке матки. Выбор размера пессария при его использовании в акушерской практике зависит от клинической ситуации и анатомических особенностей беременной (табл. 9).

Таблица 9. Подбор размера цервикального перфорированного пессария при его использовании во время беременности [1]

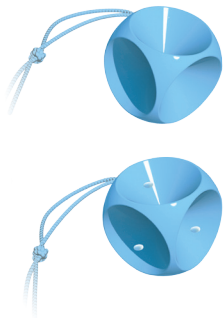
		Внутренний диаметр, мм		Наружный диаметр, мм		Высота				
		32	35	65	70	17	21	25	30	
1 триместр		одноплодная беременность								
	Первородящая	+		+		+				
	Первородящая*		+					+		
	Повторнородящая	+			+			+		
	Повторнородящая*		+			+			+	
		двойня								
Первородящая	+		+			+				
Первородящая*		+		+				+		
Повторнородящая	+				+			+		
Повторнородящая*		+			+				+	

		Внутренний диаметр, мм		Наружный диаметр, мм		Высота				
		32	35	65	70	17	21	25	30	
2 триместр (многоплодная)		Без расширения внутреннего зева								
	Первородящая	+		+				+	+	
	Повторнородящая	+			+			+	+	
		V или U форма внутреннего зева								
	Первородящая		+		+				+	+
	Повторнородящая		+		+	+			+	+

Таблица 9. Продолжение.

2 триместр (одноплодная)		Внутренний диаметр, мм		Наружный диаметр, мм		Высота			
		32	35	65	70	17	21	25	30
		Без расширения внутреннего зева							
	Первородящая	+		+					
	Повторнородящая	+		+					

* изменения на шейке матки, в том числе швы.



Пессарии силиконовые: кубический и кубический перфорированный имеют форму куба с вогнутыми сторонами.

В модели пессарий силиконовый: кубический перфорированный на вогнутых сторонах выполнены отверстия для оттока влагалищного отделяемого. Для удобства удаления кубические пессарии снабжены нитью. Изделия поставляются следующих размеров: 25, 29, 32, 37, 41, 45 мм. Данная модель пессария предназначена для кратковременного использования (не более 6-12 часов, введение на день и удаление на ночь).



Пессарий силиконовый грибовидный имеет «ножку» с утолщением у основания и вогнутую «шляпку» с отверстиями. Ножка пессария предназначена для его удержания максимально глубоко во влагалище, поставляется следующих размеров (наружный диаметр): 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90 мм. Пессарий предназначен для кратковременного использования (не более 6-12 часов, введение на день и удаление на ночь).



Пессарии силиконовые примерочные: малые; средние; большие. Комплект пессариев силиконовых примерочных состоит из 4 колец разного диаметра.

В комплект пессариев силиконовых примерочных **малых** входят силиконовые кольца диаметром 50, 55, 60, 65 мм.

В комплект пессариев силиконовых примерочных **средних** - диаметром 65, 70, 75, 80 мм. В комплект пессариев силиконовых примерочных **больших** - диаметром 85, 90, 95, 100 мм.

Пессарии силиконовые примерочные используются для индивидуального подбора размера пессария. Пессарии примерочные не предназначены для коррекции пролапса.

Литература

1. Акушерство и гинекология/ гл. ред.: В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. -4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1011 с. - (Клинические рекомендации).
2. Акушерство и гинекология: учеб. пособие: в 2 т. /Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан ; пер. с англ.; под общей ред. акад. РАМН А.Н. Стрижакова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
3. Генитальный пролапс: с электр. прил. / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строцкий. – Минск: Вышэйшая школа, 2014. – 399 с.: ил. + электрон. опт. диск (CD-R).
4. Проплапс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: пособие для врачей / В.Ф. Беженарь, Н.Г. Павлова [и др.]; ред. Э.А. Айламазян. –СПб.: Изд-во Н-Л, 2010.– 48 с.
5. Пересада О.А. Проблема опущения тазовых органов у женщин: современные возможности профилактики в родах / Пересада О.А. [и др.] // Медицинские новости. – 2010. – №10.–С. 35-40.
6. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Дурандин Ю.М., Семятов С.М., Токтар Л.Р., Салимова Л.Я. Перинеология. Опущение и выпадение половых органов: Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008. – 256 с.: ил.
7. Adams E., Thomson A., Maher C., Hagen S. Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 2: CD 004010.
8. Continence /G.H. Badlani [et al.]. – London.: Springer-Verlag, 2009. – 544 p.
9. The standardization of terminology of female pelvic organ prolaps and pelvic floor dysfunction/R.C. Bump [et al]// Am. J. Obstet. Gynecol. – 1996.–Vol.175. – P. 10–17.
10. Vierhout M.E. The use of pessaries in vaginal prolapse//Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2004. Vol. 117. №1. P. 4-9.
11. Technical Update on Pessary Use JULY JOGC JUILLET 2013 №294// www.jogc.com/abstracts/full/201307SOGC_Clinical_Practice_Guidelines_1.pdf.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Дата установки пессария: _____

Тип пессария: _____ Размер: _____

После установки пессария следующий визит к врачу рекомендуется через 10-14 дней.

Этот визит необходим для того, чтобы понять, помогает ли Вам пессарий. Также во время осмотра врачу необходимо убедиться в том, что пессарий не вызывает раздражения. Кратность последующих визитов определяется индивидуально.

Если Вы научились самостоятельно извлекать и вводить пессарий, то целесообразно удалять пессарий на ночь.

Ниже приведены ситуации, с которыми Вы можете столкнуться при применении пессария.

Проблема	Предложения
Пессарий выпадает	Повторно введите пессарий, если Вы умеете. Придите в Ваш запланированный визит и принесите пессарий с собой.
У вас боль в области таза, во влагалище	Если Вы чувствуете, что Ваш пессарий причиняет вам боль, удалите его и принесите с собой в следующий визит. Если Вы не можете удалить пессарий, обратитесь в клинику.
Вагинальные выделения/запах	Некоторый запах и выделения – это нормально. Если запах очень неприятный, удалите пессарий, если Вы можете, и придите в ваш запланированный визит. Если вы не можете удалить пессарий, обратитесь в клинику.
Вагинальное кровотечение	Это может быть признаком того, что пессарий раздражает ткани влагалища. Удалите пессарий, если Вы можете, и придите в ваш запланированный визит. Если Вы не можете удалить ваш пессарий, обратитесь в клинику.
Недержание мочи	Если Вы чувствуете, что из-за пессария недержание мочи стало сильнее, удалите его. Придите в Ваш запланированный визит. Если Вы не можете удалить пессарий, обратитесь в клинику.

Если у Вас срочные проблемы, обратитесь в клинику

Введение и удаление пессария

Большинство женщин в состоянии вводить и удалять пессарий самостоятельно. Медсестра или врач в клинике обучат Вас этому. Некоторые женщины удаляют пессарий каждую ночь, а другие оставляют его на более долгий промежуток времени.

Введение пессария

Смажьте пессарий и наружные половые органы мазью или лубрикантом (это облегчает введение пессария). Согните пессарий и введите его через вход влагалища, по направлению к копчику. Указательным пальцем направьте пессарий как можно дальше назад, затем указательным пальцем подтолкните пессарий вверх, так, чтобы край пессария располагался за лобковой костью.

Удаление пессария

Перед извлечением пессария смажьте наружные половые органы мазью. Просуньте палец под край или в отверстие пессария и потяните его вниз и наружу из влагалища.

Очистка

Используйте теплую водопроводную воду и мыло. Убедитесь, что Вы хорошо ополоснули пессарий. Храните его в чистом сухом месте. Не кипятите пессарий. Для дезинфекции можно использовать любые дезинфицирующие растворы (перекись водорода и т. д.) Дезинфицирующие растворы обладают раздражающим действием на слизистую, поэтому перед введением пессария его надо ополоснуть водой. Помните, что Ваши руки и пессарий должны быть чистые перед его введением.

Опорожнение кишечника

У большинства женщин, которые носят пессарий, нет проблем или затруднений при опорожнении кишечника. Женщины, у которых есть тенденция к запорам, могут испытывать некоторые проблемы (риск выпадения пессария при опорожнении кишечника возрастает). Важно, чтобы стул оставался мягким и регулярным. Некоторые женщины удаляют пессарий перед опорожнением кишечника.

Введение пессария



Удаление пессария

