
КОМПЛАЕНТНОСТЬ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Г.Ф. Тотчиев, Л.Р. Токтар, Д.М. Муратчаева,
С.М. Семятов

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Проведенный анализ современных данных о распространенности и эффективности различных методик лечения пролапса тазовых органов у женщин обосновывает необходимость изучения комплаентности хирургических и «консервативных» подходов в лечении данного заболевания.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, несостоятельность тазового дна, комплаентность, гинекологический пессарий, сетчатый имплант.

В современной литературе имеются достаточно разноречивые сведения о частоте пролапса тазовых органов (ПТО) — от 1 до 50% в популяции — при том, что не существует ни одного серьезного эпидемиологического исследования по данной проблеме. Общеизвестно также, что каждая третья гинекологическая операция проводится именно по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов [31, 32, 30]. Ежегодно в мире делается более 400 000 операций по реконструкции тазового дна, почти половина из них в США. Только в Москве и Московской области с 2005 г. фирмой-производителем продано 8500 наборов сетчатых протезов с ежегодным увеличением темпа роста продаж на 25—30% [11]. В России пролапс гениталий наблюдается у 15—30% женщин, а у женщин старше 50 лет частота пролапсов возрастает до 50—60%. Удельный вес ПТО среди гинекологических болезней в России составляет 28—39% [21]. Результаты исследований расовых различий частоты ПТО неоднозначные. Приводятся данные о высокой частоте среди европеоидной расы, в сравнении с другими этническими группами [31, 32], а также встречаются публикации об отсутствии расовых различий. В Нигерии и Индии данное заболевание носит характер «эпидемии»: 70% больных с ПТО — это женщины старше 49 лет, а 30% — женщины репродуктивного периода и 85% старше 55 лет. Приведенные данные показывают большую распространенность пролапса тазовых органов у женщин во всем мире, но и отсутствие единой концепции медицинского подхода к данной проблеме.

Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов не несет в себе угрозы жизни пациентки, но приводит к стойкой социальной дезадаптации, снижению качества жизни, утрате трудоспособности [10, 32]. Многочисленные исследования, проведенные за последние годы, не выделили какую-либо единственную причину, ведущую к развитию пролапса тазовых органов, а лишь подтвердили многофакторность развития пролапса гениталий женщин. В настоящее время большинство авторов различают предрасполагающие и производящие факторы риска развития пролапса тазовых органов [32]. К первым относятся анатомо-конституциональные особенности: уплощение крестцово-копчиковой кривизны, увеличе-

ние глубины позадиматочного пространства, генетические [32, 33, 37]. Вторыми производящими факторами являются: повышение внутрибрюшного давления (тяжелый физический труд, затяжные роды, хроническая констипация с длительным применением слабительных средств), травмы с повреждением фиксирующего аппарата, профессиональная или спортивная деятельность. Выделяют также декомпенсирующие факторы — старение, менопауза [14, 16, 17, 27].

Широкая распространенность пролапса тазовых органов, ранняя манифестация, прогрессирующее течение, полиэтиологичность, отсутствие до сих пор единой концепции развития десценции тазовых органов, но вместе с тем большая заинтересованность в эффективном лечении пролапса среди пациенток и неудовлетворенность существующими методиками объясняет огромное количество методов лечения этого заболевания. Все существующие методики лечения дисфункции тазового дна традиционно принято разделять на консервативные и хирургические. В то же время очевидно, что единственным эффективным подходом к пролапсу тазовых органов как к грыже тазового дна является хирургический [19, 35, 36]. Что же касается так называемых «консервативных методик», то, несмотря на широкую распространенность, к излечению от выпадения гениталий они привести не могут, являясь лишь паллиативной мерой.

На сегодняшний день известно несколько сотен видов операций для коррекции опущения и выпадения тазовых органов. Однако хирургическое лечение при всех его преимуществах связано с интра- и постоперационными осложнениями: анестезиологические, тромбоэмболические, кровотечения, нарушение процесса цитризации, повреждение смежных органов и нервных стволов во время операции, снижение функции тазового дна и смежных органов при хороших анатомо-топографических результатах и др. [2, 7, 24—26, 32]. Кроме этого, любая из существующих оперативных методик не имеет 100% результатов эффективности, а значит, может приводить к рецидиву десценции тазовых органов.

Риск повторной операции в ближайшие 10 лет существует у 17% пациенток [11, 13, 16]. Возможно это связано с недооценкой всех факторов риска, вызвавших «первичный» пролапс, ошибками в выборе хирургической тактики. Частота рецидивов при использовании традиционной передней кольпоррафии достигает 65,4%, при использовании биологических материалов — 28,3%, использование же синтетических материалов позволяет снизить их до 8—11%. Учитывая достаточно высокую частоту рецидивов, не прекращаются исследования по изучению факторов риска развития рецидива пролапса тазовых органов после его хирургической коррекции [6].

В работе «Эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов» Долгих Т.А. исследовала 118 женщин (с рецидивом и без после хирургической коррекции тазового дна и после гистерэктомии). Рецидив гениталий чаще всего возникал после изолированной пластики влагалища (28,6%) и ее сочетания с надвлагалищной ампутацией матки (21,4%), наиболее редко после влагалищной экстирпации культи шейки матки, кольпоперинеолеваторопластики (7,2%) [10].

Зависимость частоты возникновения рецидивов и патоморфологических изменений структуры *m. levator ani* доказана в очередном исследовании, с участием 102 женщин, подвергшихся различным методам хирургической коррекции дис-

функции тазового дна. Результаты различных методик хирургического лечения у пациенток с минимальными, умеренными и выраженными структурными изменениями в мышечных тканях тазового дна разделены на эффективные, функционально неэффективные (30%) и анатомически неэффективные — рецидивы (40%) соответственно. Именно анатомическая и функциональная неэффективность является предиктором рецидивирования [9]. Частота рецидивов составила 28% при применении бессетчатых технологий и 8% при использовании сетчатых технологий. Основными патогенетическими факторами развития рецидива пролапса гениталий после хирургического лечения являются: отсутствие адекватной коррекции апикального отдела, использование заведомо несостоятельной соединительной ткани у пациенток с тяжелой формой пролапса гениталий и системной дисплазией соединительной ткани (ДСТ), выполнение патогенетически необоснованной операции в результате недостаточной диагностики выявленных нарушений, ненадежная фиксация сетчатого импланта [20].

За последние 10 лет широкое распространение получили операции по коррекции пролапса гениталий с использованием синтетических материалов, сразу снижавшие славу почти безрецидивной технологии. И действительно, концепция неофасциогенеза, заключающаяся в «замене» разорванной фасции на «новую» при помощи синтетического импланта, создающего надежный каркас для органов малого таза [1, 6], может быть оправдана при явных дефектах тазовой фасции как последствия травм или как результат ДСТ [8, 20, 33]. Преимущества этой методики очевидны: малоинвазивность за счет использования влагалитического доступа, эффективность, снижение количества рецидивов заболевания, возможность выполнения операций у пациенток с экстрагенитальными заболеваниями. Но в то же время появились новые тяжелые осложнения, специфические именно для этого вида пластических операций [2, 17, 23, 24].

При оценке эффективности хирургического лечения с применением сетчатых протезов Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов [FDA, 2008] описаны осложнения более 4000 операций: ранения мочевого пузыря — 2%, прямой кишки — 1,2%, уретры — 0,5%, инфекции мочевыводящей системы — 8,1%, диспареуния — 7,3%, эрозии — 5,9%, боли в паховой области — 4,1%. Приблизительно такие же результаты получили в своих исследованиях Н.А. Щукина, С.Н. Буянова и др. (2011—2012) при оценке эффективности операций с использованием протеза Prolift: эффективность — 98,8% (6 рецидивов из 365 операций), 5,5% осложнений, из которых 2,7% интраоперационных (1,9% гематом, 0,5% ранений мочеточника, 0,3% ранений прямой кишки) и 2,7% отсроченных осложнений. Увеличение объема наблюдений параллельно накоплению опыта лишь усугубляют эти значения. Так, в большой выборке из 677 операций, выполненных за 4 года в МОНИИАГ исследователями К.Н. Абрамян и соавт., выявлено 152 (22,5%) осложнений. Из них 88% были общехирургическими (ранение смежных органов, кровотечения, обширные гематомы, в том числе один летальный исход) и 64 (9,4%) mesh-ассоциированными. И если число общехирургических осложнений по мере освоения методики имело стойкую тенденцию к снижению, то число mesh-ассоциированных возросло более чем в 3 раза и составило за 2006—2007 годы — 1,9%, а за 2008—2012 годы — уже 7,5% [1].

Традиционно эффективность хирургического лечения пролапса оценивается с позиции рецидивирования, т.е. анатомического эффекта [9, 10, 19, 20]. В исследовании прогнозирования эффективности хирургической коррекции пролапсов появилась новая когорта пациенток, не типичная для исследований эффективности пластических операций на тазовом дне, — условно эффективная. В эту группу вошли 65% женщин, предъявлявших «*de novo*» жалобы, связанные с состоянием промежности (чувство инородного тела в области промежности при ходьбе, сидении, затруднения, возникающие при половом акте, диспареуния, нарушение чувствительности в области бедер, ягодиц и промежности, нарушение мочеиспускания или дефекации и др.). Все это приводило к снижению качества жизни при хорошем анатомическом результате проведенной операции [2]. Интересно, что указанную группу составили: 36,9% — перинеолеваторопластика; 19,6% — срединная кольпорафия; 43,4% — операции с применением сетчатого импланта, в то время как в эффективную и в группу с рецидивом пролапса после лечения пациенток, которым были установлены сетчатые протезы, не вошли.

Беспрецедентные случаи судебных разбирательств в области медицины зачастую связаны с неудовлетворенностью пациенток результатами оперативной коррекции тазового дна. Например, 26.02.2013 года в США в государственном суде присяжных завершилось судебное дело в пользу 47-летней Линды Гросс, чья жизнь значительно ухудшилась после установки сетчатого импланта в 2006 г. (невозможность положения сидя, диспареуния, повторные операции и прием множества медикаментов, не принесших облегчения), которой в результате было выплачено 3,35 млн долл. Компания Ethicon (блок Johnson & Johnson) понесла убытки в размере 11,1 млн долл. (опубликовано в Rottenstein Law Group 28.02.2013, Атлантик-Сити, Нью-Джерси).

FDA уведомляет о более 2000 подобных судебных дел, а общее количество пострадавших женщин достигло 4000 (FDA, 2008). В связи с множеством подобных случаев в 2008 году выпущено официальное уведомление о серьезных осложнениях при подобных операциях и врачам рекомендовано проводить как минимум специальные тренировочные программы при освоении каждого типа синтетического протеза, а также информировать пациенток о возможности развития отсроченных осложнений, таких как эрозии, диспареуния, рубцовые процессы, сужение входа во влагалище и необходимость проведения повторных хирургических вмешательств. Через 5 лет после первого заявления, в 2013 году, FDA обратило внимание, что неблагоприятные последствия, связанные с применением трансвагинальных сетчатых имплантатов, «нередки», и предупредило, что использование имплантов может быть более вредным по сравнению с альтернативными, бессетчатыми методами лечения пролапса тазовых органов. Параллельно 33 производителя сетчатых имплантов, широко применяющихся в тазовой хирургии, отозвали свою продукцию для проведения пост-рыночных исследований безопасности, а также оценки влияния протезов на повреждение тазовых органов и других проблем со здоровьем. Эти исследования еще не закончены.

Широкое внедрение синтетических протезов для коррекции пролапса гениталий снизило число рецидивов, но значительно увеличило количество тяжелых интра-, постоперационных, а также специфических отсроченных осложнений. Ра-

зумеется, неожиданные для пациентки симптомы, связанные с невосстановленной, а подчас и невосстановимой функцией структур тазового дна, касаются не только методик неофасциогенеза, но и любых операций на тазовом дне. На данный момент нет однозначного ответа на вопрос: использование каких материалов — синтетических или биологических — является более эффективным и безопасным. Профилактика mesh-ассоциированных осложнений сводится к совершенствованию техники операции, что подтверждено исследованием, где за пятилетний период отмечена тенденция к снижению данного вида осложнений с 12,4% до 0,4% [26].

Существует мнение, что рост заболеваемости, частота рецидивов, неудовлетворительные результаты оперативного вмешательства должны приводить к поиску новых способов хирургической коррекции и модернизации существующих методик [3, 11, 35]. В то же время невозможно полностью согласиться с этим утверждением, поскольку несколько сотен видов операций, направленных на лечение несостоятельности тазового дна и пролапса тазовых органов, требует не пополнения, а лишь систематизации, т.е. определения критериев приемлемости той или другой оперативной техники. Выбор рационального способа оперативного лечения определяется рядом факторов: степенью опущения внутренних органов, наличием и характером сопутствующих гинекологических заболеваний, необходимостью сохранения менструальной и детородной функции, возрастом пациентки, сексуальной активностью, социальной и бытовой ориентацией, степенью риска оперативного вмешательства и анестезиологического пособия.

Между тем, порой, врачи сами способствуют лечению на более поздних стадиях, не обращая внимания на ранние формы несостоятельности тазового дна, предпочитая консервативно-выжидательную тактику, тем самым влияя на возрастной состав прооперированных пациенток, то есть, ограничивая вмешательства анестезиологическим и интраоперационным риском вследствие более старшего возраста и накопленных соматических болезней. В то время как сами молодые пациентки не обращаются за медицинской помощью из-за скудной симптоматики начальных форм заболевания и отсутствия информированности о возможной зависимости от пролапса таких проблем, как дисбиоз влагалища, болезни шейки матки, воспалительные заболевания тазовых органов, нарушение сексуальной функции [4, 12, 18, 21]. И, к сожалению, только при выявлении существенных изменений в топографии тазовых органов и появлении выраженной симптоматики, значительно ухудшающей качество жизни, пациентка приходит к врачу [34, 36, 28].

Необходимость материальных затрат (стоимость хирургической коррекции тазовой десценции от 65 тысяч рублей) делает лечение для определенной категории граждан невозможным. Ограничения для хирургического вмешательства у пожилых пациенток, в свою очередь, диктуют необходимость использования консервативных средств, несмотря на их неэффективность и лишь паллиативный эффект.

По мере увеличения пожилого населения возрастает интерес к пессариям как альтернативе хирургического лечения при наличии ограничений к нему. Использование вагинальных свечей для лечения пролапса тазовых органов описано еще

в V веке до н.э. во времена Гиппократов, когда половину граната, пропитанного вином, помещали во влагалище. С тех пор пессарий модифицировался и представляет собой силиконовый материал различных форм. 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 грибовидный. Гинекологические пессарии обладают двумя основными механизмами действия — поддерживающим и заполняющим внутреннее пространство. Главная задача врача — совместно с пациенткой подобрать пессарий оптимальной формы и размера. Эффективность использования правильно подобранного пессария по мнению исследователей составляет от 46 до 94% [5]. Вывод авторов очевиден: гинекологический пессарий — это «эффективный, надежный и доступный способ повысить качество жизни миллионов женщин». Так, например, Charles и соавт. провели исследование эффективности ношения пессариев. Из 235 женщин, которым были установлены гинекологические пессарии, 40% решили продолжить его использование. Однако применение термина «эффективность лечения» относительно паллиативных методик является некорректным [36]. Значит речь идет скорее не об эффективности метода, с медицинской точки зрения, а о его комплаентности. В литературе имеются данные о применении пессария у женщин, планирующих беременность, отказывающихся от оперативного лечения, а также при невозможности оплатить операцию [22]. Таким образом, в ситуациях, когда хирургическое лечение невозможно, применение пессариев провозглашается практически единственным способом паллиативного лечения у женщин при пролапсе гениталий. Однако повторные роды через естественные родовые пути после травмы промежности, полученной в первых родах, значительно усугубляют состояние тазового дна и увеличивают риск рецидива пролапса при отсроченном хирургическом лечении [2, 21]. Следует заметить, что внедрение страховой медицины, с одной стороны, и грамотность врача, рекомендующего хирургическое лечение ранних форм несостоятельности тазового дна (НТД), с другой, нивелируют эти аспекты.

Другой сложной проблемой является доступность пластических операций как для пациенток, так и врачей. Наличие большого числа интраоперационных, mesh-ассоциированных, послеоперационных осложнений характеризует эти вмешательства как операции высокой категории сложности, что требует длительной поэтапной специальной подготовки хирургов, а также выполнения их в условиях крупных медицинских учреждений. Техническая сложность большинства пластических операций, высокая стоимость подготовки специалистов дополнительно уменьшают доступность эффективного лечения.

Открытым остается вопрос профилактики и разработки наиболее эффективных оперативных методик коррекции дисфункции тазового дна. Чрезвычайно важен вопрос ранней диагностики несостоятельности тазового дна. К сожалению, патоморфологическая диагностика тканей возможна лишь интраоперационно, поэтому о структурных изменениях мышц мы можем судить лишь косвенно. Выявление групп риска по развитию дисфункции тазового дна с учетом факторов риска ПТО

вполне выполнимая задача — рутинное обследование пациенток на предмет своевременного выявления НТД поможет сформировать группу пациенток с ранними явлениями дисфункций и анатомической неполноценности тазового дна и вовремя предложить им оперативное лечение. Массовые осложнения от применения синтетических имплантов в гинекологии вряд ли должны приводить к отказу от этой методики, но требуют дифференцированного подхода с учетом возраста, наличия факторов риска развития рецидивов пролапса гениталий, длительности течения и степени тяжести данного заболевания, а также наличия сопутствующей патологии органов малого таза, конкретной топографической ситуации, т.е. тщательного отбора пациенток.

Таким образом, важно определить приемлемость различных методов лечения пролапса тазовых органов, ведь, в конечном счете, именно она будет влиять на выбор врачебной тактики. W. Vivian и соавт. в одной из клиник США определяли долю пациентов, желающих участвовать в выборе способа лечения их заболевания: 44% пожелали принять активную роль в своем лечении; 47% — совместную и только 9% пациентов выбрали пассивное следование за врачом [22]. При этом большая удовлетворенность лечением оказалась в группе пациентов, активно участвующих в выборе метода терапии. Заинтересованность в своем лечении зависела от уровня образования, занятости, возраста и множества других факторов.

Термин «комплаентность» является производным от англ. «patient compliance», которое означает «соблюдение больным режима и схемы лечения». Дать четкое определение комплаентности или ее отсутствию довольно сложно. I.E. Leppik дает широкое определение комплаентности из трех составляющих: тип поведения, степень комплаентности и степень целеустремленности пациента [15]. При этом тип поведения включает регулярность визитов в клинику и правильное выполнение врачебных рекомендаций. Более узкое понятие отсутствия комплаентности можно сформулировать следующим образом: пациент не соглашается с предложенным методом лечения [15].

Весьма широко используется и термин «приверженность к терапии» (в англоязычной терминологии *adherence to therapy*), который означает «соблюдение указаний врача». Несмотря на незначительные различия, термин близок по своему содержанию к термину «комплаентность» и в клинической практике часто его заменяет [29]. «Приверженность к терапии» обычно определяется как характеристика поведения пациента, связанного с лечением. Что считать достаточной комплаентностью и как ее оценить? Степень комплаентности варьирует от пациента, который строго выполняет все рекомендации врача, до пациента, который никогда им не следует [29].

Комплаентность рассчитывается по формуле:

$$\text{Комплаентность \%} = \frac{\text{действительное количество дней с приемом рекомендуемой терапии}}{\text{должное количество дней с приемом рекомендуемой терапии}} \times 100.$$

К сожалению, при обзоре литературных данных нами не найдено ни одного исследования, посвященного изучению комплаентности в хирургии. Однако на сегодняшний день, когда понятна бессмысленность поиска лучшей операции для

лечения НТД и ее осложнений, именно понимание комплаентности разных методов, в конечном счете, позволит врачу сделать правильный выбор.

Иными словами, исследование комплаентности — это проблема глазами пациента. Формирование тактики лечения с учетом комплаентности будет способствовать высокой степени контакта врача и пациента. Это, на наш взгляд, позволит улучшить результаты хирургического лечения пролапса тазовых органов.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Abrahamian K.N.* Prophylaxis and treatment of complications of extraperitoneal vaginopexii (operations Prolift): Author. dis. c.m.s. — М., 2011. — P. 25.
- [2] *Apokina A.N.* Predicting the effectiveness of surgical correction of pelvic organ prolapse: Abstract dis. K. Mr. — М., 2012. — P. 11.
- [18] *Obstetrics: National guidance. Short guide / Ed. E.K. Ailamazyan, V.N. Serov, V.E. Radzinsky, G.M. Savelevoj.* — Moscow: GEOTAR-Media, 2012.
- [3] *Bejenar V.F., Bogatyreva E.V., Tsyurdeeva A.A., Tsuladze L.K., Rusina E.I., Guseva E.S.* IFGBU Institute of Obstetrics and Gynecology named after DO SZORAMN Otta (St. Petersburg) New possibilities of surgical correction of pelvic organ prolapse using synthetic implants: ways to prevent postoperative complications // “Obstetrics. Gynecology. Reproduction”. — 2012. — Vol. 6. № 2. — P. 6—13.
- [4] *Bogatyreva E.V.* The diagnostic features and results of surgical treatment of rectocele with pelvic organ prolapse in women. Author. dis. c.m.s. / E.V. Bogatyreva. — St. Petersburg, 2010. — P. 23.
- [5] *Chernaya E.N.* The weakness of the pelvic floor muscles: Do all you need to operate? // The effective pharmacotherapy. Obstetrics and Gynecology. — 2012. — Number 5. — P. 50—52.
- [6] Complications of retroperitoneal vaginal colpopexy using the Prolift system for pelvic organ prolapse in women: prevention and remedies / *Bejenar V.F., Bogatyreva E.V., Tsyurdeeva A.A., Tsuladze J.K., Ivanov R.D., Rusina E., Rulev M.V., Degtyareva Y.A.* // Journal of Obstetrics and women's diseases. — 2009. — T. LVIII, № 6. — P. 28—35.
- [7] *Connon R., Salimova L.Y., Ordiyants I.M., Khanzadyan M.L.* Genetic markers of genital prolapse in women of reproductive age // Bulletin of People's Friendship University of Russia. Ser. Medicine. Obstetrics and Gynecology. — 2011. — № 6. — P. 393—400.
- [8] *Denman M.A., Gregory W.T., Boyies S.H., Smith. Edwards S.R., Clark A.L.* Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence // Am. J. Obstet Gynec. — 2008. — 198: 5: 551—554.
- [9] *Denisova T.B.* Optimization of the surgical treatment of women with pelvic organ prolapse. // dissertation of the PhD. — М., 2010. — P. 110—115.
- [10] *Dolgikh T.A.* The effectiveness of surgical treatment of pelvic organ prolapse: // dissertation of the PhD. — М., 2008. — P. 22—92.
- [11] *Gvozdyov M.Y., Tupikina N.V., Pushkar D.Y., Kasyan G.R.* The first experience with a Russian beztroakarnyh mesh technology in the treatment of patients with pelvic prolapse // Russian Journal of obstetrician-gynecologist. — 2012. — № 5. — P. 57—63.
- [12] *Gynecology. Guide to practical training: a training manual / Ed. V.E. Radzinsky.* 3rd ed. — М.: GEOTAR Media, 2013. — P. 552.
- [13] *Int Urogynecol J.* 2010 September; 21(9): 1071—1078. Published online 2010 April 28. doi: 10.1007/s00192-010-1155-8 Treatment decision-making and information-seeking preferences in women with pelvic floor disorders Vivian W. Sung, Christina A. Raker, Deborah L. Myers, and Melissa A. Clark.

- [14] *Ishchenko A.I., Alexandrov L.S., Pigs Y., Gorbenko O., Budnikova K.A.* Pelvic organ prolapse: pathological aspects // Russian Journal of the obstetrician-gynecologist. — 2012. — 2. — P. 51—56.
- [15] *Jin J., Sklar G.E., Oh M.N.S, Li S.C.* Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective // Ther. Clin. Risk Manag. — 2008. — V. 4(1). — P. 269—286.
- [16] *Keisha A Jones, MD and Oz Harmanli, MDPessary Use in Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence // Rev Obstet Gynecol. — 2010. — Winter; 3(1). — P. 3—9.*
- [17] *Krasnopolsky V.I., Popov A.A., Manannikova T.N., Shaginian G.G., Machanskite O.V., Federov A.A., Dzhanayev J.A., Krasnopolskaya I.V., Slobodyanyuk B.A., Zemskov Y.* Three-year experience of application Prolift system for correction of genital prolapse // Russian Journal of obstetrician-gynecologist. — 2008. — P. 33—36.
- [19] *Obstet Gynecol. 2011 October; 118(4): 777—784. Pelvic Floor Disorders 5—10 Years After Vaginal or Cesarean Childbirth Victoria L. Handa, MD, MHS, a Joan L. Blomquist, MD, b Leise R. Knoepp, MD, MPH, a Kay A. Hoskey, MD, c Kelly C. McDermott, BS, d and Alvaro Muñoz, PhD.*
- [20] *Ozova MM* The effectiveness of extraperitoneal neofastsioogeneza in the treatment of genital prolapse: // dissertation of the PhD. — M., 2008. — P. 15—25.
- [21] *Perineology / Ed. V.E. Radzinsky. — Moscow: People's Friendship University of Russia. — 2010. — P. 372.*
- [22] *Pessary Use in Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence Keisha A Jones, Oz Harmanli // Rev Obstet Gynecol. — 2010. — Winter; 3(1). — P. 3—9.*
- [23] *Radzinsky V.E., Ordiyants I.M., Orazmuradov A.A.* Maternity advice bureau / 3rd ed. — Moscow: GEOTAR-Media, 2009.
- [24] *Radzinsky V.E., Salimova L.Y., Subbotin, DN A. Ovchinnikova* Complications of treatment of pelvic organ prolapse using the system PROLIFT // Russian Journal of obstetrician-gynecologist. — 2008. — P. 66.
- [25] *Reproductive health: manual guidance / Ed. V.E. Radzinsky. — Moscow: People's Friendship University of Russia, 2011.*
- [26] *Salimova L.Y.* Surgical treatment of vaginal prolapse access: // dissertation of the PhD. — M., 2012. — P. 7—8, 19—20.
- [27] *Sexual dysfunction after trocar guided transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse / D. Altman, Ch. Falconer, I. Kiilhomaa, L. Kinne // Obstet Gynecol. — 2009. — Vol. 113 (1). — P. 127—33.*
- [28] *Shalaev O.N., Salimova L.Y., Plaksina N.D., Ignatenko T.A., Sohova Z.M.* Vaginal Surgery: natural access, opportunities // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series Medicine. Obstetrics and Gynecology. — 2010. — № 6. — P. 174—179.
- [29] *Shalaev O.N., Plaksina N.D., Salimova L.Y., Ozova M.N., Voytashevsky K.V., Farzaliyeva N.Ch., Vasilyeva T.B., Ovchinnikova A.V.* Improving the efficiency of reconstructive and plastic surgery in young women with genital prolapse // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. Obstetrics and Gynecology. — 2008. — № 5. — P. 289—292.
- [30] *Shchukina N.A., Buyanova S.N., Chechneva M.A., Mgeliashevili M.V., Marchenko T.B.* The role of mesh prosthesis for correction of complicated forms of genital prolapse: unconditional efficiency and realized danger // Russian Journal of obstetrician-gynecologist. — 2013. — Number 1. — P. 55—58.
- [31] *Smolnova T.U.* Clinical and pathogenetic aspects of omission and failure of internal genital organs and structures of the pelvic complex pathology in women with connective tissue displasia. Clinical management: // dissertation thesis for the degree of MhD. — M., 2009. — P. 57.
- [32] *Sukhikh G.T., Danilov A.U., Botasheva D.A.* Search etiological factors prolapse genital // Ros bulletin of Obstetrics and genecology. — 2010. — 5. — P. 28—32.

- [33] *Sumerova N.M., Krizhanovskaya A.N., Pushkar D., Toktar L.R.* Sexual dysfunction in women // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. — 2011. — № 6. — P. 380—385.
- [34] *Totchiev G.F., Kotikova N.P., Semyatov S.D., Toktar L.R.* Menopause. Modern aspects of forecasting // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. Obstetrics and Gynecology. — 2012. Number 5. — P. 494—500.
- [35] *Toktar L.R., Durandin J.M., Denisova T.B., Krizhanovskaya A.N., Ovchinnikov A.N., Semyatov S.D.* Gistostruktura the pelvic floor in women with genital prolapse // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. Obstetrics and Gynecology. — 2010. — Number 6. — P. 151—157.
- [36] *Toktar L.R.* The weakness of the pelvic floor muscles: Do all you need to operate? The stumbling block: the treatment of pelvic organ prolapse. // The effective pharmacotherapy Obstetrics and Gynecology. — 2012. — Number 5. — P. 50—51.
- [37] *Yashchuk A.G., Naftulovich R.A., Khusainova R.I.* Clinical and genetic study of patients with familial forms of pelvic floor prolapse // Russian Journal of obstetrician-gynecologist. — 2012. — Number 2. — P. 31—35.

COMPLIANCE AND ITS IMPORTANCE IN PELVIC ORGAN PROLAPSED

**G.Ph. Totchiev, L.R. Toktar,
D.M. Muratchaeva, S.M. Semiatov**

Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Perinathology
Medical Faculty
Peoples' Friendship University of Russia
Mikluho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

The analysis of recent data on the prevalence and effectiveness of various treatments for pelvic organ prolapse in women justifies the need to study compliance surgical and “conservative” approach in the treatment of this disease.

Key words: pelvic organ prolapse, pelvic floor disorders, patient compliance, gynecological pessary, mesh implant.