

Клинические рекомендации – Выпадение женских половых органов – 2024-2025-2026 (11.07.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8, N81.9, N99.3
Год утверждения (частота пересмотра): 2024
Возрастная категория: Взрослые
Пересмотр не позднее: 2026
ID: 647
По состоянию на 11.07.2024 на сайте МЗ РФ
Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"
- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

ГАМП – гиперактивный мочевого пузырь
ДСТ – дисплазия соединительной ткани
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
КУДИ – комплексное уродинамическое исследование
НМПН – недержание мочи при напряжении
ПТО – пролапс тазовых органов
УЗИ – ультразвуковое исследование
ICS – International Continence Society
POP-Q – Pelvic Organ Prolapse Quantification

Термины и определения

Пролапс тазовых органов (ПТО) – патологический процесс, при котором происходит опущение тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании [1-4].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Пролапс тазовых органов (ПТО) – патологический процесс, при котором происходит опущение тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании [1-4]. Генитальный пролапс нужно рассматривать как разновидность грыжи тазового дна, определяющейся в области влагалищного входа. При изолированном опущении передней стенки влагалища уместно использовать термин "цистоцеле", при опущении задней стенки –

"ректоцеле" [5].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиология нарушений анатомии и функции тазовых органов, в частности ПТО, носит многофакторный характер [6].

Факторами риска ПТО являются: семейная форма ПТО [5], вагинальные роды, дисплазия соединительной ткани, избыточная масса тела/ожирение, курение, повышение внутрибрюшного давления, кашель, дефицит эстрогенов [7-11].

Риск развития ПТО увеличивается при осложненном течении беременности и родов, в том числе при хирургических пособиях в родах, стремительных родах, разрывах промежности, родах крупным плодом [12-15].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Согласно мировым данным от 2,9 до 53% женщин отмечают те или иные проявления ПТО [16-19]. До 47% больных пролапсом тазовых органов – это женщины трудоспособного возраста [20].

Заболевание зачастую манифестирует еще в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер.

По данным исследования Women, s Health Initiative Study, среди 16 616 женщин перименопаузального возраста частота выявления маточного пролапса составила 14,2%, цистоцеле – 34,3%, ректоцеле – 18,6% [21]. В большинстве случаев ПТО протекает практически бессимптомно, что свидетельствует о его большей распространенности в популяции [22, 23].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N81.0 Уретроцеле у женщин

N81.1 Цистоцеле

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

N81.6 Ректоцеле

N81.8 Другие формы выпадения женских половых органов

N81.9 Выпадение женских половых органов неуточненное

N99.3 Выпадение свода влагалища после экстирпации матки

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Для оценки степени выраженности ПТО, а именно положения тазового дна при максимальном натуживании (проба Вальсальвы), было предложено множество классификаций.

Классификация М.С. Малиновского [24], согласно которой:

- при 1 степени выпадения стенки влагалища доходят до входа во влагалище, наблюдается опущение матки (наружный зев шейки матки находится ниже спинальной плоскости);
- при выпадении 2 степени (неполное выпадение матки) – шейка матки выходит за пределы половой щели, тело матки располагается выше нее;
- при выпадении 3 степени (полное выпадение) вся матка находится ниже половой щели (в грыжевом мешке).

В настоящее время для классификации ПТО используются система Baden-Walker, а также Pelvic Organ Prolapse Quantification System – количественная система оценки ПТО. В 1992 г. Baden и Walker предложили полуколичественную систему оценки степени недостаточности тазового дна. Эта классификация основана на определении расстояния между опущенным органом и девственной плевой во время физиологического напряжения. При этом единица измерения равна половине расстояния от нормально расположенного органа до девственной плевы (система "половины пути"): степень 1 – опущение на половину расстояния до девственной плевы; степень 2 – до девственной плевы; степень 3 – ниже девственной плевы на половину расстояния до девственной плевы; степень 4 – полное выпадение.

Примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду Рисунок 1 Приложения А3, а не Приложение Г1.

Однако наибольшее распространение получила классификация POP-Q [25], которая была рекомендована к использованию в повседневной практике врача-уролога, врача-акушера-гинеколога основными национальными и международными организациями урогинекологического профиля, включая Американское урогинекологическое общество, Общество гинекологических хирургов и Международное общество по удержанию мочи (International Continence Society, ICS) [26, 27]. Данная классификация позволяет произвести количественную оценку опущения стенок влагалища с помощью измерения 9 параметров в сагиттальной плоскости (см. Рисунок 1 Приложение Г1).

Измерение производится специальным инструментом с сантиметровой шкалой по среднесагиттальной линии в положении пациентки лежа на спине или под углом при максимальной выраженности ПТО (проба Вальсальвы). Уровень девственной плевы – гименальное кольцо – является плоскостью, которую можно точно визуально определить и относительно которой будут описываться точки и параметры системы. Анатомическая позиция 6 определяемых точек (Аа, Ва, Ар, Вр, С, D) измеряется в положительных или отрицательных значениях их расположения относительно уровня гименального кольца. Остальные 3 параметра (TVL, GH, PB) измеряются в абсолютных величинах. На передней стенке влагалища отмечается расположение следующих точек.

- Точка Аа, определяющаяся по средней линии на 3 см проксимальнее наружного отверстия уретры, соответствуя расположению уретровезикального сегмента. В норме она соответствует 3 см, при выраженном опущении достигает +3 см.

- Точка Ва, представляющая наиболее дистально расположенную позицию любой части передней стенки от шейки матки или купола влагалища (точка С) до точки Аа. В норме точка Ва находится на расстоянии -3 см, а при полном выпадении органов малого таза имеет положительное значение, равное длине влагалища.

- Точка С, представляющая собой наиболее дистально расположенную часть шейки

матки/купола влагалища. На задней стенке влагалища отмечается расположение следующих точек:

- Точка А_р, находящаяся по средней линии на 3 см от гименального кольца.
- Точка В_р, по аналогии с точкой А_р соответствующая наиболее дистально расположенной точке любой части задней стенки влагалища от шейки матки. Параметр TVL описывает общую длину влагалища, GH – длину половой щели, а PB – длину тела промежности.

Стадирование по системе POP-Q производится по наиболее дистально расположенной части влагалищной стенки (доминирующему компоненту ПТО):

- 1-я стадия – опущение дистального компонента более чем на 1 см выше уровня гименального кольца;
- 2-я стадия – опущение на расстояние менее 1 см выше и не более 1 см ниже уровня гименального кольца;
- 3-я стадия – опущение на расстояние ниже 1 см от уровня гименального кольца, но менее 2 см от общей длины влагалища;
- 4-я стадия – полная эверсия (выворот) влагалища, ведущая точка пролапса на расстоянии > TVL-2.

Вся информация в классификации POP-Q закодирована 9 параметрами и стадией ПТО, что позволяет вести унифицированный регистр данных осмотра пациенток с ПТО.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Наиболее частыми симптомами ПТО являются [81]:

- местные симптомы со стороны влагалища: дискомфорт во влагалище, ощущение инородного тела в области промежности, попадание и выход воздуха из влагалища во время полового акта или физической активности (квифинг);
- симптомы со стороны мочевых путей: симптомы накопления мочи (недержание мочи, поллакиурия), симптомы опорожнения (затрудненное мочеиспускание, продолжительное мочеиспускание, необходимость в мануальном пособии для опорожнения, в смене положения тела для начала мочеиспускания или его окончания), постмикционные симптомы (подкапывание мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря);
- симптомы со стороны ЖКТ: запоры, императивные позывы к дефекации, недержание газов или стула, неполное опорожнение кишечника, необходимость в мануальном пособии (пальцевом давлении на промежность или на заднюю стенку влагалища) для совершения дефекации;
- сексуальная дисфункция (диспареуния, потеря вагинальной чувствительности).

В ряде случаев заболевание может протекать и бессимптомно.

Выраженность и преобладание тех или иных симптомов данной патологии в основном зависит от вида и стадии пролапса. Доказано, что у женщин при наличии симптомов ПТО диагностируются большая степень опущения тазовых органов по сравнению с бессимптомно протекающим заболеванием [29], что доказывает наличие стойкой связи между стадией и клиникой данного заболевания [30].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза:

Диагноз ПТО устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования. При этом необходимо детально изучить историю заболевания, определить потенциальные факторы риска развития данной патологии и влияние симптоматики на качество жизни.

2.1. Жалобы и анамнез

См. [раздел](#) "Клиническая картина заболевания".

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендовано проведение физикального обследования всем пациенткам с пролапсом тазовых органов [27, 31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Общий осмотр прежде всего должен быть направлен на выявление маркеров дисплазии соединительной ткани (ДСТ): повышенная эластичность кожи, гибкость суставов, склонность к формированию гематом, наличие варикозной болезни вен нижних конечностей и др. Тяжесть ПТО находится в прямой зависимости от выраженности проявлений ДСТ на экстрагенитальном уровне. Чем больше выражены проявления ДСТ, тем раньше и в более тяжелой форме манифестирует ПТО [32].

- Рекомендовано проведение визуального осмотра наружных половых органов, осмотра шейки матки и стенок влагалища в зеркалах и бимануального влагалищного исследования всем пациенткам для установления диагноза [11, 31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Для визуализации дефекта тазового дна используются зеркала гинекологические стерильные/влагалищные по Симсу, помещаемые поочередно в своды влагалища [27]. При этом необходимо обратить внимание:

- на форму и расположение наружного отверстия уретры, степень подвижности его слизистой оболочки, наличие возможной патологии (пролапс слизистой оболочки уретры, полип уретры, деструкция);

- состояние слизистой оболочки влагалища, наличие рубцов и деформаций, наличие выделений из влагалища и их характер;

- состояние передней и задней стенок влагалища в покое и при напряжении, степень опущения;

- состояние шейки матки, ее форму, расположение, подвижность, при отсутствии шейки матки – расположение сводов влагалища;

- расположение тела матки, его форму, подвижность;

- состояние мышц тазового дна, наличие дефектов;

- состояние сухожильного центра промежности, его размеры, подвижность.

В зависимости от результатов осмотра и выявления специфических дефектов и степени ПТО определяется тактика и объем оперативного лечения.

- Рекомендовано проведение пациенткам с ПТО кашлевого теста и пробы с

натуживанием (проба Вальсальвы) без репозиции ПТО для объективной диагностики наличия НМПН и, возможно, недержания кала [31, 33].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: Следует отметить, что проведение кашлевой пробы осуществляется при наличии у пациентки позыва к мочеиспусканию и наличии в мочевом пузыре не менее 300 мл.

- Рекомендовано пациенткам с ПТО определять степень силы и эффективность сокращений мышц тазового дна [31, 34].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Для этого просят пациентку сжать мышцы-леваторы ануса вокруг пальца исследующего. Также оценивают состояние кожи промежности, слизистой оболочки влагалища, так как атрофия эпителия влагалища в результате дефицита эстрогенов, как правило, сочетается с атрофией уретры и окружающих тканей. Затем оценивают диаметр входа во влагалище и длину тела промежности (разрывы мягких тканей чаще отмечаются у женщин с низкой промежностью). Для оценки размеров и подвижности тела матки и придатков выполняют бимануальное исследование.

В заключении осмотра проводят трансректальное пальцевое исследование, при котором контролируют состояние тонуса и проверяют наличие энтероцеле либо ректоцеле.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендовано пациенткам с ПТО назначить проведение общего (клинического) анализа мочи, микробиологического (культурального) исследования мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы при наличии жалоб со стороны мочевых путей [15, 31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано пациенткам с ПТО проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки для исключения патологии шейки матки и выбора объема оперативного лечения [35].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано пациенткам с ПТО назначить проведение ультразвукового исследования органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) [5, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: В настоящее время предложено множество методов визуализации тазового дна у женщин, страдающих ПТО, которые позволяют детально изучить анатомию: магнитно-резонансная томография органов малого таза [15], рентгенологические методы [22, 31], УЗИ, проведение которых может быть показано пациенткам с ПТО в сложных случаях, в частности при рецидиве заболевания [5].

- Пациенткам с ПТО с жалобами на дизурические расстройства рекомендовано проведение ультразвукового исследования мочевыводящих путей и почек, измерения скорости потока мочи (урофлоуметрия) с исследованием объема остаточной мочи (абдоминальным ультразвуковым датчиком) для исключения сопутствующей патологии [22, 31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациенткам с ПТО при наличии симптомов со стороны ЖКТ рекомендовано исследование эвакуаторной функции прямой кишки (дефекофлоуметрия), назначение аноректальной манометрии, ультразвукового исследования прямой кишки трансректального (для выявления дефектов анального сфинктера при недержании кала) [31]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендована консультация врача-уролога пациенткам с ПТО и с жалобами на недержание мочи или затрудненное мочеиспускание для исключения патологических состояний нижних мочевых путей [31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано пациенткам с ПТО назначить проведение инвазивного уродинамического исследования при наличии жалоб на urgentное недержание мочи или затрудненное мочеиспускание [31, 38].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: С помощью данного метода исследования можно получить дополнительную информацию о функциональном состоянии детрузора и сфинктера уретры, подтвердить наличие гиперактивности детрузора при наличии клиники ГАМП и стрессового недержания мочи в случае наличия данных жалоб. В настоящее время нет единого мнения о целесообразности применения уродинамического исследования при наличии выраженного ПТО без предварительной коррекции последнего. В современной зарубежной литературе неоднократно поднимался вопрос о значимости и необходимости выполнения уродинамического исследования с репозицией пролапса для оценки наличия скрытой формы недержания мочи и возможной гиперактивности детрузора [39-42], в частности у женщин с выраженным цистоцеле. В то же время следует учитывать возможность гиперкоррекции ПТО с развитием компрессии уретры вследствие репозиции, что является артефактом исследования.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Для выбора тактики ведения (консервативное или хирургическое лечение) врачу-акушеру-гинекологу следует учитывать следующие моменты:

1. информированное согласие пациентки;
2. состояние пациентки и ее возраст, длительность заболевания, необходимость сохранения репродуктивной функции, сексуальной функции;
3. жалобы и выраженность клинической картины и ее влияние на качество жизни;
4. наличие условий для проведения оперативного лечения (наличие противопоказаний, экстрагенитальной патологии и сочетанных гинекологических заболеваний, требующих проведения одновременного лечения).

3.1. Консервативное лечение

- Рекомендовано всем пациенткам с ПТО предложить модификацию образа жизни, включающую снижение массы тела, ограничение подъема тяжестей, предотвращение и

лечение запоров [43, 44].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Снижение массы тела, физической активности, связанной с повышением внутрибрюшного давления, а также лечение запоров объективно способствуют уменьшению выраженности клинической картины ПТО путем уменьшения влияния повышенного внутрибрюшного давления на тазовое дно [45].

- Рекомендовано всем пациенткам с ПТО и атрофией слизистой влагалища использование локальных форм эстрогенов для улучшения трофики и кровообращения, повышения репаративно-регенеративных свойств слизистой влагалища [44, 46].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Локальная (вагинальная) терапия эстрогенами в низких дозах предпочтительна для женщин пери- и постменопаузального периода с жалобами на: сухость влагалища, диспареунию или дискомфорт при половой жизни, связанные с этим состоянием [47, 48].

Длительные наблюдения (6-24 мес.) показывают отсутствие влияния локальных эстрогенов на эндометрий.

В начале лечения препараты назначают ежедневно в терапевтической дозе в течение 2-4 недель, по мере улучшения – 2 раза в неделю длительно.

- Рекомендовано всем пациенткам с ПТО назначение программы тренировки мышц тазового дна при 1 или 2 стадии заболевания [31, 49-51].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Возможно использование комплекса упражнений, предложенного Кегелем [52], для замедления прогрессирования дисфункции мышц тазового дна [53]. Упражнения Кегеля могут быть дополнены наборами влагалищных тренажеров, представляющих собой грузы различной массы для длительного удерживания во влагалище (влагалищные конусы и вагинальные шарики), применение различных вариантов БОС-терапии (биологической обратной связи).

По данным систематического обзора Cochrane, проведенного в 2011 г., применение упражнений по тренировке мышц тазового дна оказывает положительный эффект на выраженность симптомов ПТО (в том числе симптомов нижних мочевых путей), а также уменьшение стадии ПТО на 17% по сравнению с активным наблюдением [54]. Возможно применение и электромиостимуляторов для восстановления тонуса мышц тазового дна.

- Рекомендовано применение пессариев в качестве консервативного лечения (как альтернатива хирургическому) у пациенток с ПТО [31, 56-59].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии:

Показания к использованию пессариев:

- Подготовка к оперативному лечению
- Невозможность проведения хирургического лечения

Пациентка должна быть уведомлена о возможности прогрессирования ПТО и необходимости оперативного вмешательства.

Существует множество пессариев, различающихся по форме и размерам [57]. Выделяют два класса пессариев – поддерживающие и объемвосполняющие.

Для каждой стадии пролапса, по данным исследований, наиболее целесообразно применение соответствующего вида пессария.

Критерии эффективности установки и ношения пессария:

- наибольший по размеру из устанавливаемых пессариев не вызывает дискомфорт при вертикальном положении тела, физической активности (кашле, ходьбе, чихании, натуживании);

- пессарий без препятствий устанавливается и извлекается из влагалища;

- пессарий не вызывает обструктивного мочеиспускания или дефекации;

- пессарий не провоцирует развитие скрытой формы недержания мочи. Первичной причиной прекращения использования пессариев, выявляемого в 40% случаев, становятся [61]: неудобство при ношении, развитие недержания мочи, болевой синдром, выделения из влагалища, развитие осложнений (кольпиты, пролежни, свищи, язвы), а также выбор пациентки в пользу проведения операции. Силиконовые пессарии предпочтительнее латексных, поскольку они более гибкие и менее пористые, что предотвращает размножение бактерий и травмирование слизистой оболочки [81].

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендовано пациенткам с опущением передней стенки влагалища проводить оперативное лечение в объеме передней кольпоррафии (операции при опущении передней стенки влагалища) [31, 62-65].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Использование синтетической сетки или биологических трансплантатов при трансвагинальном восстановлении пролапса передней стенки влагалища дает минимальные преимущества по сравнению с восстановлением естественных тканей [66]. Осложнения при использовании сетчатых имплантов: обструктивное мочеиспускание, забрюшинные гематомы, эрозии слизистой влагалища [67].

- Рекомендовано пациенткам с опущением задней стенки влагалища проводить оперативное лечение в объеме кольпоперинеооррафии и леваторопластики [31, 62-65, 80].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Использование синтетической сетки или биологических трансплантатов при трансвагинальном восстановлении пролапса задней стенки влагалища не улучшает исходы у первичных пациенток [68, 69].

- Рекомендовано пациенткам с выпадением матки и стенок влагалища проводить оперативное лечение в объеме тотальной влагалищной гистерэктомии (с придатками/без придатков), передней кольпоррафии, кольпоперинеооррафии и леваторопластики [31, 70, 71].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: У женщин с маточно-вагинальным пролапсом операцией выбора в 82% случаев является гистерэктомия вагинальным доступом с последующей коррекцией сводов влагалища. Одним из распространенных способов фиксации влагалища для профилактики либо устранения пролапса сводов влагалища после экстирпации матки и энтероцеле является кульдопластика (укрепление заднего свода влагалища) по McCall (Кульдопластика по Мак Коллу лапароскопическая), Halban, Мошковичу. При этом комплекс крестцово-маточных [61] и кардинальных связок подшивается к задней поверхности брюшины и достигается закрытие позадиматочного пространства.

- Рекомендовано пациенткам с ПТО проведение оперативных вмешательств, направленных на частичную облитерацию влагалища (срединная кольпоррафия Лефора-Нейгебауэра, влагалищно-промежностный клейзис (операция Лабгардта)) [31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Срединная кольпоррафия, как наименее инвазивная и наиболее эффективная методика, является операцией выбора для пациенток с тяжелыми формами пролапса гениталий, старше 70 лет, не ведущих половую жизнь. После выполнения срединной кольпоррафии отсутствует в последующем возможность обследования и диагностики заболеваний шейки матки и влагалища.

- Рекомендовано при элонгации шейки матки и опущении стенок влагалища выполнение манчестерской операции [4, 72].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Производится ампутация удлинённой и опущенной шейки матки, пересечение кардинальных связок и фиксация их к передней стенке шейки матки.

- Рекомендовано при наличии апикального пролапса выполнение различных видов фиксации матки/шейки матки – сакроспинальной фиксации и сакральной кольпопексии (Промонтопексия) [4, 66, 72, 73].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Одним из способов устранения маточно-вагинального пролапса является крестцово-остистая фиксация матки либо культи влагалища [66, 73]. Операция проводится влагалищным доступом, поэтому одновременно можно провести коррекцию сопутствующей патологии (ректоцеле, стрессового недержания мочи). Методика показана при пролапсе сводов влагалища, энтероцеле. Суть операции заключается в устранении пролапса путем фиксации купола влагалища/шейки матки к крестцово-остистым связкам, при этом оно подтягивается вверх и вбок к стенке таза.

При проведении сакрокольпопексии [74, 75] (с супрацервикальной гистерэктомией или без нее) лапаротомным и лапароскопическим доступом происходит фиксация дистальных 2/3 задней стенки влагалища/тела матки (при ее сохранении) к передней продольной связке крестца при помощи сетчатого имплантата с дополнительной фиксацией сетки к передней стенке влагалища и возможной пликацией крестцово-маточных связок. Методика показана при наличии апикального пролапса, энтероцеле. Эффективность применения сакрокольпопексии согласно данным Cochrane Collaboration [4] превосходит различные методики, выполняемые влагалищным доступом, включая сакроспинальную фиксацию, маточно-крестцовую кольпопексию и пластику тазового дна с использованием сетчатых имплантатов.

Рутинная интраоперационная цистоскопия во время операции по поводу ПОЗ рекомендуется, когда выполняемая хирургическая процедура связана со значительным риском повреждения мочевого пузыря или мочеточника. Эти процедуры включают подвешивание верхушки влагалища к маточно-крестцовым связкам, сакрокольпопексию и переднюю кольпоррафию [76, 77].

- Рекомендовано при наличии апикального пролапса выполнение лапароскопической или робот-ассистированной сакральной кольпопексии/гистеропексии (Промонтофиксация) [72, 74, 75, 80].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: сакрокольпопексия или гистеропексия лапароскопическим или робот-ассистированным доступом, являясь малоинвазивным методом, обладает преимуществом по сравнению с открытыми операциями в отношении послеоперационных болей и периода восстановления.

- Рекомендуется проводить пациенткам одновременную коррекцию ПТО и стрессового недержания мочи при наличии и тех и других симптомов для повышения эффективности

лечения, однако следует предупреждать о более высоком риске осложнений при комбинированном лечении по сравнению с поочередной коррекцией [78, 79].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

- Пациенткам, страдающим ПТО, но не предъявляющим жалобы на НМ, не рекомендуется выполнение профилактических операций для устранения возможного НМ при коррекции ПТО [80].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

- Пациенткам, страдающим ПТО при наличии высокого риска рецидивирования пролапса (повторные операции, полное выпадение тазовых органов, генетически обусловленные ПТО), рекомендуется выполнение операций с применением сетчатых имплантов [80].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: применение сетчатых имплантов может уменьшать риски рецидивирования пролапса при повторных операциях, пролапсах 3 и 4 степени, при наличии синдрома Эллерса-Данло. В то же время применение синтетических имплантов может приводить к таким осложнениям как протрузии сетчатых имплантов во влагалище, диспареунии, тазовые боли. Эти операций предпочтительно выполнять в специализированных клиниках.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Специфической реабилитации нет.

- Рекомендована консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации после уточнения причины АМК [35].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Специфическая профилактика ПТО не разработана. Основные профилактические меры:

1. Бережное ведение родов (не допускать длительных травматичных родов).
2. Лечение экстрагенитальной патологии (заболеваний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления).
3. Послойное анатомическое восстановление промежности после родов при наличии разрывов, эпизио или перинеотомии.
4. Применение гормональной терапии при гипоэстрагенных состояниях
5. Проведение комплекса упражнений для укрепления мышц тазового дна.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) Хирургическое лечение пролапса тазовых органов.

Показания к выписке из медицинской организации:

- 1) Клиническое выздоровление

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Неприменимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	Да/Нет
2.	Выполнены визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр шейки матки и стенок влагалища в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование	Да/Нет
3.	Выполнено адекватное хирургическое лечение в соответствии с показаниями	Да/Нет

Список литературы

1. Culligan PJ (2012) Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 119: 852-860.

2. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. (2010) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol*.

3. Doaee M. et al. Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis//*International urogynecology journal*. – 2014. – Т. 25. – N. 2. – С. 153-163.

4. Maher C. et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review//*Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*. – 2008. – Т. 27. – N. 1. – С. 3-12.

5. Ramage L. et al. Magnetic resonance defecography versus clinical examination and fluoroscopy: a systematic review and meta-analysis//*Techniques in coloproctology*. – 2017. – Т. 21. – N. 12. – С. 915-927.

6. Bump R.C. Norton P.A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25(4): 723 – 46.

7. Lince S. L. et al. A systematic review of clinical studies on hereditary factors in pelvic organ prolapse//*International urogynecology journal*. – 2012. – Т. 23. – N. 10. – С. 1327-1336.

8. Feiner B, Fares F, Azam N, Auslender R, David M, Abramov Y (2009) Does COL1A1 SP1-binding site polymorphism predispose women to pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 20(9): 1061-1065.

9. Kluivers KB, Dijkstra JR, Hendriks JC, Lince SL, Vierhout ME, van Kempen LC (2009)

COL3A1 2209G > A is a predictor of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 20(9): 1113-1118.

10. Zenebe C. B. et al. The effect of women's body mass index on pelvic organ prolapse: a systematic review and meta analysis//*Reproductive health*. – 2021. – Т. 18. – N. 1. – С. 1-9.

11. Madhu C. K., Hashim H. Surgery for pelvic organ prolapse//*European Urology Supplements*. – 2018. – Т. 17. – N. 3. – С. 119-125.

12. Iglesia C., Smithling K. R. Pelvic organ prolapse//*American family physician*. – 2017. – Т. 96. – N. 3. – С. 179-185.

13. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Huskey KA, McDermott KC, Munoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(4): 777-784.

14. Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2105; 26(11): 1559-1573.

15. Lin F. C. et al. Dynamic pelvic magnetic resonance imaging evaluation of pelvic organ prolapse compared to physical examination findings//*Urology*. – 2018. – Т. 119. – С. 49

16. Ward R. M. et al. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review//*American journal of obstetrics and gynecology*. – 2014. – Т. 211. – N. 4. – С. 326-335.

17. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д. Комбинированное лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и недержанием мочи с применением антистрессовых технологий" Пособие Для врачей. – М., 2003. – 41 с.

18. Garshasbi A., Faghih-Zadeh S., Falah N. The status of pelvic supporting organs in a population of iranian women 18-68 years of age and possible related factors. *Arch Iran Med* 2006; 9(2): 124 – 8.

19. Nygaard I., Barber M.D., Burgio K.L. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008; 300(11): 1311 – 6.

20. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Гус А.И. и др. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути. – *Акушерство и гинекология*. – 2004. – С. 26-30.

21. Hendrix S.L., Clark A., Nygaard I. et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(6): 1160 – 6.

22. Thakar R., Stanton S. Management of genital prolapse. *BMJ* 2002; 324(7348): 1258 – 62.

23. Samuelsson E.C., Victor F.T., Tibblin G., Svardsudd K.F. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(2): 299-305.

24. Горбенко О.Ю. и др. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и хирургическое лечение опущения внутренних половых органов//*Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2008. – Т. 7. – N. 6. – С. 68-78.

25. Madhu C. et al. How to use the pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) system?//*Neurourology and urodynamics*. – 2018. – Т. 37. – N. S6. – С. S39-S43.

26. Bump R.C., Mattiasson A., Bo K. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(1): 10 – 7.

27. American College of Obstetricians and Gynecologists et al. Pelvic organ prolapse//*Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*. – 2019. – Т. 25. – N. 6. – С. 397408.

28. Veit-Rubin N. et al. Association between joint hypermobility and pelvic organ prolapse in women: a systematic review and meta-analysis//*International urogynecology journal*. – 2016. – Т. 27. – N. 10. – С. 1469-1478.

29. Digesu G.A., Chaliha C., Salvatore S. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG* 2005; 112(7): 971 – 6.

30. Swift S.E., Tate S.B., Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 372 – 7.

31. Гвоздев М.Ю., Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Проплап тазовых органов в клинической практике врача-уролога: методические рекомендации N 3//Методические рекомендации. – 2016. – N. 3. – С. 58.
32. Буянова С.Н., Титченко Л.И., Яковлева Н.И. и др. Фенотипический комплекс Дисплазии соединительной ткани у женщин. Клиническая медицина 2003; 8: 42 – 8.
33. Dietz H. P. et al. Pelvic organ descent in young nulligravid women//American journal of obstetrics and gynecology. – 2004. – Т. 191. – N. 1. – С. 95-99.
34. Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. NeuroUro.
35. Савельева Г.М. и др. Национальное руководство//Акушерство-М.: Гэотар-МеДиа. – 2015.
36. Dietz H. P. Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse//Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2019. – Т. 54. – С. 12-30.
37. Orno A. K., Dietz H. P. Levator co-activation is a significant confounder of pelvic organ descent on Valsalva maneuver//Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.
38. Amir B. et al. SOGC Committee opinion on urodynamics testing//Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2008. – Т. 30. – N. 8. – С. 717-721.
39. Collins C.W., Winters J.C. AUA/SUFU adult urodynamics guideline: a clinical review. Urol Clin North Am 2014; 41(3): 353 – 62.
40. Ghoniem G.M., Walters F., Lewis V. The value of the vaginal pack test in large cystoceles. J Urol 1994; 152: 931.
41. Marinkovic S.P., Stanton S.L. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. J Urol 2004; 171: 1021 – 8.
42. Versi E., Lyell D.J., Griffiths D.J. Videourodynamic diagnosis of occult genuine stress incontinence in patients with anterior vaginal wall relaxation. J Soc Gynecol Investig 1998; 5: 327 – 30.
43. Li C., Gong Y., Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis//International urogynecology journal. – 2016. – Т. 27. – N. 7. – С. 981-992.
44. NICE Guidance – Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: © NICE (2019) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. BJU Int. 2019 May; 123(5): 777-803. doi: 10.1111/bju.14763. PMID: 31008559.
45. Giri A. et al. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies//American journal of obstetrics and gynecology. – 2017. – Т. 217. – N. 1. – С. 11-26.
46. L. Cardozo, G. Bachmann, D. McClish, D. Fonda, and L. Birgerson, "Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee.," *Obstet. Gynecol.*, vol. 92, no. 4 Pt 2, pp. 722-727, Oct. 1998, doi: 10.1016/s0029 – 7844(98) 00175-6.
47. C. Rueda, A.M. Osorio, A.C. Avellaneda, C.E. Pinzon, and O.I. Restrepo, "The efficacy and safety of estriol to treat vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a systematic literature review.," *Climacteric*, vol. 20, no. 4, pp. 321-330, Aug. 2017, doi: 10.1080/13697137.2017.1329291.
48. Y. S. V. Yureneva, E. E. I. Ermakova, and G. A. V. Glazunova, "Genitourinary syndrome of menopause in peri- and postmenopausal patients: Diagnosis and therapy (short clinical guideline)," *Akush. Ginekol. (Sofia)*, vol. 5_2016, pp. 138-144, May 2016, doi: 10.18565/aig.2016.5.138-144.

49. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women [systematic review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; issue 12, art. no.: CD003882.
50. Braekken IH, Majida M, Engh ME, et al. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 170.e1-170.
51. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habee-Seguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (5): CD005654.
52. Huang YC, Chang KV. Kegel Exercises. 2020 May 29. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
53. Park SH, Kang CB, Jang SY, Kim BY. [Effect of Kegel exercise to prevent urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: systematic review]. *J Korean Acad Nurs*. 2013 Jun; 43(3): 420 – 30.
54. Hagen S., Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (12): CD003882.
55. Vizintin Z, Lukac M, Kazic M, Tettamanti M. Erbium laser in gynecology. *Climacteric*. 2015; 18 Suppl 1: 4-8.
56. Arias BE, Ridgeway B, Barber MD. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 1173-1178.
57. Robert M, Schulz JA, Harvey MA, et al. Urogynaecology Committee. Technical update on pessary use. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35: 664-674.
58. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, et al. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1025-1029.
59. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 405.e1 – 405.e8.
60. Pott-Grinstein E., Newcomer J.R. Gynecologist's patterns of prescribing pessaries. *J Reprod Med* 2001; 46: 205 – 8.
61. A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1365-1373 discussion 1373-1374.
62. Paraiso MF, Barber MD, Muir TW, et al. Rectocele repair: a randomized trial of three surgical techniques including graft augmentation. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1762-1771.
63. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, et al. An anatomic and functional assessment of the discrete defect rectocele repair. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1451-1456 discussion 1456-1457.
64. Chen L, Ashton-Miller JA, Hsu Y, et al. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 324-332.
65. Chmielewski L, Walters MD, Weber AM, et al. Reanalysis of a randomized trial of 3 techniques of anterior colporrhaphy using clinically relevant definitions of success. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(69): e1-e8.
66. Sung VW, Rardin CR, Raker CA, et al. Porcine subintestinal submucosal graft augmentation for rectocele repair: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 125-133.
67. Mangir N, Roman S, Chapple CR, MacNeil S. Complications related to use of mesh implants in surgical treatment of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: infection or inflammation? *World J Urol*. 2020.
68. Karram M, Maher C. Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 1835-1841.

69. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; issue 2, art. no.: CD012079.
70. Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, et al. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Pelvic Floor Disorders Network. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vagin.
71. Johnson N. et al. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials//*Bmj.* – 2005. – Т. 330. – N. 7506. – С. 1478.
72. Serati M. et al. Robot-assisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of comparative studies//*European urology.* – 2014. – Т. 66. – N. 2. – С. 303-318.
73. Petri E, Ashok K. Sacrospinous vaginal fixation-current status. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90: 429-436.
74. Siddiqui NY, Grimes CL, Casiano ER, et al. Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Mesh sacrocolpopexy compared with native tissue vaginal repair: a systematic review and meta-analysis [systematic review]. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 44-55.
75. Hudson CO, Northington GM, Lyles RH, et al. Outcomes of robotic sacrocolpopexy: a systematic review and meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2014; 20: 252-260 (Systematic review).
76. Brubaker L, Cundiff G, Fine P, et al. A randomized trial of colpopexy and urinary reduction efforts (CARE): design and methods. *Control Clin Trials* 2003; 24: 629-642.
77. Barber MD, Brubaker L, Menefee S, et al. Operations and pelvic muscle training in the management of apical support loss (OPTIMAL) trial: design and methods. *Contemp Clin Trials* 2009; 30: 178-189.
78. "Maher, C., et al. Laparoscopic colposuspension or tension-free vaginal tape for recurrent stress urinary incontinence and/or urethral sphincter deficiency-a randomised controlled trial. *Neurourol Urodyn.*, 2004. 23: 433."
79. "Baessler K. et al. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence//*Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2018. – N. 8."
80. "Maher, C., et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013: CD004014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633316>."
81. Pizzoferrato A. C. et al. Management of female pelvic organ prolapse – Summary of the 2021 HAS guidelines//*Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction.* – 2023

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Адамян Лейла Владимировна – Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

Андреева Елена Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии,

профессор кафедры эндокринологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии" Минздрава России, профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, международной ассоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

Артымук Наталья Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Беженарь Виталий Федорович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

Гвоздев Михаил Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Касян Геворг Рудикович – доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Киселев Станислав Иванович – доктор медицинских наук, профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, является членом Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

Малышкина Анна Ивановна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российского общества акушеров-гинекологов.

Попов Александр Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением эндоскопической хирургии ГБУЗ МО "Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии", является членом Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

Пушкарь Дмитрий Юрьевич – Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. Евдокимова. Заслуженный деятель науки России. Главный специалист Минздрава России по урологии.

Филиппов Олег Семенович – доктор медицинских наук, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Конфликт интересов:

Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-акушеры-гинекологи, врачи-терапевты, врачи общей практики
2. Студенты, ординаторы, аспиранты;
3. Преподаватели, научные сотрудники.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых и иных документов:

1) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (с изменениями и дополнениями);

2) Савельева Г.М. и др. Национальное руководство//Акушерство-М.: Гэотар-Медиа. – 2015.

3) Гвоздев М.Ю., Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Пропалс тазовых органов в клинической практике врача-уролога: методические рекомендации N 3//Методические рекомендации. – 2016. – N. 3. – С. 58.

Варианты хирургических вмешательств при ПТО

Операции при пролапсе передней стенки влагалища (в НМУ – Операции при опущении

передней стенки влагалища)

- Передняя кольпоррафия
- Лапароскопическая операция Ричардсона (коррекция латеральных дефектов пубоцервикальной фасции)
- Передняя кольпоррафия у пациентов с высоким риском рецидива (повторные операции, множественные факторы риска рецидива)
- Сетчатые протезы
- Сочетанные операции при сопутствующем недержании мочи

Операции при пролапсе матки или культы влагалища/шейки матки

- Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
- Манчестерская операция
- Сакроспинальная фиксация
- Сакрокольпопексия
- Лапаротомная
- Лапароскопическая
- Робот-ассистированная
- Сакрогистеропексия
- Лапаротомная
- Лапароскопическая
- Робот-ассистированная

Операции при пролапсе задней стенки влагалища (в НМУ – Операции при опущении задней стенки влагалища)

- Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
- Кольпоперинеоррафия у пациентов с высоким риском рецидива (повторные операции, множественные факторы риска рецидива)
- Сетчатые протезы

Гистерэктомия и облитерирующие влагалищные операции

- Влагалищная гистерэктомия
- Лапаротомная гистерэктомия
- Лапароскопическая гистерэктомия
- Робот-ассистированная гистерэктомия
- Сакрокольпопексия с гистерэктомией (с супрацервикальной гистерэктомией или без нее)
- Лапаротомная
- Лапароскопическая
- Робот-ассистированная
- Кольпоклеизис (срединная кольпоррафия Лefора-Нейгебауэра, влагалищно-промежностный клеизис (операция Лабгардта))

Операции с одномоментной коррекцией недержания мочи

- Операция Берча с коррекцией пролапса гениталий
- Субуретральная петлевая пластика с коррекцией пролапса гениталий (Слингвые операции при недержании мочи, Уретропексия свободной синтетической петлей позадилоном доступом, Уретропексия свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом).

Рисунок 1. Схематическое изображение параметров, определяемых по классификации POP-Q.

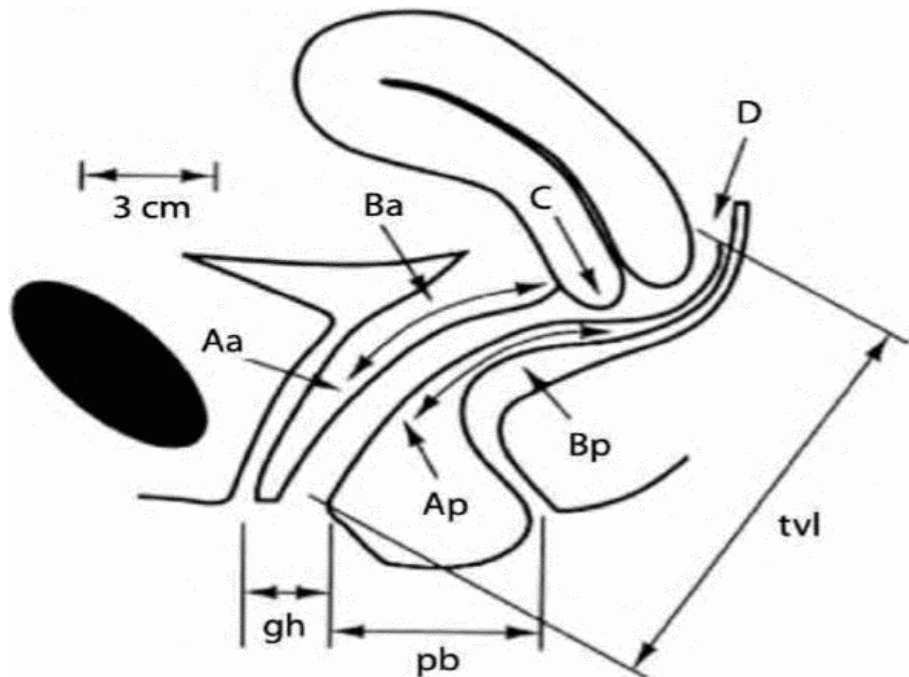
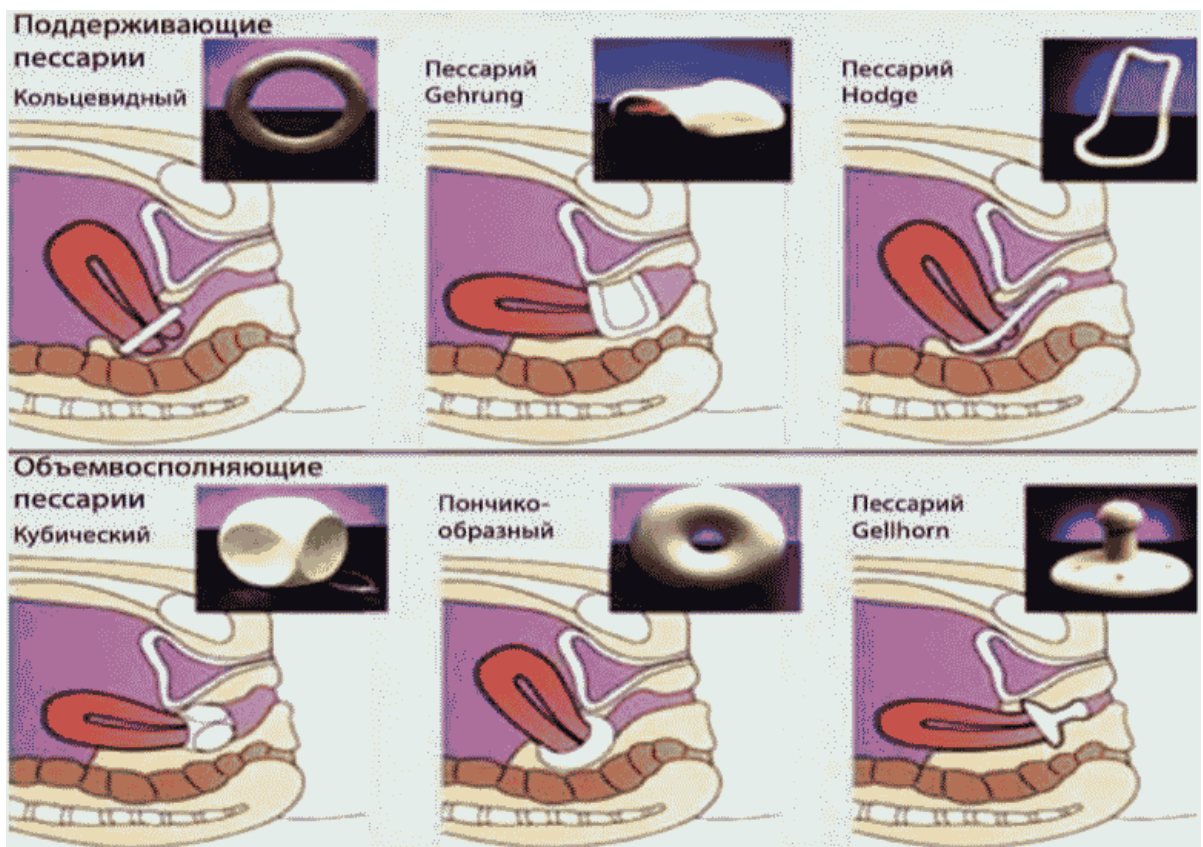


Рисунок 2. Виды пессариев.



Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Среди гинекологических заболеваний около 30% приходится на опущение и выпадение органов малого таза. С каждым годом эта патология прогрессирует и "омолаживается", от нее страдают не только пожилые и уже рожавшие женщины. Все чаще она наблюдается даже у молодых, нерожавших девушек.

В норме мочевой пузырь, матку, влагалище, прямую кишку удерживают связки и мышцы. Однако естественное положение органов малого таза может быть нарушено травматичными родами, хроническими заболеваниями, в следствие генетических предпосылок, снижения уровня женских половых гормонов и т.д.

Опущение и выпадение органов малого таза – заболевание, при котором нарушается размещение матки и стенок влагалища и наблюдается перемещение половых органов к влагалищному входу или они выпадают за его пределы.

Опущение и выпадение матки и других органов или пролапс является прогрессирующим заболеванием, но изначально протекает довольно медленно и без ярко выраженных симптомов, поэтому его замечают на более поздних стадиях.

Основными жалобами, приводящими женщину к врачу-акушеру-гинекологу при опущении стенок влагалища и выпадении матки различной степени, являются: дискомфорт при ходьбе, учащенное мочеиспускание, недержание мочи, нарушение стула.

Главное при опущении матки и стенок влагалища – не терпеть неудобства и своевременно обратиться к врачу для проведения лечение.

Врач оценивает структуру стенок и опорного аппарата влагалища, состояние матки и ее шейки. Выполняют общий анализ и посев мочи, посев мазка, УЗИ органов малого таза,

цистоскопию (осмотр мочевого пузыря специальным тонким инструментом изнутри).

Недержание мочи проверяют кашлевой пробой. Женщина на гинекологическом кресле с полным мочевым пузырем, по команде врача, начинает кашлять. Если сопротивление мочеиспускательного канала из-за ослабших связок и чрезмерной подвижности недостаточно, то происходит непроизвольное выделение мочи. Иногда доктор имитирует внутрибрюшное давление нажатием тупфером (зажимом со скрученной салфеткой) на дно и заднюю стенку мочевого пузыря.

При значительном нарушении мочеиспускания выполняют комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Им оценивают функцию мочевого пузыря, тонус, чувствительность и сократительную способность его стенок. При значительном опущении мочевого пузыря (3 степень и выше) КУДИ не выполняют, поскольку естественная анатомия нарушена.

Опущение стенок влагалища и выпадение матки лечится. При данной патологии возможно консервативное лечение. Оно заключается в специальной лечебной физкультуре, направленной на укрепление мышц тазового дна, ношении маточного кольца (пессария), которое вводится во влагалище и удерживает шейку матки в правильном положении. Но это является временным решением проблемы.

Радикальный и наиболее эффективный метод лечения опущения стенок влагалища и выпадения матки – хирургическое вмешательство.

Приложение Г1-ГН

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не требуются.

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.