

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Выпадение женских половых органов**

Кодирование по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здopoвьeм:N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8, N81.9

Год утверждения (частота пересмотра):2021

Возрастная категория:Взрослые

Пересмотр не позднее:2023

ГО:647

Разработчик клинической рекомендации

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

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Список сокращений Термины и определения

1. Краткая информация по заболеванию или еоетоянию (группы заболеваний или еоетояний)
	1. Определение заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	2. Этиология и патогенез заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	3. Эпидемиология заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	4. Оеобенноети кодирования заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) по Международной етатичеекой клаеификации болезней и проблем, евязанных ео здоровьем
	5. Клаееификация заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	6. Клиничеекая картина заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
2. Диагноетика заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) медицинекие показания и противопоказания к применению методов диагноетики
	1. Жалобы и анамнез
	2. Физикальное обеледование
	3. Лабораторные диагноетичеекие иееледования
	4. Инетрументальные диагноетичеекие иееледования
	5. Иные диагноетичеекие иееледования
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинекие показания и противопоказания к применению методов лечения
4. Медицинекая реабилитация и еанаторно-курортное лечение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов медицинекой реабилитации, в том чиеле оенованных на иепользовании природных лечебных факторов
5. Профилактика и диепанеерное наблюдение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов профилактики
6. Организация оказания медицинекой помощи
7. Дополнительная информация (в том чиеле факторы, влияющие на иеход заболевания или еоетояния)

Критерии оценки качеетва медицинекой помощи Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы по разработке и переемотру клиничееких рекомендаций

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая еоответетвие показаний к применению и противопоказаний, епоеобов применения и доз лекаретвенных препаратов, инетрукции по применению лекаретвенного препарата Приложение Б. Алгоритмы дейетвий врача Приложение В. Информация для пациента

Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопроеники и другие оценочные инетрументы еоетояния пациента, приведенные в клиничееких рекомендациях

Список сокращений

ГАМП - гиперактивный мочевой пузырь дет - диеплазия еоединительной ткани

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

КУДИ - комплекеное уродинамичеекое иееледование

НМПН - недержание мочи при напряжении

ПТО - пролапе тазовых органов УЗИ - ультразвуковое иееледование

ICS - International Continenee Soeiety

POP-Q - Pelvie Organ Prolapse Quantifieation

Термины и определения

Пролапс тазовых органов (ПТО) - патологический процесс, при котором происходит опущение тазового дна и органов малого таза изолированно или в еочетании [1], [2], [3], [4].

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

Пролапс тазовых органов (ПТО) - патологический процесс, при котором происходит опущение тазового дна и органов малого таза изолированно или в еочетании [1], [2], [3], [4].

Генитальный пролапе нужно раеематривать как разновидноеть грыжи тазового дна, определяющейея в облаети влагалищного входа. При изолированном опущении передней етенки влагалища умеетно иепользовать термин «циетоцеле», при опущении задней етенки — «ректоцеле» [5].

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], [8], [9], [10], [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], [13], [14], [15].

Согласно мировым данным от 2,9 до 53 % женщин отмечают те или иные проявления ПТО [16], [17], [18], [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 статической класификации
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

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.

Однако наибольшее распространение получила классификация POP-Q [25], которая была рекомендована к использованию в повседневной практике врача-уролога, врача- 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 средне сагиттальной 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, РВ) 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 Ар, находящаяся по средней линии на 3 см от гименального кольца.
* Точка Вр, по аналогии с точкой Ар соответствующая наиболее дистально расположенной точке любой части задней стенки влагалища от шейки матки.

Параметр TVL описывает общую длину влагалища, GH - длину половой щели, а РВ - длину тела промежности.

Стадирование по системе POP-Q производится по наиболее дистально расположенной части влагалищной стенки (доминирующему компоненту НТО): 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 НТО, что позволяет вести унифицированный регистр данных осмотра пациенток с НТО.

1.6 Клиническая к^тина заболевания или
состояния (группы заболеваний или состояний)

Наиболее чаетыми еимптомами НТО являютея: [28]:

* меетные еимптомы ео етороны влагалища: диекомфорт во влагалище, ощущение инородного тела в облаети промежноети, попадание и выход воздуха из влагалища во время полового акта или физичечеекой активноети (квифинг);
* еимптомы ео етороны мочевых путей: еимптомы накопления мочи (недержание мочи, поллакиурия), еимптомы опорожнения (затрудненное мочеиепуекание, продолжительное мочеиепуекание, необходимоеть в мануальном поеобии для опорожнения, в емене положения тела для начала мочеиепуекания или его окончания), поетмикционные еимптомы (подкапывание мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря);
* еимптомы ео етороны ЖКТ: запоры, императивные позывы к дефекации, недержание газов или етула, неполное опорожнение кишечника, необходимоеть в мануальном поеобии (пальцевом давлении на промежноеть или на заднюю етенку влагалища) для еовершения дефекации;
* еекеуальная диефункция (диепареуния, потеря вагинальной чуветвительноети).

В ряде елучаев заболевание может протекать и беееимптомно.

Выраженноеть и преобладание тех или иных еимптомов данной патологии в оеновном завиеит от вида и етадии пролапеа. Доказано, что у женщин при наличии еимптомов ПТО диагноетируютея большая етепень опущения тазовых органов по еравнению е беееимптомно протекающим заболеванием [29], что доказывает наличие етойкой евязи между етадией и клиникой данного заболевания [30].

1. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или еостояний) медицинские показания и противопоказания к применению

методов диагностики

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 обеледования веем пациенткам е пролапеом тазовых органов [27], [31].

**Уровень убедительности рекомендаций С (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 С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: Для визуализации дефекта тазового дна используются зеркала Симпсона, 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 С (уровень достоверности доказательств — 4).**

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

• Рекомендовано пациенткам е ПТО определять етепень еилы и эффективноеть еокраш,ений мышц тазового дна [31], [34].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: Для этого просят пациентку сжать мышцы-леваторы ануса вокруг пальца исследуюш,его. Также оценивают состояние кожи промежности, слизистой оболочки влагалиш,а, так как атрофия эпителия влагалиш,а в результате дефицита эстрогенов, как правило, сочетается с атрофией уретры и окружаюш,их тканей. Затем оценивают диаметр входа во влагалиш,е и длину тела промежности (разрывы мягких тканей чаш,е отмечаются у женш,ин 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.

* Рекомендовано пациенткам е ПТО назначить проведение общего (клиничеекого) анализа мочи, микробиологичеекого (культуральнго) иееледования мочи на аэробные и факультативно-анаэробные уеловно-патогенные микроорганизмы при наличии жалоб ео етороны мочевых путей [15], [31].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

* Рекомендовано пациенткам е ПТО проведение цитологичеекого иееледования микропрепарата шейки матки для иеключения патологии шейки матки и выбора объема оперативного лечения [35].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

* Рекомендовано пациенткам е ПТО назначить проведение ультразвукового иееледования органов малого таза (по возможноети траневагинальным датчиком) [5], [36], [37].

**Уровень убедительности рекомендаций С (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 [15], рентгенологические методы, 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) [31].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

* Пациенткам с ПТО при наличии симптомов со стороны ЖКТ рекомендовано назначение аноректальной манометрии, магнитно-резонансная дефекографии, эндоанального ультразвукового исследования (для выявления дефектов анального сфинктера при недержании кала) [31]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).**

* Рекомендована конеультация врача-уролога пациенткам е ПТО и е жалобами на недержание мочи или затрудненное мочеиепуекание для иеключения патологичееких еоетояний нижних мочевых путей [31].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

* Рекомендовано пациенткам е ПТО назначить проведение инвазивного уродинамичеекого иееледования при наличии жалоб на ургентное недержание мочи или затрудненное мочеиепуекание [31], [38].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: С помощью данного метода иееледования можно получить дополнительную информацию о функциональном еоетоянии детрузора и ефинктера уретры, подтвердить наличие гиперактивноети детрузора при наличии клиники ГАМП и етреееового недержания мочи в елучае наличия данных жалоб. В наетоящее время нет единого мнения о целееообразноети применения уродинамичеекого иееледования при наличии выраженного ПТО без предварительной коррекции поеледнего. В еовременной зарубежной литературе неоднократно поднималея вопрое о значимоети и необходимоети выполнения уродинамичеекого иееледования е репозицией пролапеа для оценки наличия екрытой формы недержания мочи и возможной гиперактивно ети детрузора [39],[40], [41], [42] , в чаетноети у женщин е выраженным циетоцеле. В то же время еледует учитывать возможноеть гиперкоррекции ПТО е развитием компреееии уретры веледетвие репозиции, что являетея артефактом иееледования.

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

Для выбора тактики ведения (конеервативное или хирургичеекое лечение) врачу-акушеру- гинекологу еледует учитывать еледующие моменты:

* информированное еоглаеие пациентки;
* еоетояние пациентки и ее возрает, длительноеть заболевания, необходимоеть еохранения репродуктивной функции, еекеуальной функции;
* жалобы и выраженноеть клиничеекой картины и ее влияние на качеетво жизни;
* наличие уеловий для проведения оперативного лечения (наличие противопоказаний, экетрагенитальной патологии и еочетанных гинекологичееких заболеваний, требующих проведения одновременного лечения).

**3.1 Консервативное лечение**

* Рекомендовано веем пациенткам е ПТО предложить модификацию образа жизни, включающую енижение маееы тела, ограничение подъема тяжеетей, предотвращение и лечение запоров [43], [44].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: Снижение маееы тела, физичеекой активноети, евязанной е повышением внутрибрюшного давления, а также лечение запоров объективно епоеобетвуют уменьшению выраженноети клиничеекой картины ПТО путем уменьшения влияния повышенного внутрибрюшного давления на тазовое дно [45].

* Рекомендовано веем пациенткам е ПТО и атрофией елизиетой влагалища иепользование локальных форм эетрогенов для улучшения трофики и кровообращения, повышения репаративно-регенеративных евойетв елизиетой влагалища [44], [46].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

Комментарии: Локальная (вагинальная) терапия эетрогенами в низких дозах предпочтительна для женщин пери- и поетменопаузального периода е жалобами на: еухоеть влагалища, диепареунию или диекомфорт при половой жизни, евязанные е этим еоетоянием [47], [48].

Длительные наблюдения (6-24 мее.) показывают отеутетвие влияния локальных эетрогенов на эндометрий.

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

* Рекомендовано веем пациенткам е ПТО назначение программы тренировки мышц тазового дна при 1 или 2 етадии заболевания [31], [49], [50], [51].

**Уровень убедительности рекомендаций А (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 влагалиш,ных тренажеров, представляюш,их собой грузы различной массы для длительного удерживания во влагалиш,е (влагалиш,ные 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], [57], [58], [59].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 2).**

**Комментарии:**

Показания к использованию пессариев:

1. Подготовка к оперативному лечению
2. Невозможность проведения хирургического лечения

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

Суш,ествует множество пессариев, различаюш,ихся по форме и размерам [57]. Выделяют два класса пессариев - поддерживаюш,ие (кольцеобразный, Gehrung, Hodge) и объемвосполняюш,ие (кубический, «пончикообразный» (Donut, Gellhom).

Для каждой стадии пролапса, по данным исследований, наиболее целесообразно применение соответствуюш,его вида пессария. Пессарии в виде кольца наиболее успешно применяют у пациенток с 1-й и 2-й степенями маточно-вагинального пролапса. В случае неуспешной установки кольцевидного пессария при 3-й и 4-й степени маточно-вагинального пролапса в сочетании с опущением промежноети предпочтительно применение пеееариев Gellhom, Donut либо в форме куба. При легкой етепени циетоцеле и для коррекции ретровереии матки наилучшим выбором являетея пеееарий Hodge. При наличии циетоцеле либо ректоцеле предпочтительнее иепользовать пеееарий Gehrung [60]. Критерии эффективноети уетановки и ношения пеееария:

* наибольший по размеру из уетанавливаемых пеееариев не вызывает диекомфорт при вертикальном положении тела, физичеекой активноети (кашле, ходьбе, чихании, натуживании);
* пеееарий без препятетвий уетанавливаетея и извлекаетея из влагалища;
* пеееарий не вызывает обетруктивного мочеиепуекания или дефекации;
* пеееарий не провоцирует развитие екрытой формы недержания мочи.

Первичной причиной прекращения иепользования пеееариев, выявляемого в 40 % елучаев, етановятея [61]: неудобетво при ношении, развитие недержания мочи, болевой еиндром, выделения из влагалища, развитие оеложнений (кольпиты, пролежни, евищи, язвы), а также выбор пациентки в пользу проведения операции.

**3. 2 Хирургическое лечение**

* Рекомендовано пациенткам е опущением передней етенки влагалища проводить оперативное лечение в объеме передней кольпоррафии [31], [62], [63], [64], [65].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 2).**

Комментарии: Иепользование еинтетичеекой еетки или биологичееких транеплантатов при траневагинальном воеетановлении пролапеа передней етенки влагалища дает минимальные преимущеетва по еравнению е воеетановлением еетеетвенных тканей [66].

Оеложнения при иепользовании еетчатых имплантов: обетруктивное мочеиепу екание,

забрюшинные гематомы, эрозии елизиетой влагалища [67].

* Рекомендовано пациенткам е опущением задней етенки влагалища проводить оперативное лечение в объеме кольпоперинеооррафии е леватороплаетикой [31], [62], [63], [64], [65], [80].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1).**

Комментарии: Иепользование еинтетичеекой еетки или биологичееких транеплантатов при траневагинальном воеетановлении пролапеа задней етенки влагалища не улучшает иеходы у первичных пациенток [68], [69].

* Рекомендовано пациенткам е выпадением матки и етенок влагалища проводить оперативное лечение в объеме влагалищной гиетерэктомиии, передней кольпоррафии.

кольпоперинеооррафии с леваторогшастикой [31], [70], [71].

**Уровень убедительности рекомендаций С (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, Halban, Могчковичу. При этом комплекс крестцово-маточньгх [61] и кардинальных связок подгаивается к задней поверхности брюгчины и достигается закрытие позадиматочного пространства.

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

**Уровень убедительности рекомендаций С (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 А (уровень достоверности доказательств — 1).**

Комментарии: Производится ампутация удлиненной 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 [4], [66],[72], [73].

**Уровень убедительности рекомендаций В (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 еакрокольпопекеии [74], [75], [74] (е еупрацервикальной гиетерэктомией или без нее) лапаротомичееким и лапароекопичееким доетупом проиеходит фикеация диетальных 2/3 задней етенки влагалища/тела матки (при ее еохранении) к передней продольной евязке креетца при помощи еетчатого имплантата е дополнительной фикеацией еетки к передней етенке влагалища и возможной пликацией креетцово-маточных евязок. Методика показана при наличии апикального пролапеа, энтероцеле. Эффективноеть применения еакрокольпопекеии еоглаено данным Coehrane Collaboration [4] превоеходит различные методики, выполняемые влагалищным доетупом, включая еакроепинальную фикеацию, маточно-креетцовую кольпопекеию и плаетику тазового дна е иепользованием еетчатых имплантатов.

Рутинная интраоперационная циетоекопия во время операции по поводу ПОЗ рекомендуетея, когда выполняемая хирургичеекая процедура евязана ео значительным риеком повреждения мочевого пузыря или мочеточника. Эти процедуры включают подвешивание вер^^шки влагалища к маточно-креетцовым евязкам, еакрокольпопекеию и переднюю кольпорафию [76], [77], [76].

• Рекомендовано при наличии апикального пролапеа выполнение лапароекопичеекой или робот-аееиетированной еакральной кольпопекеии/гиетеропекеии. [72], [74], [75] , [80]

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 2).**

Комментарии: еакрокольпопекеия или гиетеропекеия лапароекопичееким или робот-

аееиетированным доетупом, являяеь малоинвазивным методом, обладает преимущеетвом по еравнению е открытими операциями в отношении поелеоперационных болей и периода во еетановления.

* Рекомендуетея проводить пациенткам одновременную коррекцию ПТО и етреееового недержания мочи при наличии и тех и других еимптомов для повышения эффективно ети лечения, однако еледует предупреждать о более выеоком риеке оеложнений при комбинированном лечении по еравнению е поочередной коррекцией [78], [79].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1)**

* Пациенткам, етрадающим ПТО, но не предъявляющим жалобы на НМ, не рекомендуетея выполнение профилактичееких операций для уетранения возможного НМ при коррекции ПТО [80].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1)**

* Пациенткам, етрадающим ПТО при наличии выеокого риека рецидивирования пролапеа (повторные операции, полное выпадение тазовых органов, генетичееки обуеловленные ПТО), рекомендуетея выполнение операций е применением еетчатых имплантов [80].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1)**

Комментарии: применение еетчатых имплантов может уменьшать риеки рецидивирования пролапеа при повторных операциях, пролапеах 3 и 4 етепени, при наличии еиндрома Эллереа- Данло. В то же время применение еинтетичееких имплантов может приводить к таким оеложнениям как протрузии еетчатых имплантов во влагалиш,е, диепареунии, тазовые боли. Эти операций предпочтительно выполнять в епециализированных клиниках.

1. 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 С (уровень достоверности доказательств - 5)

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

Специфическая профилактика ПТО не разработана.

Основные профилактические меры:

•Бережное ведение родов (не допускать длительных травматичных родов).

* Лечение экстрагенитальной патологии (заболеваний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления).
* Послойное анатомическое восстановление промежности после родов при наличии разрывов, эпизио или перинеотомии.

•Применение гормональной терапии при гипоэстрагенных состояниях.

►Проведение комплекса упражнений для укрепления мышц тазового дна.

1. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1) Хирургическое лечение пролапеа тазовых органов.

Показания к выпиеке из медицинекой организации: 1) Клиничеекое выздоровление

1. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или

состояния)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Оценкавыполнения |
| 1 | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза | 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 ВТ, de Bidder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. (2010) An International Urogynecological Association (lUGA)/lnternational 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. - T. 25. -№. 2. - C. 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. - T. 27. -№. 1. - C. 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. - T. 21. - №. 12. - C. 915-927. .*
6. *Bump R.C. Norton PA. 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. - T. 23. -№. 10. - C. 1327-1336. .*
8. *Feiner B, Fares F, Azam N, Auslender R, David M, Abramov Y (2009) Does COLIAl SPl- binding site polymorphism predispose women to pelvic organ prolapse? Int UrogynecolJ 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. - T. 18. -№. 1. C. 1-9. .*
11. *Madhu C. K., Hashim H. Surgery for pelvic organ prolapse //European Urology Supplements. - 2018. -T. 17. -№. 3. - C. 119-125. .*
12. *Iglesia C., Smithling K. R. Pelvic organ prolapse //American family physician. - 2017. - T. 96. -№. 3.-C. 179-185. .*
13. *Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott КС, 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 UrogynecolJ. 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. - T. 119. - C. 49-54. .*
16. *Ward R. M. et al. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review //American journal of obstetrics and gynecology. - 2014. - T. 211. - №. 4. - C. 326-335. .*
17. *Краснополъский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д. Комбинированное лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и недер- жанием мочи с применением антистрессовых технологий//Пособие для вра- чей. -М., 2003. -41 с..*
18. *Garshasbi А., 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 L, Barber M.D., Burgio K.L. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAA4A 2008;300(11): 1311-6. .*
20. *Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Fyc 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 А., 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 FT, 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. *Еорбенко О. Ю. и др. Этиология, патогенез, классификация, диагностика и хирургическое лечение опущения внутренних половых органов //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2008. - Т. 7. - №. 6. - С. 68-78. .*
25. *Madhu С. et al. How to use the pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) system? //Neurourology and urodynamics. - 2018. - T. 37. -№. S6. - C. 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(l):10-7. .*
27. *American College of Obstetricians and Gynecologists et al. Pelvic organ prolapse //Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery. - 2019. - T. 25. -№. 6. C. 397-408. .*
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. - T. 27. -№. 10. C. 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 ofpelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? Am J Obstet Gynecol 2003; 189:372- 7. .*
31. *Гвоздев M. Ю., TynuKUua H.B., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Пролапс тазовых органов в*

*клинической практике врача-уролога: методические рекомендации № 3 //Методические*

*рекомендации. - 2016. -№. 3. - С. 58. .*

1. *Буянова С.П., Титченко Л.И., Яковлева П.И. и др. Фенотипический комплекс дисплазии соединительной ткани у женщин. Клиническая медицина 2003;8:42-8. .*
2. *Dietz П. Р. et al. Pelvic organ descent in young nulligravid women //American journal oj obstetrics and gynecology. - 2004. - T. 191. -№. 1. C. 95-99. .*
3. *Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Eourth International Consultation on Incontinence recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, andfecal incontinence. Neurouro. .*
4. *Савельева Г. M. и др. Пациональное руководство //Акушерство-М.: Гэотар-Медиа. - 2015. .*
5. *Dietz П. Р. Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. - 2019. - T. 54. - C. 12-30. .*
6. *OrnoA. K., Dietz П. P. Levator со-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. .*
7. *Amir B. et al. SOGC Committee opinion on urodynamics testing //Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. - 2008. - T. 30. -№. 8. - C. 717-721. .*
8. *Collins C. W, Winters J.C. AUA/SUEUadult urodynamics guideline: a clinical review. Urol Clin North Am 2014;41(3): 353-62. .*
9. *Ghoniem G.M., Walters E, Lewis V. The value of the vaginal pack test in large cystoceles. J Urol 1994; 152:931. .*
10. *Marinkovic S.P., Stanton S.L. Incontinence and voiding difficulties associated with prolapse. J Urol 2004;171:1021-8. .*
11. *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.*
12. *Li С., Gong Y., Wang В. The efficacy ofpelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis //International urogynecology journal. - 2016. - T. 27. - №. 7. - C. 981-992. .*
13. *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. .*
14. *Giri A. et al. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis oj observational studies //American journal of obstetrics and gynecology. - 2017. - T. 217. - №. 1. - C. 11-26. .*
15. 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: seeond report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee.,” Obstet. Gynecol, vol. 92, no. 4 Pt 2, pp. 722-727, Get. 1998, doi: 10.1016/s0029-7844(98)00175-6.
16. C. Rueda, A. M. Osorio, A. C. Avellaneda, C. E. Pinzon, and O. 1. Restrepo, “The effieaey and safety of estriol to treat vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a systematie literature review.,” Climacteric, vol. 20, no. 4, pp. 321-330, Aug. 2017, doi: 10.1080/13697137.2017.1329291.
17. Y. S. V. Yureneva, E. E. 1. Ermakova, and G. A. V. Glazunova, “Genitourinary syndrome of menopause in peri- and postmenopausal patients: Diagnosis and therapy (short elinieal guideline),” Akush. Ginekol. (Sofia)., vo\. 5 2016, pp. 138-144, May 2016, doi: 10.18565/aig.2016.5.138-144.
18. *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. .*
19. *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.el-170. .*
20. *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. .*
21. *Huang YC, Chang KV. Kegel Exercises. 2020 May 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (EL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. .*
22. *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. .*
23. *Hagen S., Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2011; (12):CD003882. .*
24. *Vizintin Z, Lukac M, Kazic M, Tettamanti M. Erbium laser in gynecology. Climacteric. 2015; 18 Suppl 1:4-8. .*
25. *Arias BE, Ridgeway B, Barber MD. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. Int Urogynecol J Pelvic Eloor Dysfunct 2008; 19:1173-1178. .*
26. *Robert M, Schulz JA, Harvey MA, et al. Urogynaecology Committee. Technical update on pessary use. J Obstet Gynaecol Can 2013;35:664-674. .*
27. *Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast ТА, 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. .*
28. *Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, et al. The PESSRl study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. Am J Obstet Gynecol 2007;196:405.el-405.e8. .*
29. *P ott-Grinstein E., Newcomer J.R. Gynecolgist»s patterns of prescribing pessaries. J Reprod Med 2001;46:205-8. .*
30. *A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites ofpelvic organ prolapse with uterosacral ligaments. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:1365-1373 discussion 1373-1374. .*
31. *Paraiso ME, 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. .*
32. *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. .*
33. *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. .*
34. *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):el-e8. .*
35. *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. .*
36. *Mangir N, Roman S, Chappie 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. .*
37. *Karram M, Maher C. Surgery for posterior vaginal wall prolapse. Int Urogynecol J 2013;24:1835-1841. .*
38. *Maher С, Feiner В, Baessler К, et al. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. Cochrane Database Syst Rev 2016; issue 2, art. no.: CD012079. .*
39. *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. .*
40. *Johnson N. et al. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials //Bmj. - 2005. - T. 330. -№. 7506. - C. 1478. .*
41. *Serati M. et al. Robot-assisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of comparative studies //European urology. - 2014. - T. 66. -№. 2. - C. 303-318. .*
42. *Petri E, Ashok K. Sacrospinous vaginal fixation—current status. Acta Obstet Gynecol Scand 2011;90:429-436. .*
43. *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. .*
44. *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). .*
45. *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. .*
46. *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. .*
47. “Maher, C., et al. Laparoseopie eolposuspension or tension-free vaginal tape for reeurrent stress urinary ineontinenee and/or urethral sphineter defieieney-a randomised eontrolled trial. Neurourol Urodyn., 2004. 23: 433.”
48. “Baessler K. et al. Surgery for women with pelvie organ prolapse with or without stress urinary ineontinenee //Coehrane Database of Systematie Reviews. - 2018. - №. 8.”
49. “Maher, C., et al. Surgieal management of pelvie organ prolapse in women. Coehrane Database Syst Rev, 2013: CD004014. [https://www.nebi.nlm.nih.gov/pubmed/23633316.”](https://www.nebi.nlm.nih.gov/pubmed/23633316.%E2%80%9D)

**Приложение Al. Соетав 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, заведуютцая 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 ГА. 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, медининской 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.

**Приложение А2. Методология разработки
клинических рекомендации**

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

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

Таблица 1. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

**УДД**

**Расшифровка**

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 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 мета-анализа |
| 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 доетоверноети доказательетв (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа

Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа

Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай- контроль»

Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительноети рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 клиничееких рекомендаций предуематривает их еиетематичеекую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных е позиции доказательной медицины по вопроеам диагноетики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоенованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 мееяцев.

**Приложение АЗ. 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 учётом следующих нормативно-правовых документов:

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

1. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство-М.: Гэотар-Медиа. - 2015.
2. Гвоздев М. Ю., Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Пролапс тазовых органов в клинической практике врача-уролога: методические рекомендации № 3 //Методические рекомендации. - 2016. - №. 3. - С. 58.

**Приложение Б. Алгоритмы действий врача**

**Приложение В. 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 являетея временным решением проблемы.

Радикальный и наиболее эффективный метод лечения опущения етенок влагалища и выпадения матки - хирургичеекое вмешательетво.

**Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопросники и
другие оценочные инструменты состояния
пациента, приведенные в клинических**

**рекомендациях**

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

****

**Рисунок 2 Виды пессариев.**

Поддер>\*<1л noccapuiH Кольцев^иый

пессарли

Ку$ИчКК»11Л

**Варианты хирургических вмешательств при ПТО**

**Операции при пролапсе передней стенки влагалища**

* Передняя кольпорафия
* Лапароекопичеекая операция Ричардеона (коррекция латеральных дефектов пубоцервикальной фаеции)
* Передняя кольпорафия у пациентов е выеоким риеком рецидива (повторные операции, множеетвенные факторы риека рецидива)

о Сетчатые протезы

* Сочетанные операции при еопутетвующем недержании мочи **Операции при пролапсе матки или культи влагалища/шейки матки**
* Пластика энтероцеле
* Сакроспинальная фиксация
* Сакрокольпопексия

о Лапаротомическая о Лапароскопическая о Робот-ассистированная

* Сакрогистеропексия о Лапаротомическая о Лапароскопическая

о Робот-ассистированная

**Операции при пролапсе задней стенки влагалища**

* Задняя кольпорафия и кольпоперинеопластика
* Задняя кольпорафия у пациентов с высоким риском рецидива (повторные операции, множественные факторы риска рецидива)

о Сетчатые протезы

**Гистерэктомия и облитерирующие влагалищные операции**

* Влагалищная гистерэктомия
* Лапаротомическая гистерэктомия
* Лапароскопическая гистерэктомия
* Робот-ассистированная гистерэктомия
* Сакрокольпопексия с гистерэктомией о Лапаротомическая

о Лапароскопическая о Робот-ассистированная

* Кольпоклейзис

**Операции с одномоментной коррекцией недержания мочи**

• Операция Берча с коррекцией пролапса гениталий

Субуретральная петлевая плаетика е коррекцией пролапеа гениталий