

Рекомендовано  
Экспертным советом  
РГП на ПХВ «Республиканский  
центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
от «20» ноября 2015 года  
Протокол №16

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **ВЫПАДЕНИЕ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

#### **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Выпадение женских половых органов

**2. Код протокола:**

**3. Код(ы) МКБ-10:**

Н 81.0 Уретроцеле у женщин

Н 81.1 Цистоцеле у женщин

Н 81.2 Неполное выпадение матки и влагалища

Н 81.3 Полное выпадение матки и влагалища

Н 81.4 Выпадение матки и влагалища неуточненное

Н 81.5 Энteroцеле влагалища

Н 81.6 Ректоцеле

Н 81.8 Другие формы выпадения женских половых органов

Н 81.9 Выпадение женских половых органов неуточненное

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

ВЖПО – выпадение женских половых органов

ОЖПО – опущение женских половых органов

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

УЗИ - – ультразвуковое исследования

POP-Q – Pelvic Organ Prolapse Quantification

**5. Дата разработки протокола:** 2015 год.

**6. Категория пациентов:** взрослые женщины.

**7. Пользователи протокола:** врачи акушеры-гинекологи, врачи общей практики.

#### **I. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:**

**8. Определение:** Выпадение женских половых органов - это заболевание, объединяющее патологические изменения связочного аппарата и фасций окружающих матку, влагалище мочевой пузырь и прямую кишку. Клинически проявляется нарушением нормального анатомического взаимоотношения матки, влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки, в некоторых случаях кишечника, и смещением этих органов вниз и за пределы входа во влагалище (гимен). Во многих случаях происходит нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки [8].

## **9.Клиническая классификация.**

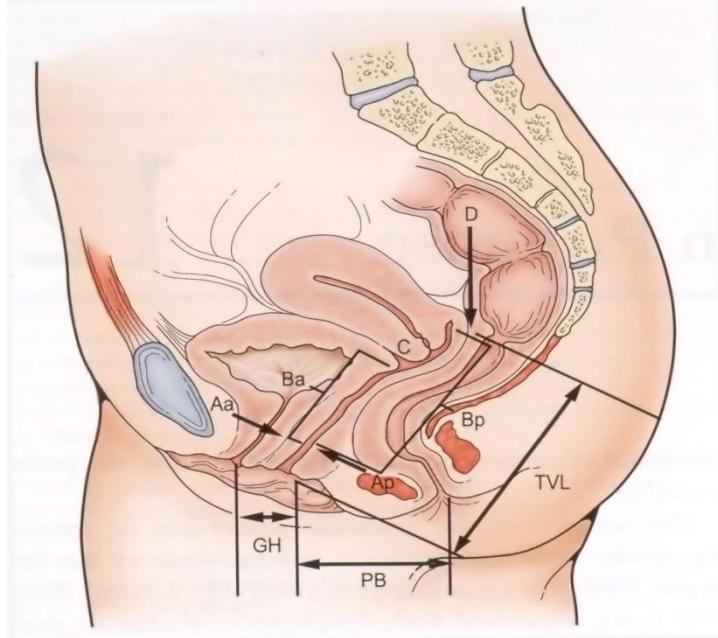
ОЖПО и ВЖПО являются стадиями одного патологического процесса.

Для оценки степени опущения тазовых органов применяется классификация Pelvic Organ Prolapse Quantification [1].

В основе классификации лежит измерение 9-ти точек относительно плоскости гименального кольца, соответствующего нулю (смотреть рисунок 1):

- анатомическая позиция - Аа (A anterior) расстояние от гимена до шейки мочевого пузыря в норме 3 см;
- «Ва» (D anterior) расстояние от гимена до наиболее выдающейся части передней стенки влагалища в норме не меньше чем 3 см;
- «Ар» (A posterior) расстояние от гимена до проекции M. Levator ani на заднюю стенку влагалища в норме не менее 3 см;
- «Вр» (B posterior) расстояние от гимена до наиболее выступающей точки задней стенки влагалища выше уровня M. Levator ani, в норме не менее 3 см;
- «С» расстояние до наиболее дистальной (т.е. ниспадающей) части шейки матки или вершины купола (рубец после гистерэктомии), в норме не меньше 7 см;
- «Д» локализуется в заднем своде (карман Дугласа) у женщин, имеющих шейку матки, в норме не менее 9 см. Она показывает уровень прикрепления крестцово-маточных связок к проксимальной части шейки матки сзади. Ее измерение проводят для дифференцирования несостоятельности поддержки утеросакрально-кардинального комплекса от элонгации шейки матки. Когда положение точки «С» значительно отличается от точки «Д», это указывает на элонгацию шейки, которая может быть как симметричной, так и эксцентричной. Измерение точки «Д» не проводится при отсутствии шейки матки;
- общая длина влагалища «TVL» – максимальная длина влагалища, выраженная в сантиметрах. В случае если точки «С» и «Д» не в нормальной анатомической позиции, выпавшая передняя или задняя стенка влагалища не включаются в измерение общей длины влагалища;
- промежностное тело «РВ» измеряется от половой щели до средины анального отверстия и выражается в сантиметрах.

Рисунок – 1. Pelvic Organ Prolapse Quantification



Все измерения для определения стадии ВЖПО производятся маточным зондом (с нанесенной сантиметровой шкалой) на гинекологическом кресле в момент максимального выхода выпадающей части, т.е. при натуживании, кашле, при давлении на переднюю брюшную стенку и при выведении заправленных во влагалище анатомических структур.

Стадирование POP-Q. Стадия устанавливается по наиболее выпадающей части влагалищной стенки. Может быть опущение передней стенки (точка Ba), апикальной части (точка C) и задней стенки (точка Bp) таблица №1

#### **10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:**

Показания для плановой госпитализации:

- для хирургического лечения выпадения и опущения половых органов и/или коррекции нарушения функции мочевого пузыря или прямой кишки.

#### **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

##### **11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- гинекологический осмотр на зеркалах;
- определение стадийности по POP-Q;
- бимануальное гинекологическое исследование;
- проба при натуживании на подтекание мочи (проведение пробы Вальсальва);
- мазок на онкоцитологию с шейки матки и/или изъятого участка;
- УЗИ органов малого таза.

##### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне: нет.**

**11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:** согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

## **12. Диагностические критерии:**

### **12.1 Жалобы и анамнез** (характер возникновения и проявления болевого синдрома):

- I – II стадии могут протекать бессимптомно, у некоторых пациентов возможны жалобы на дискомфорт связанный с зиянием входа во влагалище («хлопание» воздуха, задержка жидкости во влагалище), дискомфорт при половой жизни. Симптомы стрессового недержания мочи могут варьировать по количеству теряющей мочи, от незначительных до постоянного истечения.
- III – IV жалобы на чувство инородного тела, дискомфорт в сидячем положении, затруднения при опорожнении мочевого пузыря и прямой кишки. Цистит. Возможны нарушения мочеиспускания по типу обструктивной острой задержки. При длительном течении на слизистой появляются трофические язвы и грануляции. Наиболее тяжелое течение наблюдается у пациенток у которых выпавшие органы не заправляются.

### **12.2 Физикальное обследование:**

гинекологический осмотр с определением стадийности по POP-Q

### **12.3 Лабораторные исследования:** нет

### **12.4 Инструментальные исследования:** нет

### **12.5 Показания для консультации узких специалистов.**

- консультация онкогинеколога с целью исключения онкологической патологии.

## **12.6 Дифференциальный диагноз:**

**Таблица – 1. Дифференциальная диагностика ВЖПО**

<b>ВЖПО</b>	<b>ШЕЕЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА</b>
Как правило, женщины старше 45 лет.	Как правило, женщины репродуктивного возраста.
При гинекологическом осмотре на зеркалах шейка матки имеет нормальные или несколько удлиненные размеры.	При гинекологическом осмотре на зеркалах четко определяется увеличение размеров шейки матки изменение ее нормального анатомического строения.
При измерении стадийности при POP-Q точка D локализуется близко на расстоянии менее 6 см от входа во влагалище.	При измерении стадийности при POP-Q точка D локализуется в заднем своде (карман Дугласа) на расстоянии 7-9 см от входа во влагалище.

**13. Цели лечения:** Восстановление нормального анатомического расположения органов малого таза. Устранение симптомов нарушенной функции мочевого пузыря и прямой кишки.

**14. Тактика лечения:**

- на уровне ПМСП учреждений выявление пациентов с ВЖПО и подготовка к хирургическому лечению;
- при наличие противопоказаний/отказе пациента от оперативного лечения применение немедикаментозных методов.

При принятии решения о хирургическом лечении учитываются:

- потребности пациентки;
- целесообразность использования и характеристики различных аллопластических материалов;
- адекватный объем и доступ оперативного вмешательства;
- возможность проведения адекватного анестезиологического пособия.

Хирургическая операция является основным методом лечения, при ее выполнении соблюдаются основные принципы исходя из стадийности и характере анатомических изменений по POP-Q:

- репозиция структуры тазового дна и закрытие всех дефектов тазовых фасций;
- формирование входа во влагалище нормального размера;
- расположение матки (культи матки) в правильном положении по отношению к стенкам таза (т.е. достаточно высоко и без латерального смещения, без чрезмерного отклонения кпереди или кзади), сохранение необходимой подвижности половых органов.

**14.1 Немедикаментозное лечение:**

- вставление пессарий (приспособления для удержания в положении антеверсии патологически подвижной матки, а также для устранения опущения и выпадения матки и влагалища, для заправления ВЖПО). При длительном ношении способствуют образованию травматических трещин и трофических язв влагалища.

**14.2 Медикаментозное лечение:**

**14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:**

- эстриол в виде свечей/мази по 2мг местно 2-3 раза в неделю за две недели до хирургического лечения, у женщин в перименопаузе или менопаузе.

Не является самостоятельным методом лечения ВЖПО.(УД –IA) [2].

**14.3 Другие виды лечения:** нет

**14.4. Хирургическое вмешательство:**

**14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:**

К основными видами операций можно отнести следующие:

- кольпоперинеолеваторопластика (операция, направленно на укрепление тазового дна собственными тканями и уменьшение размеров влагалища);
- операции с применением модификаций укорочения и укрепления связок матки (круглых, кардинальных, крестцово-маточных) за счет сшивания их между собой и/или фиксации матки за дно к передней брюшной стенке;
- операции с жесткой фиксацией выпавших органов (матки, влагалища, уретры и шейки мочевого пузыря) к стенкам таза (к лобковым костям, к крестцовой кости, обтурационному отверстию, сакроспинальной связке и т.д.) с использованием аллопластических материалов (синтетических протезов);
- операции, направленные на частичную облитерацию влагалища (срединная кольпорафия Нейгебауэра-Лефора, влагалищно- промежностный клейзис-операция Лабгардта);
- гистерэктомии (с одноименной передней кольпорафией и кольпоперинеолеваторопластикой).

#### **14.5 Профилактические мероприятия:**

- упражнения Кегеля при ОЖПО и ВЖПО (УД-ІА) [6];
- адекватное хирургическое лечение родового травматизма.

#### **14.6. Дальнейшее ведение:**

- пациенты после оперативного лечения ВЖПО наблюдаются в учреждениях ПМСП дважды в год с проведением гинекологического осмотра на зеркалах, бимануального гинекологического исследования;
- проба при натуживании на подтекание мочи (проведение пробы Вальсальва);
- УЗИ органов малого таза.

### **15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:**

- 0-І стадия по POP-Q при гинекологическом осмотре, в течение 5 лет после оперативного лечения;
- устранение симптомов нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки в течение 5 лет после оперативного лечения;
- удовлетворенность пациентки проведенным методом лечения.

## **II. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

### **16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Коркан Ануар Иванович доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, врач акушер-гинеколог высшей категории.
- 2) Тулетова Айнур Серикбаевна PhD, АО «Медицинский университет Астана», ассистент кафедры акушерства и гинекологии, врач первой категории.
- 3) Сармұлдаева Шолпан Куанышбековна кандидат медицинских наук, и.о. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Казахского медицинского

университета непрерывного образования, врач акушер-гинеколог высшей категории.

4) Садвакасова Шынар Муратовна кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 РГП на ПХВ «Казахского Национального Медицинского Университета имени С.Д. Асфендиярова», врач акушер-гинеколог высшей категории.

5) Гурцкая Гульнар Марсовна Кандидат медицинских наук АО "Медицинский университет Астана" доцент кафедры общей фармакологии, врач клинический фармаколог.

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет

**18. Рецензенты:** Рыжкова Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории, заведующая курсом по акушерству и гинекологии факультета усовершенствования врачей РГКП «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова».

**19. Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**20. Список использованной литературы:**

- 1) Walker G.J., Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors.// PubMed - indexed for MEDLINE
- 2) Christopher M, Kaven B, Cathryn, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2009BJOG. 2009 Sep; 116(10):1380-6. Epub 2009 Jul.
- 3) Meschia, M, Spreafico L, Ambrogi, Perrone A, et al. A multicenter retrospective study on transvaginal mesh repair of genital prolapse whithPrilift TM system.
- 4) Elmer C, Altman D, Engh M, et al. Trocar-guided transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 2009;113(1):117–126.
- 5) Sikirica V, Hinoul A. Kirkemo J, Subramanian, D. Treatment outcomes of the Gynecare Prolift pelvic floor repair system: a systematic literature review. Ethicon, Inc, Somerville.
- 6) Deng T., Liao B., Luo D., Shen H., Wang K. Risk factors after female pelvic floor reconstructive surgery: a systematic review and meta-analysis//PMID:25906691 [PubMed - as supplied by publisher]
- 7) Deffieux X., Savary D., Letouzey V., Sentilhes L., Agostini A., Mares P., Pierre F. Prevention of the complications related to the use of prosthetic meshes in prolapse surgery: guidelines for clinical practice - literature review// PMID:2299944[PubMed - indexed for MEDLINE]
- 8) Коркан А.И. //Пролапс тазовых органов. Диагностика, хирургическая тактика //Монография//Алматы, 2009 г. – 168с.

## Приложение 1

### СТАДИИ ВЖПО по POP-Q

Стадийность ВЖПО	СХЕМА АНАТОМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Стадия 0 нет пролапса. Точки Aa, Ap, Ba, Br – все -3 см.</li> </ul> <p>А точки С и D имеют значение в пределах от TVL до (<math>TVL - 2\text{ см}</math>) со знаком минус.</p> <p>Соответствует нормальным анатомическим значениям – патологии нет.</p>	<p><b>НОРМА</b></p> <p>Мочевой пузырь и уретра Влагалище Прямая кишка</p> <p>Матка и шейка матки</p> <p>Аа : уретровезикальный сегмент Ва : передняя стенка влагалища Ар : нижняя часть прямой кишки Br : выше леваторов С : CERVIX шейка D : DOUGLAS задний свод</p> <p>Aa=Ba = -3 Ap=Br = -3 C = -7 D = -9</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Стадия I.</li> </ul> <p>Наиболее выпадающая часть пролапса не доходит до гимена на сантиметр. (Значение <math>&gt;-1\text{ см}</math>).</p> <p>Анатомические изменения соответствуют терминологии - Неполное выпадение матки и влагалища, Уретроцеле у женщин, Цистоцеле у женщин; Ректоцеле в МКБ 10.</p>	<p><b>УРЕТРОЦЕЛЕ</b></p> <p>Аа : уретровезикальный сегмент Ва : передняя стенка влагалища Ар : нижняя часть прямой кишки Br : выше леваторов С : CERVIX шейка D : DOUGLAS задний свод</p> <p>Aa = -2 Ba = -3 Ap = Br = -3 C = -7 D = -9</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Стадия II наиболее дистальная часть пролапса <math>\leq 1\text{ см}</math> проксимальнее или дистальнее гимена (Значение <math>\geq -1\text{ см}</math>, но <math>\leq +1\text{ см}</math>). Анатомические изменения соответствуют терминологии - Неполное выпадение матки и влагалища, Уретроцеле у женщин, Цистоцеле у женщин; Ректоцеле в МКБ 10.</li> </ul>	<p><b>ЦИСТОЦЕЛЕ</b></p> <p>Аа : уретровезикальный сегмент Ва : передняя стенка влагалища Ар : нижняя часть прямой кишки Br : выше леваторов С : CERVIX шейка D : DOUGLAS задний свод</p> <p>Aa = -3 Ba = 0 Ap=Br = -3 C = -7 D = -9</p>

- Стадия III наиболее выпадающая точка  $>1$  см дистальнее гименальной плоскости, но не более чем TVL -2 см (Значение  $\geq -1$  см, но  $\leq +1$  см).

Анатомические изменения соответствуют терминологии - Полное выпадение матки и влагалища, Цистоцеле у женщин, Ректоцеле, Энteroцеле влагалища в МКБ 10.

### ЦИСТОЦЕЛЕ и РЕКТОЦЕЛЕ

Aa : уретровезикальный сегмент

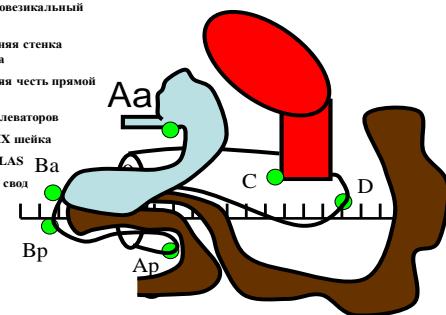
Ba : передняя стена влагалища

Ap : нижняя часть прямой кишки

Bp : выше леваторов

C : CERVIX шейка

D : DOUGLAS задний свод



Aa = -3

Ba = +3

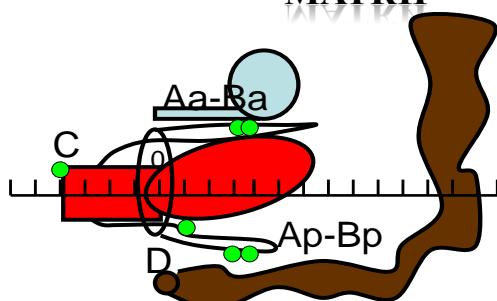
Ap = -2

Bp = +3

C = -7

D = -9

### ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ



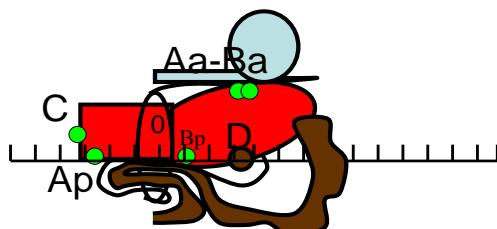
Aa=Ba = -3

Ap=Bp = -3

C = +4

D = -1

### ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ И РЕКТОЦЕЛЕ



Aa=Ba = -3

Ap = +3

Bp = -2

C = +4

D = -1

- Стадия IV Полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем TVL -2 см. Анатомические изменения соответствуют терминологии - Полное выпадение матки и влагалища, Цистоцеле у женщин, Ректоцеле, Энteroцеле влагалища в МКБ 10.

## **Выпадение купола влагалища при отсутствии матки**

Aa : уретровезикальный  
сегмент

Va : передняя стенка  
влагалища

Ap : нижняя часть прямой  
кишки

Bp : выше леваторов

C : CERVIX шейка

D : DOUGLAS  
задний свод

$$Aa=Ba = -3$$

$$Ap=Bp = -3$$

$$C = +5$$

D abs

