

Приложение 2
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И
РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«ПРОЛАПС ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ»**

ТАШКЕНТ 2025

Оглавление

Вводная часть.....	5
Основная часть.....	8
Список литературы.....	19
Приложения	20

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10:

N81	Выпадение женских половых органов
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
Ссылка: https://mkb-10.com/index.php?pid=13377	

Коды по МКБ-11:

GC40.Z	Пролапс тазовых органов. Выпадение женских половых органов
GC40.0Z	Выпадение передней стенки влагалища
GC40.30	Неполное выпадение матки и влагалища
GC40.33	Неполное выпадение матки с выпадением передней и задней стенок влагалища
GC40.34	Полное выпадение матки и влагалища
GC40.37	Полное выпадение матки с выпадением передней и задней стенок влагалища
GC40.2Z	Выпадение верхушки влагалища неуточненное. Энтероцеле влагалища
GC40.1Z	Выпадение задней стенки влагалища неуточненное. Ректоцеле
GC40.Z	Пролапс тазовых органов. Выпадение женских половых органов
GC40.0Z	Выпадение передней стенки влагалища
GC40.30	Неполное выпадение матки и влагалища
Ссылка: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке клинического протокола: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

Руководители рабочей группы:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Нажмутдинова Д.К.	Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии в семейной медицине	ТМА
3	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА

Список составителей:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
---	--------	-----------	--------------

1	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
2	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
3	Негмаджанов Б.Б.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	СамГМУ
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
5	Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
6	Юлдашев С.К.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
7	Миралиев Ф.К.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
8	Шерматова С.Э.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
9	Каримова Л.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
10	Давронова Ю.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
11	Саатова Х.М.	акушер-гинеколог	ЦРПКМР

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупов У.Ю.	Акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
2	Курбанов Д.Д.	Профессор кафедры акушерства и гинекологии, детской гинекологии, д.м.н.	ТашПМИ

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

ТМА – Ташкентская медицинская академия

ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

СамГМУ – Самаркандский государственный медицинский университет

ТашПМИ – Ташкентский педиатрический медицинский институт

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Сопещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «_7_» _ февраля_ 2025 г., протокол №1. Руководитель рабочей группы - д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР».

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра здоровья матери и ребенка» « 11 » февраля 2025 г., протокол № 2

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Беспалова О.Н.	Заместитель директора по научной работе, д.м.н.	ФГБУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта» (Санкт-Петербург, РФ)

Список сокращений:

FIGO	International Federation of Obstetrics and Gynecology (Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
ГАМП	Гиперактивный мочевой пузырь
ДСТ	Дисплазия соединительной ткани
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
КУДИ	Комплексное уродинамическое исследование
МКБ-10	Международный классификатор болезней 10-го пересмотра
МКБ-11	Международный классификатор болезней 11-го пересмотра
НМПН	Недержание мочи при напряжении
ПТО	Пролапс тазовых органов
УЗИ	Ультразвуковое исследование

Цель протокола: предоставление научно-обоснованных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике выпадения женских половых органов. Протокол ориентирован на снижение рисков осложнений и улучшение результатов лечения пациенток с данной патологией.

Категории пациентов: пациентки с пролапсом тазовых органов

Пользователи клинического протокола: врачи акушеры-гинекологи; урологи; проктологи; семейные врачи; организаторы здравоохранения; студенты; клинические ординаторы; магистранты; аспиранты; преподаватели медицинских ВУЗов; пациенты, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- использование услуг переводчика в случае необходимости;
- консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

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)

2. Основная часть

2.1. Определения

Пролапс тазовых органов (выпадение женских половых органов) – это опущение тазовых структур во влагалище из-за слабости связок или мышц. Пролапс тазовых органов (ПТО) подразделяется на подкатегории в зависимости от компартмента опущения. Цистоцеле характеризует грыжу передней стенки, ректоцеле относится к опущению задней стенки влагалища, а пролапс свода влагалища характеризует опущение матки, шейки матки или верхушки влагалища. Они могут возникать как по отдельности, так и в сочетании.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>

2.2. Эпидемиология

Частота пролапса тазовых органов тесно связана с возрастом. Многие женщины с симптоматическим пролапсом тазовых органов испытывают физические и эмоциональные страдания, что негативно сказывается на социальном, физическом и психологическом благополучии женщины. Хотя точная распространенность пролапса тазовых органов неизвестна, анализ больничных процедурных кодов показывает, что в Соединенных Штатах ежегодно проводится около 200 000 операций по лечению пролапса тазовых органов. Хотя около 41-50% женщин при физическом осмотре имеют симптомы пролапса тазовых органов, только около 3% имеют симптомы. Прогнозируется, что частота пролапса тазовых органов увеличится на 46%, до 4,9 миллиона, к 2050 году.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>

2.3. Классификация пролапса тазовых органов:

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

Наибольшее распространение получила **классификация POP-Q**, 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). Данная классификация позволяет произвести количественную оценку опущения стенок влагалища с помощью измерения 9 параметров в сагиттальной плоскости. 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 (Aa, Ba, Ap, Bp, C, D) измеряется в положительных или отрицательных значениях их расположения относительно уровня гименального кольца. Остальные 3 параметра (TVL, GH, PB) измеряются в абсолютных величинах.

6 определяемых точек.

Передняя стенка влагалища:

1. Точка Aa: Точка, расположенная на средней линии передней стенки влагалища на три (3) см проксимальнее наружного отверстия уретры. Потенциальный диапазон положения точки Aa относительно девственной плевы составляет от -3 см, что указывает на отсутствие передней пролапса влагалища, до $+3$ см, что соответствует полному пролапсу.
2. Точка Ba: Точка, которая представляет собой наиболее дистальное (т. е. наиболее зависимое) положение любой части верхней передней стенки влагалища (между манжетой влагалища или передним сводом влагалища и точкой Aa). Точка Ba совпадает с точкой Aa (-3 см) у женщины, у которой нет передней пролапса тазовых органов. У женщины с тяжелой пролапсом тазовых органов Ba совпадает с точкой C.

Верхняя часть влагалища:

3. Точка C: точка на самом дистальном (т. е. самом выступающем) крае шейки матки или на переднем крае влагалищной манжеты (рубец после гистерэктомии).
4. Точка D: задний свод у женщины, у которой еще сохранилась шейка матки.

Задняя стенка влагалища:

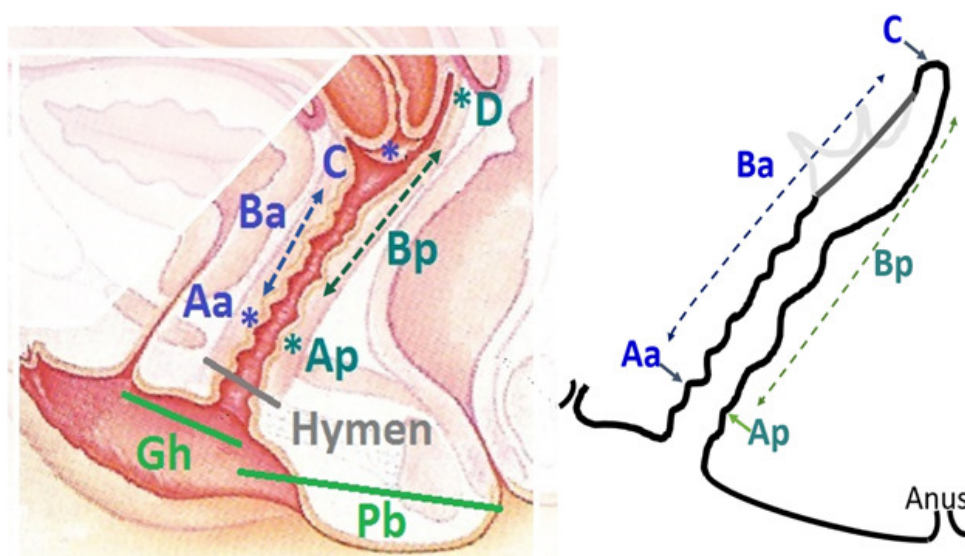
5. Точка Ap: Точка, расположенная на средней линии задней стенки влагалища на три (3) см проксимальнее девственной плевы. Потенциальный диапазон положения точки Ap относительно девственной плевы составляет от -3 до $+3$ см.
6. Точка Bp: точка, которая представляет собой наиболее дистальное положение любой части верхней задней стенки влагалища (между влагалищной манжетой или задним сводом влагалища и точкой Ap).

Еще 3 описательных ориентира и измерения.

1. Половая щель (ПГ) измеряется от середины наружного отверстия уретры до заднего края девственной плевы.
2. Общая длина влагалища (TVL) – это длина влагалища (см) от заднего свода до девственной плевы, когда точка C или D уменьшена до своего полного нормального положения.
3. Тело промежности (ТП) измеряется от заднего края девственной плевы до середины анального отверстия.

Точка D включена в качестве точки измерения для дифференциации несостоятельности поддерживающего комплекса маточно-крестцово-кардинальной связки от удлинения шейки матки. Когда местоположение точки C значительно более положительно, чем местоположение точки D, это указывает на удлинение шейки матки, которое может быть симметричным или эксцентричным. Точка D опускается при отсутствии шейки матки.

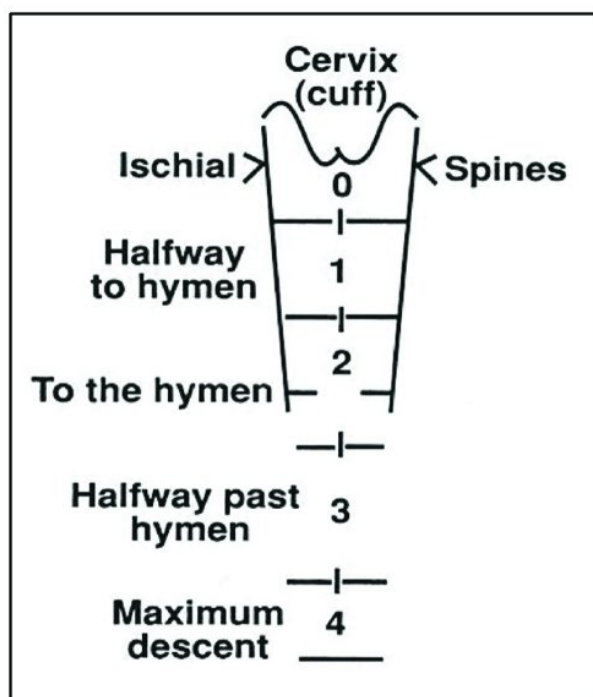
Схематическое изображение параметров, определяемых по классификации POP-Q.



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

- **Стадия 0:** пролапс не выявлен (точки Aa, Ba, C, D, Ap и Bp все ≤ -3 см).
- **Стадия I:** самая дистальная часть пролапса находится более чем на 1 см выше уровня девственной плевы (точки Aa, Ba, C, D, Ap и Bp все ≤ -1 см).
- **Стадия II:** самая дистальная часть пролапса расположена на 1 см выше девственной плевы и на 1 см ниже девственной плевы (любая из точек Aa, Ba, C, D, Ap и Bp имеет значение от -1 см до +1 см).
- **Стадия III:** самая дистальная часть пролапса более чем на 1 см выступает за плоскость девственной плевы, но не полностью вывернута, то есть ни одно значение не $\geq TVL - 2$ см (любая из точек Aa, Ba, C, D, Ap, Bp $\geq +2$ и $\leq tvl - 3$ см)
- **Стадия IV:** полный выворот или выворот в пределах 2 см от общей длины влагалища нижних половых путей (любая из точек Ba, C, D или Bp $\geq TVL - 2$ см).

<https://doi.org/10.1002/nau.23740>



Стадирование ПТО по системе POP-Q

Принцип стадирования ПТО согласно системе Baden-Walker заключается в том, что

движение ведущей точки пролапса к полному выпадению разделено на четыре этапа (стадии), каждый из которых является «половиной пути» относительно гименального кольца. Согласно классификации ПТО по BadenWalker выделяют 4 стадии опущения:

- **1-я стадия:** наиболее пролабирующая точка доходит до половины длины влагалища;
- **2-я стадия:** наиболее пролабирующая точка влагалища доходит до гименального кольца (вход во влагалище);
- **3-я стадия:** наиболее пролабирующая точка выходит за пределы гименального кольца до половины длины влагалища;
- **4-я стадия:** влагалище выпадает полностью.

https://www.researchgate.net/figure/Baden-Walker-half-way-system-6-It-consists-of-four-grades-grade-0-no-prolapse_fig2_51063190

<https://uroportal.ru/upload/iblock/61b/61b557fd6b7d55bb69cb077108a65a2b.pdf>

[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(99\)70371-6/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(99)70371-6/abstract)

Принцип формулирования диагноза

Формулирование диагноза при пролапсе тазовых органов основывается на Международных классификациях МКБ 10/11, POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system), клинических проявлениях, степени выпадения и должно отражать его основные характеристики:

1. Локализация пролапса:
 - Цистоцеле (выпадение передней стенки влагалища, пролапс мочевого пузыря)
 - Ректоцеле (выпадение задней стенки влагалища, пролапс прямой кишки)
 - Энтероцеле (грыжевое выпячивание брюшины)
 - Утеровагинальный пролапс (опущение или выпадение матки)
 - Вагинальный культевый пролапс (у пациенток после гистерэктомии)
2. Степень пролапса (по POP-Q):
 - 0 степень – отсутствие пролапса
 - I степень – наиболее опущенная точка не ниже -1 см относительно гименального кольца
 - II степень – наиболее опущенная точка между -1 см и +1 см от гименального кольца
 - III степень – наиболее опущенная точка более +1 см, но не более полной эвентрации
 - IV степень – полное выпадение органа за пределы половой щели
3. Осложнения (если имеются):
 - Хроническая мочевиная инфекция
 - Задержка мочи или недержание
 - Дизурия, нарушение дефекации
 - Язвенные дефекты слизистой
4. Степень влияния на качество жизни
 - Умеренные, выраженные нарушения
 - Нарушение сексуальной функции

Пример формулировки диагноза: "Пролапс тазовых органов: цистоцеле II степени, ректоцеле I степени, без нарушения функции мочеиспускания". Если есть дополнительные данные (например, послеоперационные изменения, осложнения), их также указывают в диагнозе.

2.4. Клиническая картина

Наиболее распространённые симптомы ПТО включают в себя следующие проявления:

- Локальные симптомы, связанные с влагалищем: дискомфорт в области влагалища, ощущение инородного тела в промежности, а также попадание и выход воздуха из влагалища во время полового акта или физической активности (квифинг);
- Симптомы, касающиеся мочевых путей: проявления, связанные с накоплением мочи (недержание мочи, поллакиурия), а также симптомы, связанные с опорожнением (затруднённое мочеиспускание, длительное мочеиспускание, необходимость в мануальной помощи для опорожнения, изменение положения тела для начала или завершения мочеиспускания), постмикционные симптомы (подкапывание мочи,

ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря);

- Симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: запоры, императивные позывы к дефекации, недержание газов или стула, неполное опорожнение кишечника, необходимость в мануальной помощи (пальцевое давление на промежность или заднюю стенку влагалища) для осуществления дефекации;
- Сексуальная дисфункция (диспареуния, утрата вагинальной чувствительности);
- В некоторых случаях заболевание может протекать без выраженных симптомов.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11744905/>

2.5. Диагностика

Критерии для постановки диагноза:

Диагноз ПТО формируется на основе жалоб пациента, анамнестической информации и результатов физикального обследования. Важно тщательно проанализировать историю болезни, выявить возможные факторы риска, способствующие развитию данной патологии, а также оценить, как симптомы влияют на качество жизни пациента.

Жалобы и анамнез

См. раздел «Клиническая картина заболевания».

Физикальное обследование

С Рекомендовано проведение физикального обследования всем пациенткам с пролапсом тазовых органов

При проведении общего осмотра основное внимание должно быть уделено выявлению маркеров дисплазии соединительной ткани (ДСТ), таких как повышенная эластичность кожи, высокая подвижность суставов, предрасположенность к образованию гематом, наличие варикозного расширения вен промежности, влагалища и нижних конечностей и другие признаки. Степень выраженности ПТО напрямую зависит от тяжести проявлений ДСТ на экстрагенитальном уровне. Чем более выражены симптомы ДСТ, тем раньше и в более тяжелой форме проявляется ПТО.

<https://doi.org/10.1007/s00192-011-1532-y>

С Рекомендуется выполнить визуальный осмотр наружных половых органов, а также осмотреть шейку матки и стенки влагалища с использованием зеркал, дополнительно к бимануальному влагалищному исследованию, для всех пациенток с целью диагностики

Для визуализации дефекта тазового дна применяются стерильные гинекологические зеркала или влагалищные зеркала по Симсу, которые поочередно вводятся в своды влагалища. Важно обратить внимание на следующие аспекты:

- форма и расположение наружного отверстия уретры, подвижность слизистой оболочки, наличие возможных патологий (пролапс слизистой оболочки уретры, полип уретры, деструктивные изменения);
- состояние слизистой влагалища, наличие рубцов и деформаций, а также характер выделений из влагалища;
- состояние передней и задней стенок влагалища в покое и при напряжении, степень их опущения;
- состояние шейки матки, ее форма, расположение и подвижность; в случае отсутствия шейки матки следует оценить расположение сводов влагалища;
- положение тела матки, его форма и подвижность
- состояние мышц тазового дна, наличие дефектов;
- состояние сухожильного центра промежности, его размеры и подвижность.

С В зависимости от результатов обследования и выявленных специфических дефектов, а также степени пролапса тазовых органов (ПТО), формируется стратегия и объем хирургического вмешательства. Рекомендуется проведение кашлевого теста и пробы с натуживанием (проба Вальсальвы) у пациенток с ПТО без репозиции для объективной диагностики наличия недержания мочи и, возможно, недержания кала

Необходимо подчеркнуть, что кашлевая проба проводится только при наличии у пациентки позывов к мочеиспусканию и объеме мочи в мочевом пузыре не менее 300 мл.

С Рекомендуется пациенткам с ПТО оценивать силу и эффективность сокращений мышц тазового дна

В ходе обследования пациентке предлагают сжать мышцы-леваторы ануса вокруг пальца врача. Также проводится оценка состояния кожи промежности и слизистой оболочки влагалища, поскольку атрофия эпителия влагалища, вызванная дефицитом эстрогенов, обычно сопровождается атрофией уретры и окружающих тканей. Далее анализируется диаметр входа во влагалище и длина тела промежности, так как разрывы мягких тканей чаще наблюдаются у женщин с низкой промежностью. Для определения размеров и подвижности тела матки и придатков выполняется бимануальное исследование. В заключение осмотра осуществляется трансректальное пальцевое исследование, в ходе которого контролируется тонус и проверяется наличие энтероцеле или ректоцеле.

<https://doi.org/10.3390/medicina59061004>

Лабораторные диагностические исследования

С Рекомендуется пациенткам с ПТО провести общий (клинический) анализ мочи, а также микробиологическое (культуральное) исследование мочи на наличие аэробных и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов в случае наличия жалоб, касающихся мочевых путей

С Рекомендуется пациенткам с предраковыми состояниями шейки матки пройти цитологическое исследование микропрепарата, чтобы исключить наличие патологии шейки матки и определить объем необходимого оперативного вмешательства

<https://www.ijmsph.org/fulltext/67-1425047327.pdf?1739647718>

Инструментальные диагностические исследования

С Пациенткам с ПТО рекомендуется провести комплексное ультразвуковое исследование органов малого таза, включающее как трансвагинальный, так и трансабдоминальный подход

В настоящее время существует множество методов визуализации тазового дна у женщин, страдающих ПТО, которые позволяют глубже изучить анатомические особенности. К таким методам относятся магнитно-резонансная томография органов малого таза и рентгенологические исследования. Ультразвуковое исследование может быть рекомендовано пациенткам с ПТО в сложных случаях, особенно при рецидиве заболевания.

С Для женщин с ПТО, испытывающих дизурические расстройства, целесообразно провести ультразвуковое исследование мочевыводящих путей и почек, а также измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) с оценкой объема остаточной мочи с использованием абдоминального ультразвукового датчика, что поможет исключить наличие сопутствующей патологии

<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.006>

Иные диагностические исследования

С Рекомендуется обратиться за консультацией к врачу-урологу пациенткам, страдающим от

ПТО и испытывающим жалобы на недержание мочи или затруднения при мочеиспускании, с целью исключения возможных патологий нижних мочевых путей

С Рекомендуется пациенткам с ПТО провести инвазивное уродинамическое исследование в случае наличия жалоб на urgentное недержание мочи или затруднения при мочеиспускании

Данный метод исследования предоставляет возможность получить дополнительную информацию о функциональном состоянии детрузора и уретрального сфинктера, а также подтвердить наличие гиперактивности детрузора при клинических проявлениях ГАМП и стрессовом недержании мочи, если имеются соответствующие жалобы. В настоящее время отсутствует единое мнение о целесообразности проведения уродинамического исследования при выраженном ПТО без предварительной коррекции. В современной зарубежной литературе неоднократно обсуждалась важность и необходимость выполнения уродинамического исследования с репозицией пролапса для выявления скрытой формы недержания мочи и возможной гиперактивности детрузора, особенно у женщин с выраженным цистоцеле. В то же время необходимо учитывать риск гиперкоррекции ПТО, что может привести к компрессии уретры в результате репозиции, что является артефактом исследования.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4921370/>

2.6. Лечение

Для выбора стратегии лечения (консервативного или хирургического) врачу акушеру-гинекологу необходимо учитывать следующие аспекты:

1. наличие информированного согласия пациентки;
2. состояние здоровья пациентки, ее возраст, продолжительность заболевания, а также необходимость сохранения репродуктивной и сексуальной функций;
3. характер жалоб, выраженность клинической симптоматики и их влияние на качество жизни;
4. наличие условий для проведения хирургического вмешательства, включая противопоказания, экстрагенитальную патологию и сопутствующие гинекологические заболевания, требующие одновременного лечения.

Консервативное лечение

С Рекомендуется всем пациенткам с ПТО рассмотреть возможность изменения образа жизни, что включает в себя снижение веса (за счет рационального питания), ограничение физической нагрузки, связанной с подъемом тяжестей, а также профилактику и лечение запоров

Снижение массы тела и физической активности, связанной с увеличением внутрибрюшного давления, а также лечение запоров, объективно способствуют уменьшению выраженности клинической картины ПТО за счет снижения влияния повышенного внутрибрюшного давления на тазовое дно.

С Рекомендуется всем пациенткам с ПТО и атрофией слизистой влагалища применять местные формы эстрогенов для улучшения трофики и кровообращения, а также для повышения репаративно-регенеративных свойств слизистой влагалища

Локальная терапия эстрогенами в низких дозах является предпочтительным методом для женщин в пери- и постменопаузальном периоде, испытывающих такие симптомы, как сухость влагалища, диспареуния или дискомфорт во время половой жизни, связанные с данными состояниями. Долгосрочные наблюдения, проводимые в течение 6-24 месяцев, не выявили негативного воздействия локальных эстрогенов на эндометрий. В начале терапии препараты назначаются ежедневно в терапевтической дозе на срок от 2 до 4 недель, а по мере улучшения

состояния – дважды в неделю на длительный срок.

https://www.cochrane.org/CD014592/INCONT_does-oestrogen-therapy-help-treat-pelvic-organ-prolapse-postmenopausal-women

А Рекомендуется всем пациенткам с первичной или вторичной стадией заболевания пройти курс тренировок для укрепления мышц тазового дна

Использование комплекса упражнений, разработанного Кегелем, может способствовать замедлению прогрессирования дисфункции мышц тазового дна. Упражнения Кегеля можно дополнить различными влагалищными тренажерами, которые представляют собой грузы с разной массой, предназначенные для длительного удерживания во влагалище (включая влагалищные конусы и вагинальные шарики), а также применением различных методов биологической обратной связи (БОС-терапии).

<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/womens-health/in-depth/kegel-exercises/art-20045283>

С Рекомендуется использование pessaries в качестве консервативного метода лечения (в качестве альтернативы хирургическому вмешательству) у женщин с пролапсом тазовых органов (ПТО).

Показания для применения pessaries включают:

- Подготовку к хирургическому лечению
- Невозможность осуществления хирургического вмешательства

Пациентка должна быть информирована о риске прогрессирования ПТО и необходимости возможного оперативного вмешательства. Существует разнообразие pessaries, отличающихся по форме и размеру.

Выделяют два основных класса pessaries: поддерживающие и объем восполняющие.

Согласно исследованиям, для каждой стадии пролапса целесообразно использовать соответствующий тип pessaria.

Критерии эффективности установки и ношения pessaria включают:

- Наибольший по размеру pessarium не должен вызывать дискомфорта в вертикальном положении, а также при физической активности (кашле, ходьбе, чихании, натуживании);
- Pessarium должен легко устанавливаться и извлекаться из влагалища;
- Pessarium не должен вызывать затруднений при мочеиспускании.

Основной причиной прекращения использования pessaries, отмечаемой в 40% случаев, являются: дискомфорт при ношении, возникновение недержания мочи, болевые ощущения, выделения из влагалища, а также развитие осложнений, таких как кольпиты, пролежни, свищи и язвы. Кроме того, некоторые пациентки предпочитают хирургическое вмешательство. Силиконовые pessaries имеют преимущества перед латексными, так как они более эластичные и менее пористые, что способствует снижению риска размножения бактерий и повреждения слизистой оболочки.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21472447/>

Хирургическое лечение

С Рекомендуется пациенткам, страдающим от опущения передней стенки влагалища, осуществлять хирургическое вмешательство в форме передней кольпоррафии, что является процедурой для коррекции данного состояния

Использование синтетических сеток или биологических трансплантатов в процессе трансвагинального восстановления пролапса передней стенки влагалища демонстрирует лишь незначительные преимущества по сравнению с восстановлением естественных тканей. Применение сетчатых имплантов может привести к ряду осложнений, включая обструктивное мочеиспускание, забрюшинные гематомы и эрозии слизистой влагалища. Рекомендуется

преимущественно для женщин не реализующих половую жизнь (после 70 лет).

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5948274/>

А Рекомендуется пациенткам с опущением задней стенки влагалища проводить оперативное вмешательство, включающее кольпоперинеорафию и леваторопластику

Использование синтетических сеток или биологических трансплантатов при трансвагинальном восстановлении пролапса задней стенки влагалища не приводит к улучшению результатов у первичных пациенток.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9781416023395501233>

С Рекомендуется пациенткам с выпадением матки и стенок влагалища проводить хирургическое вмешательство в объеме тотальной влагалищной гистерэктомии (с придатками или без них), передней кольпоррафии, кольпоперинеоорафии и леваторопластики

У женщин, страдающих от маточно-вагинального пролапса, в 82 % случаев предпочтительным методом хирургического вмешательства является вагинальная гистерэктомия с последующей коррекцией сводов влагалища. Одним из часто применяемых методов для фиксации влагалища с целью профилактики или устранения пролапса сводов влагалища после удаления матки и энтероцеле является кульдопластика по методике McCall (лапароскопическая кульдопластика по Мак Коллу), а также методы Halban и Мошковича. В процессе операции комплекс крестцово-маточных и кардинальных связок подшивается к задней поверхности брюшины, что позволяет закрыть позадиматочное пространство.

<https://doi.org/10.1007/s00192-021-04890-z>

С Рекомендуется пациенткам с ПТО осуществление хирургических вмешательств, направленных на частичное закрытие влагалища, таких как срединная кольпоррафия по методу Лефора-Нейгебауэра и влагалищно-промежностный клейзис, известный как операция Лабгардта

Срединная кольпоррафия, являясь наименее инвазивным и наиболее эффективным методом, представляет собой операцию выбора для женщин старше 70 лет с тяжелыми формами пролапса гениталий, которые не ведут половую жизнь. После проведения данной процедуры становится невозможным дальнейшее обследование и диагностика заболеваний шейки матки и влагалища.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.12.002>

С Рекомендовано при элонгации шейки матки и опущении стенок влагалища выполнение манчестерской операции

Выполняется ампутация удлинненной и опущенной шейки матки, а также пересечение кардинальных связок с их последующей фиксацией к передней стенке шейки матки.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16427641/>

В Рекомендуется при наличии апикального пролапса осуществлять различные методы фиксации матки и шейки матки, такие как сакроспинальная фиксация, пектопекция и сакрокольпопексия

Одним из методов лечения маточно-вагинального пролапса является крестцово-остистая фиксация матки или культы влагалища. Операция выполняется через влагалищный доступ, что позволяет одновременно исправить сопутствующие патологии, такие как ректоцеле и стрессовое недержание мочи. Данная методика показана при пролапсе сводов влагалища и энтероцеле. Основная цель операции заключается в устранении пролапса путем фиксации купола влагалища или шейки матки к крестцово-остистым связкам, что обеспечивает их подъем вверх и вбок к стенке таза.

Пектопексия представляет собой хирургическую процедуру, направленную на коррекцию апикального пролапса половых органов. В рамках этой методики пролапс устраняется путем фиксации опущенных структур с использованием сетки к куперовской связке, что способствует восстановлению нормального анатомического положения органов.

При выполнении сакрокольпопексии, как с супрацервикальной гистерэктомией, так и без нее, осуществляется фиксация проксимальных двух третей задней стенки влагалища или тела матки (при его сохранении) к передней продольной связке крестца с помощью сетчатого импланта, используя лапаротомный или лапароскопический доступ.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.503>

В Рекомендуется при наличии апикального пролапса проводить лапароскопическую или роботизированную сакральную кольпопексию/гистеропексию с использованием метода промонтофиксации

Сакрокольпопексия или гистеропексия, выполняемая лапароскопическим или роботизированным доступом, представляет собой малоинвазивную методику, которая имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными открытыми операциями, особенно в контексте послеоперационных болей и времени, необходимого для восстановления.

<https://doi.org/10.1097/AGG.0000000000000006>

А Рекомендуется осуществлять одновременную коррекцию первичного тазового органа и стрессового недержания мочи у пациенток, у которых наблюдаются оба этих симптома, с целью повышения эффективности вмешательства. Однако необходимо информировать о повышенном риске осложнений, связанного с комбинированным лечением по сравнению с последовательной коррекцией

А Пациенткам, имеющим ПТО, но не испытывающим жалоб на НМ, не следует проводить профилактические операции с целью устранения потенциального НМ в процессе коррекции ПТО

А Женщинам, имеющим ПТО и находящимся в группе высокого риска рецидива пролапса (включая случаи повторных операций, полное выпадение тазовых органов и генетически предрасположенные ПТО), рекомендуется проводить хирургические вмешательства с использованием сетчатых имплантов

Использование сетчатых имплантов может снижать вероятность рецидива пролапса при повторных вмешательствах, а также в случаях пролапса 3 и 4 степени и при наличии синдрома Эллерса-Данлоса. Однако применение синтетических имплантов может вызывать такие осложнения, как протрузии сетчатых имплантов во влагалище, диспареуния и боли в области таза. Рекомендуется проводить такие операции в специализированных медицинских учреждениях.

<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/mesh-implants-have-similar-outcomes-hysterectomy-vaginal-prolapse-repair>

Варианты хирургических вмешательств при ПТО.

Операции при пролапсе 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:

- Кольпоперинеорафия и леваторорафия, задняя кольпоперинеорафия
- Манчестерская операция
- Сакроспинальная фиксация
- Сакрокольпопексия (лапаротомная, лапароскопическая)
- Сакрогистеропексия (лапаротомная, лапароскопическая)

Операции при пролапсе задней стенки влагалища:

- Кольпоперинеорафия и леваторорафия
- Кольпоперинеорафия 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
- Сакрокольпопексия с гистерэктомией (с супрацервикальной гистерэктомией или без нее) – лапаротомная, лапароскопическая
- Кольпоклеизис (срединная кольпоррафия Лефора-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 (слинговые операции при недержании мочи, уретропексия свободной синтетической петлей позадилонным доступом, уретропексия свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом).

2.7. Медицинская реабилитация

Специфической реабилитации нет.

2.8. Профилактика и диспансерное наблюдение

Специфическая профилактика ПТО и диспансерное наблюдение не разработаны.

Основные меры профилактики включают в себя:

1. Осторожное ведение родов, избегая длительных и травматичных процессов.
2. Лечение соматической патологии, которая может привести к повышению внутрибрюшного давления.
3. Послойное анатомическое восстановление промежности после родов в случае разрывов, эпизиотомии или перинеотомии.
4. Применение гормональной терапии при состояниях с низким уровнем эстрогенов.
5. Проведение комплекса упражнений для укрепления мышц тазового дна.

2.9. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинское учреждение:

- Хирургическое вмешательство при пролапсе тазовых органов.

Показания для выписки из медицинского учреждения:

- Клиническое выздоровление.

2.10. Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерий качества	Да/нет
---	-------------------	--------

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

3. Список литературы.

1. ACOG Practice Bulletin No. 195 (2020) ([Ссылка](#))
2. Aboseif C, Liu P. Pelvic Organ Prolapse. [Updated 2022 Oct 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>
3. Abrams P, Andersson KE, [et al.](#); Fourth International Consultation on Incontinence. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):213-40.
[doi: 10.1002/nau.20870](https://doi.org/10.1002/nau.20870). PMID: 20025020.
4. Anger, J. T., Mueller, E. R., Tarnay, C., Smith, B., Stroupe, K., Rosenman, A., Brubaker, L., Bresee, C., & Kenton, K. (2014). Robotic compared with laparoscopic sacrocolpopexy: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, 123(1), 5–12.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000006>
5. Ayhan, A., Esin, S., Guven, S., Salman, C., & Ozyuncu, O. (2006). The Manchester operation for uterine prolapse. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 92(3), 228–233.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.12.002>
6. Barber, E., Kleiner, I., Tairy, D., Bar, J., & Ginath, S. (2021). The effectiveness of McCall culdoplasty following vaginal hysterectomy in advanced stages of uterine prolapse. *International urogynecology journal*, 32(8), 2143–2148.
<https://doi.org/10.1007/s00192-021-04890-z>
7. Costantini, E., Brubaker, L., Cervigni, M., Matthews, C. A., O'Reilly, B. A., Rizk, D., Giannitsas, K., & Maher, C. F. (2016). Sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: evidence-based review and recommendations. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 205, 60–65.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.503>
8. Curillo-Aguirre, C. A., & Gea-Izquierdo, E. (2023). Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training on Quality of Life in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(6), 1004.
<https://doi.org/10.3390/medicina59061004>
9. Dietz H. P. (2019). Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 54, 12–30.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.006>
10. Ellerkmann, R. M., Cundiff, G. W., Melick, C. F., Nihira, M. A., Leffler, K., & Bent, A. E. (2001). Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(6), 1332–1338.
<https://doi.org/10.1067/mob.2001.119078>
11. [Giovanni Pecorella et al.](#) Literature review, surgical decision making algorithm, and AGREE II-S comparison of national and international recommendations and guidelines in pelvic organ prolapse surgery. 17 May 2024. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.15614>

12. Goldman, J., Ovadia, J., & Feldberg, D. (1981). The Neugebauer-Le Fort operation: a review of 118 partial colpocleises. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 12(1), 31–35. [https://doi.org/10.1016/0028-2243\(81\)90063-0](https://doi.org/10.1016/0028-2243(81)90063-0)
13. Halpern-Elenskaia, K., Umek, W., Bodner-Adler, B., & Hanzal, E. (2018). Anterior colporrhaphy: a standard operation? Systematic review of the technical aspects of a common procedure in randomized controlled trials. *International urogynecology journal*, 29(6), 781–788. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3510-5>
14. Lamers, B. H., Broekman, B. M., & Milani, A. L. (2011). Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *International urogynecology journal*, 22(6), 637–644. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1390-7>
15. Lammers, K., Lince, S. L., Spath, M. A., van Kempen, L. C., Hendriks, J. C., Vierhout, M. E., & Kluivers, K. B. (2012). Pelvic organ prolapse and collagen-associated disorders. *International urogynecology journal*, 23(3), 313–319. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1532-y>
16. Madhu C, Swift S, Moloney-Geany S, Drake MJ. How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? *Neurourol Urodyn.* 2018;37(S6):S39–43. <https://doi.org/10.1002/nau.23740>.
17. Panicker, R., & Srinivas, S. (2009). Urodynamic Changes in Pelvic Organ Prolapse and the Role of Surgery. *Medical journal, Armed Forces India*, 65(3), 221–224. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(09\)80007-5](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(09)80007-5)
18. Taithongchai A, Johnson EE, Ismail SI, Barron-Millar E, Kernohan A, Thakar R. Oestrogen therapy for treating pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 7. Art. No.: CD014592. https://www.cochrane.org/CD014592/INCONT_does-oestrogen-therapy-help-treat-pelvic-organ-prolapse-postmenopausal-women
19. Tristi W. Muir, Chapter 74 - POSTERIOR WALL PROLAPSE: SEGMENTAL DEFECT REPAIR, 2008, Pages 729-736, ISBN 9781416023395, <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-2339-5.50123-3>.
20. Клинические рекомендации «Выпадение женских половых органов» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, 2024. [Доступно на сайте Минздрава](#)

4. Приложения.

4.1. Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Указа Президента Республики Узбекистан №5590 «О комплексных мерах по совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7.12.2018 г. и приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 52 «Об утверждении методологии разработки, утверждения, и внедрения в медицинскую практику национальных/ локальных клинических протоколов и стандартов» от 23.02.2024 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка», Ташкентской медицинской академии, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Самаркандского государственного медицинского университета.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта

интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦЗМиР.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2014-2024 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2019 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.figo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных:

<http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>,
<http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств

использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента/эксперта, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

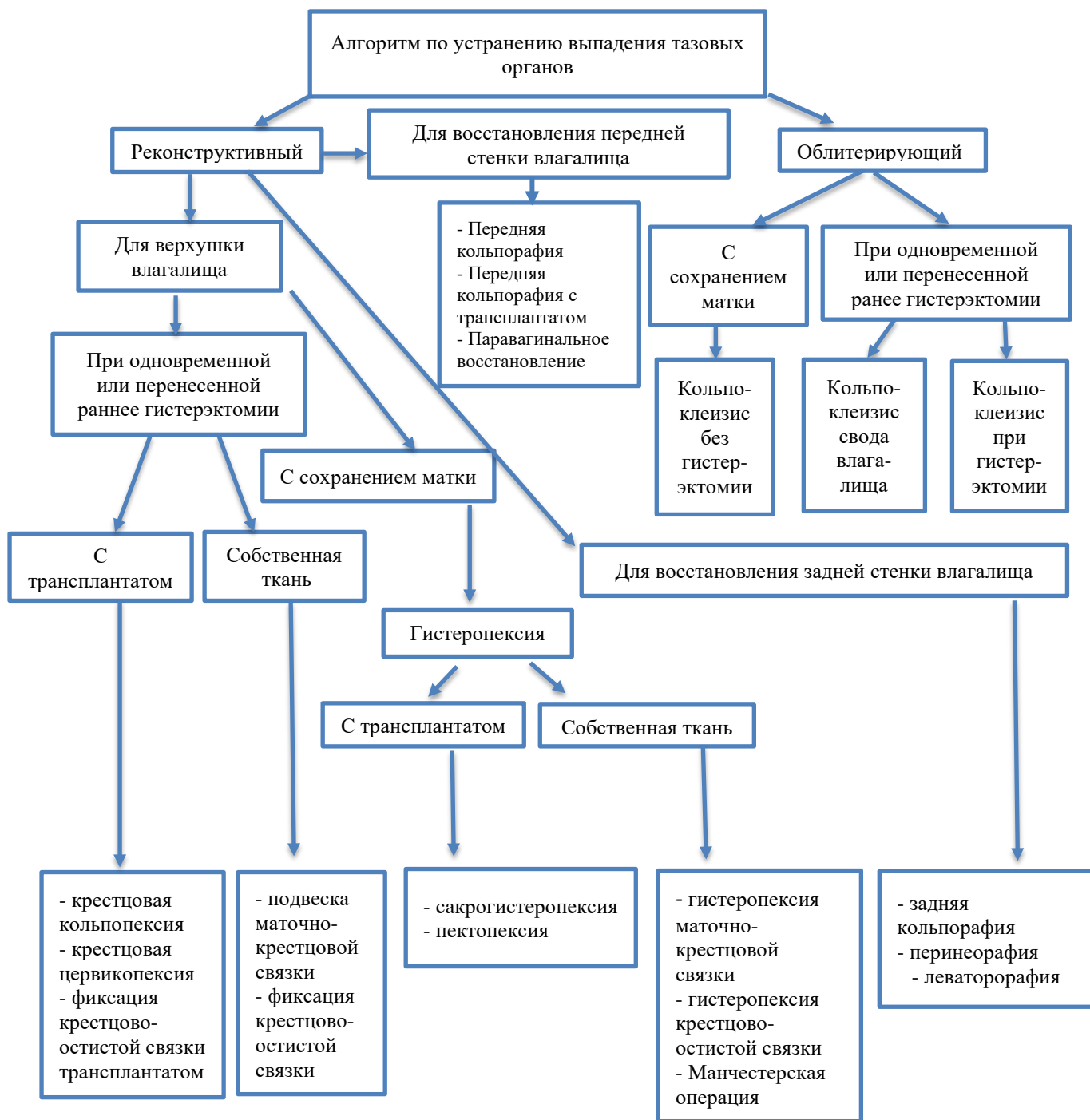
При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора региональных филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦЗМиР <https://akusherstvo.uz/>. Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в онлайн формате с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

В рекомендациях данного клинического протокола все сведения ранжированы по уровню убедительности рекомендаций (УУР) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

4.2. Алгоритм действий врача при ПТО



4.3. Алгоритм по устранению выпадения тазовых органов



4.4. Компетенции практических навыков для менеджмента выпадения женских половых органов (task shifting)

	Медсестра / акушерка	Семейный врач ПМСП (бакалавр)	Акушер-гинеколог/другие смежные специалисты
--	----------------------	-------------------------------	---

Жалобы и анамнез			
Продemonстрировать умения собрать жалобы у пациента	+	+	+
Применять знания о симптомах выпадения женских половых органов при сборе анамнеза пациента	+	+	+
Сформулировать полный анамнез пациентов с выпадением женских половых органов.		+	+
Оценка факторов риска	+	+	+
Физикальный осмотр			
Продemonстрировать компетентность при измерении антропометрических данных	+	+	+
Продemonстрировать умение измерить жизненно важные показатели (пульс, АД, сознание, дыхание, температура)	+	+	+
Продemonстрировать компетентность в проведении комплексного физикального обследования пациента, согласно рекомендациям протокола		+	+
Установление диагноза			
Установить диагноз выпадения женских половых органов на основании МКБ 10/11	+	+	+
Лабораторная диагностика			
Назначить базовые лабораторные анализы при ПТО	+	+	+
Интерпретация результатов базовых лабораторных анализов		+	+
Назначить дополнительные лабораторные анализы при необходимости		+	+
Интерпретация результатов дополнительных лабораторных анализов		+	+
Инструментальная диагностика			
Назначить базовые инструментальные исследования при ПТО	+	+	+
Интерпретация результатов базовых инструментальных исследований		+	+
Назначить дополнительные инструментальные исследования при ПТО в случае необходимости		+	+
Интерпретация результатов дополнительных инструментальных		+	+

исследований			
Лечение			
Определить объем немедикаментозного лечения	+	+	+
Определить объем хирургических вмешательств			+
Компетенции в проведении хирургических вмешательств согласно протоколу			+
Профилактика			
Компетенции по улучшению поведения и промоции здорового образа жизни	+	+	+

4.5. Компетенции знаний для менеджмента выпадения женских половых органов (task shifting)

	Медсестра / акушерка	Семейный врач ПМСП (бакалавр)	Акушер-гинеколог/другие смежные специалисты
Дать определение выпадения женских половых органов	+	+	+
Описать жалобы, факторы риска, симптомы, при выпадении женских половых органов	+	+	+
Описать терминологию, связанную с выпадением женских половых органов		+	+
Классифицировать выпадение женских половых органов согласно МКБ 10/11	+	+	+
Описать патофизиологические механизмы выпадения женских половых органов		+	+
Описать факторы риска развития выпадений женских половых органов		+	+
Описать схему сбора анамнеза при выпадении женских половых органов	+	+	+
Описать подходы к физикальному исследованию при выпадении женских половых органов	+	+	+
Построить подход к диагностике выпадения женских половых органов на основе этиологии, симптомов и исследований	+	+	+
Интерпретация базовых анализов и инструментальных исследований		+	+
Построить подход к терапии ПТО		+	+
Описать немедикаментозную	+	+	+

терапию			
Обсудить механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, применяемых при выпадении женских половых органов		+	+
Обсудить патофизиологические изменения при выпадении женских половых органов		+	+
Знать меры профилактики выпадений женских половых органов	+	+	+