Выпадение женских половых органов

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8 · Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов"

Пролапс тазовых органов — опущение тазового дна и органов малого таза, включая цистоцеле, ректоцеле, выпадение матки/влагалища. Рекомендация охватывает диагностику по жалобам, осмотру и POP-Q, выбор консервативной тактики или операции с учетом симптомов, стадии, возраста, репродуктивной и сексуальной функции.

Главное

- Факторы риска ПТО: семейная форма, вагинальные и осложненные роды, дисплазия соединительной ткани, избыточная масса тела/ожирение, курение, повышение внутрибрюшного давления, кашель, дефицит эстрогенов.
- Симптомы включают ощущение инородного тела и дискомфорт во влагалище, квифинг, недержание или затруднение мочеиспускания, запоры, императивные позывы, недержание газов/стула, необходимость ручного пособия при мочеиспускании или дефекации, диспареунию; возможное течение — бессимптомное.
- Диагноз ставят по жалобам, анамнезу и физикальному обследованию с оценкой факторов риска и влияния симптомов на качество жизни.
- Для стадирования в практике предпочтительна POP-Q: измеряют 9 параметров при максимальном натуживании относительно гименального кольца; стадия определяется по наиболее дистальной точке пролапса.
- Всем пациенткам нужен гинекологический осмотр: наружные половые органы, шейка и стенки влагалища в зеркалах, бимануальное исследование; УУР С, УДД 5.
- При ПТО 1–2 стадии всем пациенткам назначают тренировку мышц тазового дна; это рекомендация с УУР А, УДД 1.
- Плановая госпитализация показана для хирургического лечения пролапса тазовых органов; выписка — при клиническом выздоровлении.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: детально изучить историю заболевания, определить потенциальные факторы риска развития ПТО и влияние симптоматики на качество жизни.
2. Провести общий осмотр с поиском признаков дисплазии соединительной ткани: гиперэластичность кожи, гипермобильность суставов, склонность к гематомам, варикоз вен нижних конечностей; УУР С, УДД 5.
3. Выполнить визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр шейки и стенок влагалища в зеркалах Симса, бимануальное исследование; оценить уретру, слизистую, рубцы, выделения, переднюю/заднюю стенки в покое и при натуживании, шейку, матку, мышцы тазового дна и промежность; УУР С, УДД 5.
4. Провести кашлевой тест и пробу Вальсальвы без репозиции пролапса для выявления стрессового недержания мочи и, возможно, недержания кала; кашлевую пробу выполняют при позыве к мочеиспусканию и объеме мочевого пузыря не менее 300 мл; УУР С, УДД 4.
5. Оценить силу и эффективность сокращения мышц тазового дна пальпаторно; дополнительно выполнить трансректальное пальцевое исследование для оценки тонуса и выявления энтероцеле или ректоцеле; УУР С, УДД 5.
6. При мочевых жалобах назначить общий анализ мочи и культуральное исследование мочи; пациенткам с ПТО провести цитологическое исследование микропрепарата шейки матки для исключения патологии шейки и выбора объема оперативного лечения; УУР С, УДД 5.
7. Инструментально выполнить комплексное УЗИ органов малого таза трансвагинально и трансабдоминально; при дизурии добавить УЗИ мочевыводящих путей и почек, урофлоуметрию с определением остаточной мочи; при кишечных симптомах — дефекофлоуметрию, аноректальную манометрию, трансректальное УЗИ прямой кишки.

Лечение

- Тактику выбирают с учетом согласия пациентки, возраста и состояния, длительности болезни, необходимости сохранения репродуктивной и сексуальной функции, выраженности симптомов, влияния на качество жизни, противопоказаний и сопутствующей патологии.
- Всем пациенткам предложить изменение образа жизни: снижение массы тела, ограничение подъема тяжестей, профилактику и лечение запоров; УУР С, УДД 5.
- При атрофии слизистой влагалища использовать локальные эстрогены; в начале — ежедневно 2–4 недели в терапевтической дозе, затем при улучшении — 2 раза в неделю длительно; УУР С, УДД 5.
- При 1–2 стадии ПТО назначить программу тренировки мышц тазового дна: упражнения Кегеля, при необходимости влагалищные конусы/шарики, БОС-терапию, электромиостимуляцию; УУР А, УДД 1.
- Пессарий применяют как консервативную альтернативу операции, в том числе при подготовке к хирургии или невозможности ее выполнить; критерии подбора — нет дискомфорта стоя и при нагрузке, легко вводится/извлекается, не нарушает мочеиспускание и дефекацию, не провоцирует скрытое недержание мочи; УУР С, УДД 2.
- При опущении передней стенки влагалища выполняют переднюю кольпоррафию; при опущении задней стенки — кольпоперинеооррафию и левататопластику. Для задней стенки УУР А, УДД 1; для передней стенки УУР С, УДД 2.
- При выпадении матки и стенок влагалища выполняют тотальную влагалищную гистерэктомию с придатками или без, переднюю кольпоррафию, кольпоперинеооррафию и левататопластику; УУР С, УДД 5.
- При апикальном пролапсе применяют сакроспинальную фиксацию или сакральную кольпопексию; лапароскопическая/робот-ассистированная сакральная кольпопексия или гистеропексия имеет преимущества перед открытыми операциями по боли и восстановлению; УУР В, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Направить к урологу пациентку с ПТО, если есть недержание мочи или затрудненное мочеиспускание, чтобы исключить патологию нижних мочевых путей; УУР С, УДД 5.
- Назначить инвазивное уродинамическое исследование при ургентном недержании мочи или затрудненном мочеиспускании; УУР С, УДД 5.
- Плановая госпитализация показана для хирургического лечения пролапса тазовых органов.
- Операции с сетчатыми имплантами при высоком риске рецидива — повторные операции, полное выпадение тазовых органов, генетически обусловленный ПТО — предпочтительно выполнять в специализированных клиниках; УУР А, УДД 1.

Частые вопросы

Как стадировать пролапс тазовых органов?

В практике используют POP-Q: при максимальной пробе Вальсальвы измеряют 9 параметров относительно гименального кольца, стадия определяется по самой дистальной точке пролапса. 1-я стадия — ведущая точка более чем на 1 см выше гименального кольца, 2-я — от менее 1 см выше до не более 1 см ниже, 3-я — ниже 1 см, но менее чем TVL–2, 4-я — полная эверсия с ведущей точкой >TVL–2.

Когда при ПТО нужны анализ мочи и посев?

Общий анализ мочи и культуральное исследование мочи назначают при наличии жалоб со стороны мочевых путей. УУР С, УДД 5.

Кому подходят упражнения для мышц тазового дна?

Программу тренировки мышц тазового дна назначают всем пациенткам с ПТО 1 или 2 стадии. Возможны упражнения Кегеля, влагалищные тренажеры, БОС-терапия и электромиостимуляция; УУР А, УДД 1.

Когда использовать пессарий при пролапсе?

Пессарий применяют как консервативную альтернативу операции, для подготовки к хирургическому лечению или если операция невозможна. Пациентку предупреждают о возможном прогрессировании ПТО и вероятной необходимости операции; УУР С, УДД 2.

Нужно ли одновременно оперировать стрессовое недержание мочи при коррекции пролапса?

Если у пациентки есть и ПТО, и симптомы стрессового недержания мочи, одновременная коррекция повышает эффективность лечения, но риск осложнений выше, чем при поэтапной коррекции; УУР А, УДД 1. Если жалоб на недержание мочи нет, профилактические операции против возможного недержания при коррекции ПТО не выполняют; УУР А, УДД 1.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/647-vypadenie-zhenskih-polovyh-organov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/647_2