

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич
12.06.2013
Регистрационный № 027-0313

**АЛГОРИТМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК
С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ДИСФУНКЦИЕЙ
ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Гродненский государственный медицинский университет», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. М.В. Кажина, канд. мед. наук, доц. А.Н. Барсуков, д-р мед. наук, проф. О.А. Пересада, канд. мед. наук, ас. И.Н. Яговдик, Р.В. Кузнецов, А.А. Куликов, ас. А.В. Хмеленко

Гродно 2013

Цель инструкции — создание системы диагностических действий врача при предоперационном обследовании пациенток с генитальным пролапсом, осложненным дисфункцией тазовых органов.

Методика позволит существенно сократить время, снизить материальные затраты и одновременно повысить точность диагностики и эффективность лечебных мероприятий при оказании помощи женщинам с пролапсом гениталий, осложненным дисфункцией тазовых органов.

Область применения: акушерство и гинекология, хирургия, урология, проктология, терапия, нефрология, неврология, геронтология.

Уровень внедрения: женские консультации, поликлиники, консультативные центры, акушерско-гинекологические отделения родильных домов, гинекологические, урологические, хирургические и геронтологические отделения больниц.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Рутинные стандартизованные инструментальные и лабораторные методики, доступные в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь, из них специализированные:

- комбинированное уродинамическое исследование;
- магнитно-резонансная томография;
- трехмерное ультразвуковое сканирование;
- электромиография мышц тазового дна.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Предоперационное обследование пациенток с генитальным пролапсом, осложненным дисфункцией тазовых органов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Генитальный пролапс (ГП) является одной из наиболее часто встречающихся проблем женщин перименопаузального возраста. Частота ГП в структуре общей гинекологической заболеваемости составляет 28–38,9%. Среди женщин, оперированных в гинекологических стационарах, на долю генитального пролапса приходится до 15%. Более половины случаев ГП сопровождаются проявлениями уретральной и анальной дисфункции. Значительная часть дисфункциональных нарушений при ГП обусловлена неврологическими расстройствами. Основным методом лечения ГП является хирургический. Однако, учитывая многогранность клинических проявлений ГП, специфической хирургической терапии должен предшествовать комплекс диагностических мероприятий, который позволит систематизировать жалобы, определить направления диагностического поиска, назначить терапию и выделить четкие показания для оперативного лечения, включая симультанные оперативные вмешательства с использованием

аллотрансплантатов.

Важной проблемой диагностики пролапса является отсутствие единой классификации перинеальных нарушений. Международная классификация болезней X пересмотра, в соответствии с которой врач обязан оформить диагноз, предполагает только рубрику N81 «выпадение женских половых органов», которая включает различные клинические варианты, но не учитывает многообразие функциональных и анатомических нарушений при данной патологии.

На сегодняшний день наиболее распространенной и объективной в мировой практике считается классификационная система POP-Q, не включенная в стандартные отечественные протоколы обследования. С учетом имеющихся недостатков данной системы в виде сложности ее понимания и практического использования, весомыми преимуществами ее являются воспроизводимость, наглядность и объективность картины пролапса, оцениваемая в единицах СИ. Использование приведенной ниже классификации дает возможность каждому врачу воспроизвести измерение, избежать ошибок в диагностике и выбрать оптимальную тактику лечения. Алгоритмизирование диагностики повышает ранг доказательности процесса обследования, что, в свою очередь, предопределяет улучшение качества лечения.

Таким образом, учитывая распространенность, полиэтиологичность и сложность клинических проявлений синдрома несостоятельности тазового дна (СНТД), диагностика этой патологии в Республике Беларусь нуждается в четком структурировании и алгоритмизировании. Диагностическая программа должна включать не только скрининговую оценку состояния тазового дна, но и анализ всех патологических звеньев СНТД, что обеспечит своевременное и наиболее эффективное решение вопросов профилактики и лечения нарушений со стороны гениталий и смежных органов при СНТД, и будет способствовать улучшению качества жизни пациенток.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ
ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК
С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ,
ОСЛОЖНЕННЫМ ДИСФУНКЦИЕЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

Цель исследования	Объем исследования	Результат	Тактика
I. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭТАП			
Выявление или исключение сопутствующих гинекологических заболеваний	Методики, общепринятые в гинекологии	Сопутствующие гинекологические заболевания	Хирургическое и консервативное лечение сопутствующих гинекологических заболеваний
Оценка состояния тазового дна, формы и степени генитального пролапса	Сбор характерных жалоб, особенностей анамнеза, оценка промежностного индекса, методика POP-Q	Несостоятельность тазового дна и генитальный пролапс	Хирургическая коррекция генитального пролапса. Профилактика прогрессирования генитального пролапса.
II. УРОЛОГИЧЕСКИЙ ЭТАП			
Выявление или исключение сопутствующих урологических заболеваний	Методики, общепринятые в урологии	Сопутствующие урологические заболевания	Хирургическое и консервативное лечение сопутствующих урологических заболеваний
Диагностика уретральной инконтиненции	Сбор характерных жалоб, особенностей анамнеза, физикальное обследование, функциональные пробы, дневник мочеиспусканий, УЗИ мочевого пузыря и уретры, МРТ-скопия (по показаниям), КУДИ (по показаниям)	Стрессовое недержание мочи, ассоциированное с генитальным пролапсом	Хирургическое лечение стрессового недержания мочи
		Нестрессовое недержание мочи вследствие гиперактивности мочевого пузыря	Консервативное лечение гиперактивности мочевого пузыря
		Смешанное недержание мочи, ассоциированное с генитальным пролапсом и гиперактивностью детрузора	Хирургическое лечение стрессового недержания мочи и консервативное лечение гиперактивности мочевого пузыря

Цель исследования	Объем исследования	Результат	Тактика
III. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ЭТАП			
Выявление возможных неврологических причин гиперактивности детрузора	Методики, общепринятые в неврологии	Неврологические причины гиперактивности детрузора	Лечение выявленных неврологических заболеваний
IV. ПРОКТОЛОГИЧЕСКИЙ ЭТАП			
Диагностика анальной дисфункции	Методики, общепринятые в проктологии	Анальная дисфункция, ассоциированная с пролапсом; другие виды анальной дисфункции	Нехирургические и хирургические методики лечения анальной дисфункции

Форма и степень пролапса определяются по методике POP-Q (приложение 1). Для оценки состояния промежности определяется промежностный индекс PI (приложение 2). Необходимый и достаточный объем предоперационного обследования представлен в приложении 3.

Важным элементом обследования пациентки, у которой наблюдается недержание мочи, является ультразвуковое сканирование мочевого пузыря и уретры с объемной реконструкцией изображения.

В комплексной диагностике дополнительно (по показаниям) можно использовать МРТ-скопию, позволяющую оценить топографию мочевыводящих путей, их структурные особенности (степень опущения мочевого пузыря при генитальном пролапсе, расширение уретро-везикального сегмента, факт истечения мочи при натуживании).

При обследовании этого контингента пациенток в ряде случаев необходимо комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) нижних отделов мочевыводящих путей. Стандартное уродинамическое исследование включает урофлоуметрию, цистометрию, исследование «давление-поток», профилометрию (регистрация профиля внутриуретрального давления — ПВД), электромиографию.

Комплексное обследование таких пациенток с учетом формы и степени генитального пролапса, вида уретральной и анальной дисфункции позволяет научно обосновать хирургическую тактику в зависимости от тяжести заболевания, особенностей клинического течения и показателей уродинамики, обеспечить рациональный выбор оперативного пособия. В результате хирургического лечения должны быть восстановлены анатомо-топографические взаимоотношения в пузырно-уретральной области, а также укреплена диафрагма таза путем мышечно-фасциальной и/или аллопластики, что позволит обеспечить трансмиссию повышенного абдоминального давления на мочевой пузырь и уретру, фиксируя

последнюю в том месте, где передача давления адекватна и потери мочи не возникнет.

Представленный алгоритм обследования урогинекологической пациентки разработан для оптимизации диагностического процесса. Учитывая удельный вес генитального пролапса в данном комплексе урогенитальных расстройств, основным координатором диагностического и лечебного процесса у этой группы женщин должен стать гинеколог. Тем не менее любой специалист, ознакомленный с данным алгоритмом, к которому обратилась пациентка с генитальным пролапсом, осложненным дисфункцией смежных органов, сможет направить её по нужному диагностическому маршруту. В итоге будет проведено адекватное комплексное обследование с назначением и выполнением лечения, действующего на все звенья патогенеза, нормализующего нарушенные топографо-анатомические и функциональные взаимоотношения в области тазового дна.

Классификационная система POP-Q

На рисунке представлено схематическое изображение всех девяти точек, используемых в этой классификации, в сагиттальной проекции женского таза при отсутствии пролапса. Измерения проводят сантиметровой линейкой, маточным зондом или корнцангом с сантиметровой шкалой в положении пациентки лежа на спине при максимальной выраженности пролапса (обычно этого достигают при проведении пробы Вальсальвы).

Девственная плева действует как установленная точка, относительно которой проводятся измерения в системе POP-Q. Гимен — плоскость, которую можно всегда точно визуально определить и относительно которой описывают точки и параметры этой системы. Термин «гимен» предпочтительнее абстрактного термина «интроитус». Анатомическую позицию шести определяемых точек (**Aa**, **Ap**, **Ba**, **Bp**, **C**, **D**) измеряют выше или проксимальнее гимена, при этом получают отрицательное значение (в сантиметрах). При расположении данных точек ниже или дистальнее гимена фиксируют положительное значение. Плоскость гимена соответствует нулю. Остальные три параметра (**TVL**, **GH** и **PB**) измеряют в абсолютных величинах.

Стадирование POP-Q

Стадию устанавливают по наиболее выпадающей части влагалищной стенки. Может быть опущение передней стенки (точка Ba), апикальной части (точка C) и задней стенки (точка Bp).

POP-Q – степень пролапса

- Стадия 0** Aa, Ap, Ba, Bp = -3см и C или D \leq - (tv1 - 2) см
Стадия I Стадия 0 и наиболее нижний участок влагалища < -1 см
Стадия II Нижний край \geq -1см, но \leq +1см
Стадия III Нижний край > +1см, но < + (tv1 - 2) см
Стадия IV Нижний край \geq + (tv1 - 2) см

Определенные точки для измерения в ROP-Q системе

Передняя стенка влагалища

Точка **Аа** — эта точка расположена по середине передней стенки влагалища на 3 см проксимальнее наружного отверстия уретры. Диапазон положения точки Аа относительно девственной плевы от -3 до +3 см.

Точка **Ва** — точка, которая представляет наиболее дистальную позицию верхней части передней стенки влагалища от переднего свода влагалища к точке Аа. Точка Ва равна -3 см при отсутствии пролапса.

Апекс влагалища

Точка **С** — точка, которая представляет наиболее дистальный край шейки или передний край шрама влагалищного свода у женщины, которая подверглась тотальной гистерэктомии.

Точка **Д** — точка, которая представляет местоположение заднего свода у женщины, которая все еще имеет шейку.

Задняя стенка влагалища

Точка **Ар** — эта точка расположена по середине задней стенки влагалища на 3 см проксимальнее девственной плевы. Диапазон положения точки Ар относительно девственной плевы равен от -3 до +3 см.

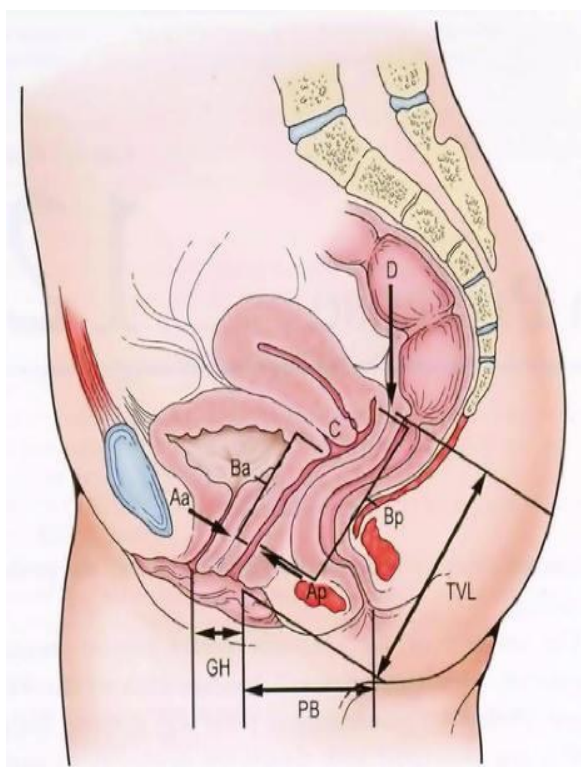
Точка **Вр** — точка, которая представляет наиболее дистальный аспект верхней части задней стенки влагалища от заднего влагалищного свода к точке Ар. Точка Вр равна — 3 см при отсутствии пролапса.

Другие ориентиры и измерения

Генитальный хиатус (половая щель) (**GH**): измеряется от середины наружного отверстия уретры до задней средней части девственной плевы.

Тело промежности (**PB**): измеряется от задней границы половой щели (как описано выше) до середины анального отверстия.

Общая длина влагалища (**TVL**): является самой большой глубиной влагалища в см, когда точка С находится в нормальном положении.



Оценка состояния промежности «промежностный индекс – perineal index- PI»

СИМПТОМ				Баллы	
				1-я явка	2-я явка
О С М О Т Р	В покое	Расстояние от задней спайки до анального отверстия	Больше 3 см	0	0
			2,5 см	1	1
			2 см	2	2
			1,5 см	3	3
			1 см	4	4
			0,5 см	5	5
			клоака	6	6
		Рубец на промежности	Нет	0	0
			Нормальных качеств Грубый или несостоятельный	1 2	1 2
	Дилатация уретры	Нет	0	0	
		Есть	1	1	
	Геморроидальные узлы	Нет	0	0	
		Есть	1	1	
	Подтекание мочи	Нет	0	0	
		Есть	1	1	
	Дилатация анального отверстия	Нет	0	0	
Есть		1	1		
Состояние половой щели	Не зияет	0	0		
	Зияет	1	1		
Состояние ножек <i>m.levator ani</i>	Хорошо (острый угол)	0	0		
	Широко (тупой угол)	1	1		
В зияющей половой щели шейка матки и культия влагалища	Не видна	0	0		
	Видна выше <i>introitus vaginae</i>	1	1		
	Видна на уровне <i>introitus vaginae</i>	2	2		
	Видна ниже уровня <i>introitus vagi</i>	3	3		
При натуживании	Состояние половой щели	Не зияет	0	0	
		Зияет	1	1	
	Шейка матки или культия влагалища	Не видна	0	0	
		Выше уровня <i>introitus vaginae</i>	1	1	
		На уровне <i>introitus vaginae</i> Ниже уровня <i>introitus vaginae</i>	2 3	2 3	
Подтекание мочи (проба Вальсальвы)	Нет	0	0		
	Есть	1	1		
Подтекание мочи	Нет	0	0		

		(кашлевая проба)	Есть	1	1
		Анальная инконтиненция	Нет Есть	0 1	0 1
П А Л Ь П А Ц И Я	В покое	Определить толщину промежности между указательным пальцем, введенным во влагалище, и большим пальцем, находящимся на коже промежности в области промежностного шва	Нормальная толщина промежности Истонченная промежность Кожно-слизистая пластина	0 1 2	0 1 2
	При напряжении мышц тазового дна	Справа: указательный палец во влагалище, большой справа от промежностного шва	Тонус промежности ощутимо увеличивается	0	0
			Тонус слабо увеличивается (снижен)	1	1
			Не изменяется	2	2
	Тонус промежности при напряжении мышц тазового дна	Слева: указательный палец во влагалище, большой слева от промежностного шва	Тонус промежности ощутимо увеличивается	0	0
			Тонус слабо увеличивается (снижен)	1	1
			Не изменяется	2	2
	Тонус промежности при напряжении мышц тазового дна	Минимальная позиция по ощущению тонуса промежности: количество пальцев	Не изменяется	2	2
		Минимальная позиция по ощущению тонуса промежности: количество пальцев	1	1	1
			2	2	2
Минимальная позиция по ощущению тонуса промежности: разведение пальцев, см		0	0	0	
		1	1	1	
	2	2	2		
Минимальная позиция по ощущению тонуса промежности: число фаланг	3	3	3		
	и т. д.	и т. д.	и т. д.		
	3 (дистальная, проксимальная и медиальная)	1	1		
	2 (дистальная и медиальная)	2	2		
	1 (дистальная)	3	3		

Состояние промежности (для подсчета индекса промежности PI необходимо суммировать баллы по каждому из показателей. Меньшие значения PI соответствуют лучшему состоянию промежности).

Предоперационный план обследования
Обязательный стандарт объемов обследования

1. Общий анализ крови развернутый.
2. Группа крови и Rh-фактор.
3. Анализ крови на RW.
4. Биохимический анализ крови (белки, билирубин, креатинин, мочеви́на, глюкоза, ионограмма, АЛТ, АСТ).
5. Гемостазиограмма.
6. Мазки на флору, атипичные клетки.
7. Бактериологический посев отделяемого из влагалища.
8. Гистероскопия с биопсией эндометрия.
9. Общий анализ мочи.
10. УЗИ почек, мочевого пузыря.
11. Бактериологический анализ мочи.
12. Флюорография.
13. ЭКГ, консультация терапевта.
14. Консультации специалистов согласно диспансерному учету (хирург, окулист, кардиолог, ЛОР, травматолог, невролог и т. д.).

Дополнительный объем обследования (по показаниям)

1. Кульдоцентез (с морфологией пунктата, биохимическим анализом пунктата, мазком на АК).
2. Липидный профиль (холестерин, общие липиды, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды).
3. УЗИ гепатобилиарной системы.
4. УЗИ вен таза и нижних конечностей (+доплерометрия).
5. Дневник мочеиспусканий.
6. КУДИ (по показаниям).
7. Цистоскопия.
8. МРТ, КТ малого таза, пояснично-крестцового отдела позвоночника.
9. Экскреторная внутривенная урография, цистография.
10. Ректороманоскопия,
11. Колоноскопия.
12. Ирригоскопия.
13. Миография (сфинктерометрия).
14. Анализ мочи по Нечипоренко.
15. Консультация уролога.
16. Консультация проктолога.