

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель Министра



Д.Л. Пиневич

2019 г.

Регистрационный № 140-1119

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕ-  
АПИКАЛЬНОГО ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: государственное учреждение  
образования «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доцент Куликов А.А., д-р мед. наук, профессор  
Воскресенский С.Л., канд. мед. наук, доцент Тесакова М.Л., Соловей С.В.,  
канд. мед. наук, доцент Небышинец Л.М., канд. мед. наук, доцент  
Грудницкая Е.Н.

Минск, 2019

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д. Л. Пиневич

26.12.2019

Регистрационный № 140-1119

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕ-АПИКАЛЬНОГО  
ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. А. А. Куликов, д-р мед. наук, проф.  
С. Л. Воскресенский, канд. мед. наук, доц. М. Л. Тесакова, С. В. Соловей, канд.  
мед. наук, доц. Л. М. Небышинец, канд. мед. наук, доц. Е. Н. Грудницкая

Минск 2019

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен новый метод хирургического лечения передне-апикального пролапса тазовых органов III стадии по POP-Q (МКБ-10: N81.2 — Неполное выпадение матки и влагалища), заключающийся в дополнительной фиксации сетчатого протеза к сакроспинальным связкам путем их прошивания, позволяющий повысить эффективность хирургической операции и снизить процент рецидивов.

Инструкция предназначена для врачей-акушеров-гинекологов, врачей-анестезиологов-реаниматологов организации здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациенткам с пролапсом тазовых органов в стационарных условиях.

Предоперационная подготовка пациента осуществляется в соответствии с клиническим протоколом «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

1. Набор хирургических инструментов для гинекологических операций (зеркало подъемник — 1 шт., зеркало Симса — 2 шт., зонд маточный — 1 шт., скальпель — 1 шт., пинцет хирургический — 1 шт., пинцет анатомический — 2 шт., зажим Алиса — 8 шт., зажим кровоостанавливающий № 1 — 5 шт., зажим прямой — 4 шт., зажим Микулич — 4 шт., зажим кровоостанавливающий изогнутый № 2 — 2 шт., щипцы пулевые однозубые — 2 шт., зажим для прикрепления операционного белья (цапка) — 5 шт., корнцанг — 1 шт., ножницы тупоконечные изогнутые по плоскости (ножницы Купера) — 1 шт., ножницы остроконечные изогнутые по плоскости — 1 шт., иглодержатель — 1 шт., зеркало влагалищное по Бриске — 2 шт. (1 зеркало с длиной от 130 до 180 мм, шириной от 15 до 20 мм; 2 зеркало с длиной от 130 до 180 мм, шириной от 30 до 35 мм));

2. Сетчатый полипропиленовый протез;

3. Стерильный катетер Фолея (№ 18–20);

4. Стерильный мочеприемник;

5. Раствор хлоргексидина биглюконата 0,05 %;

6. Стерильное вазелиновое масло;

7. Спинальная игла 20–27 G;

8. Раствор бупивакаина 0,5 % — 5 мл;

9. Раствор лидокаина гидрохлорида 2 % — 2 мл;

10. Шприцы 5 и 20 мл;

11. Другие лекарственные средства и изделия медицинского назначения применяемые при анестезиологическом пособии.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Пролапс тазовых органов POP-Q III стадии (цистоцеле в сочетании с апикальным пролапсом).

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

### *Абсолютные*

1. Острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации.
2. Предшествующая лучевая терапия органов малого таза.
3. Иные противопоказания, соответствующие таковым для медицинского применения лекарственных средств и медицинских изделий, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

### *Относительные*

1. Приобретенная или врожденная деформация костей таза: при деформации области бугорка седалищной ости и смещении сакроспинальной связки.
2. Рубцовые изменения стенок влагалища: при их локализации на передней стенке влагалища и невозможности безопасной диссекции мочевого пузыря.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Метод, изложенный в настоящей инструкции, реализуется в несколько этапов:

### **Этап 1. Подготовка пациента к хирургической операции**

Назначение антибактериальных лекарственных средств до хирургической операции осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2015 № 1301 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов».

Назначение низкомолекулярных гепаринов с целью медицинской профилактики тромбоэмболических осложнений осуществляется в соответствии с клиническим протоколом лечения и профилактики венозной тромбоэмболии утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.02.2011 № 150.

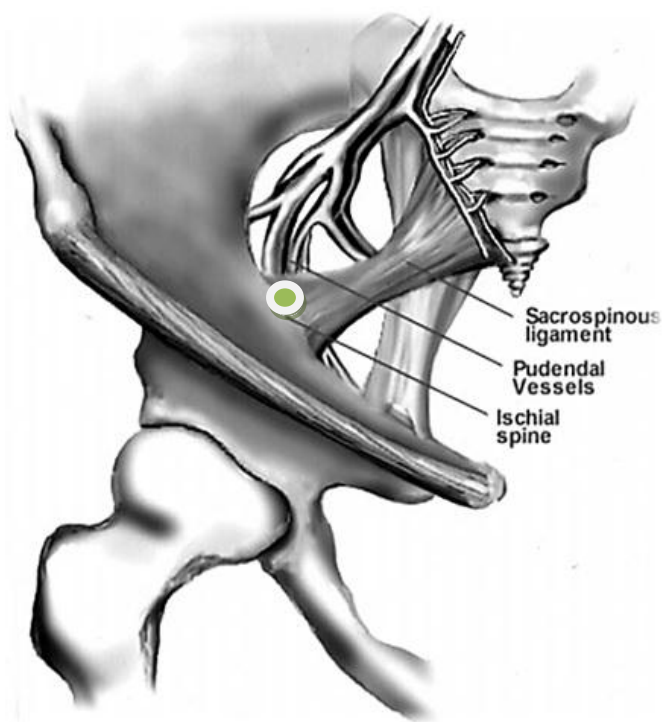
Выполнение очистительных клизм вечером за день до хирургической операции и утром в день хирургической операции.

### **Этап 2. Обезболивание**

Анестезиологическое пособие — спинальная анестезия с применением бупивакаина. По решению врача-анестезиолога-реаниматолога возможно использование других лекарственных средств, применяемых для спинальной анестезии. При наличии противопоказаний для выполнения спинальной анестезии (по решению врача-анестезиолога-реаниматолога) возможно использование других методов анестезии, применяемых в клинической практике, которые позволяют добиться длительной анестезии и релаксации мышц тазового дна.

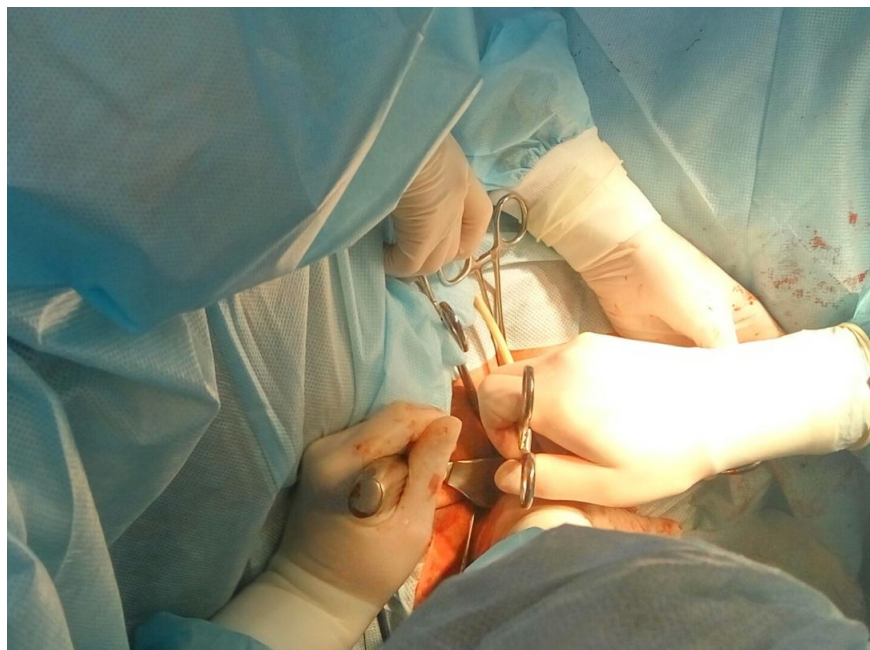
### **Этап 3. Хирургический этап**

Передняя кольпотомия со вскрытием лобково-шеечной фасции, пальцевой диссекцией паравезикальной клетчатки до седалищной ости с выделением сакроспинальной связки и бугорка седалищной ости (рисунок 1).

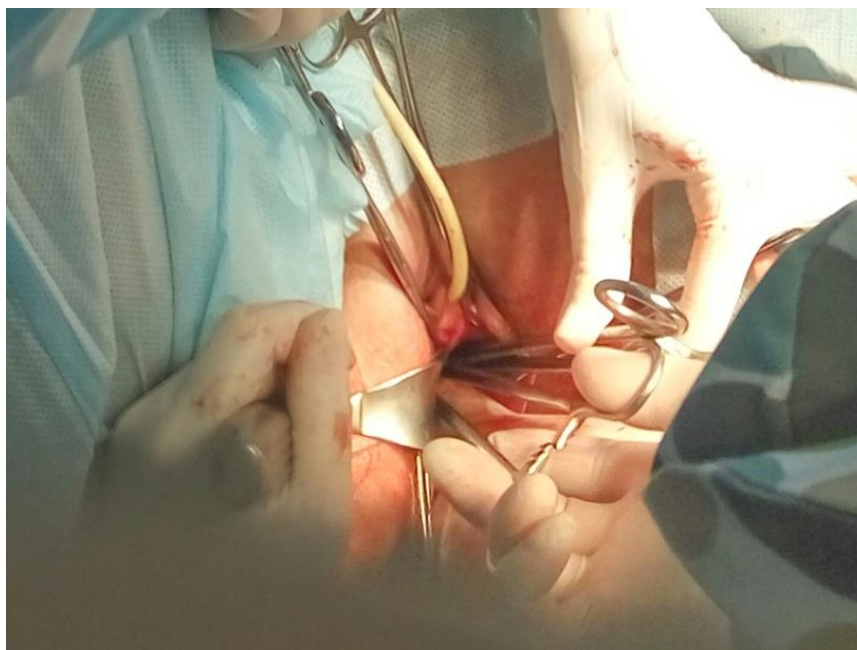


**Рисунок 1. — Точка прошивания сакроспинальной связки**

Введение зеркала Бриске в паравезикальное пространство (экранируя мочевой пузырь и подводится длинный иглодержатель с заправленной иглой (игла  $\frac{1}{2}$  36, нить 0, нерассасывающийся шовный материал). В дистальном направлении под пальпаторным контролем (указательный палец правой руки при работе справа и указательный палец левой руки при работе слева) прошивается сакроспинальная связка по направлению от бугорка седалищной кости к крестцу. Нити оставляют на зажимах с двух сторон (рисунки 2–3).



**Рисунок 2. — Положение зеркала для защиты мочевого пузыря**



**Рисунок 3. — Прошивание правой сакроспинальной связки**

Устранение цистоцеле и ампутация шейки матки при наличии показаний по общепринятым методикам. Выкраивается сетчатый протез в форме шестиугольника с закругленными углами и рукавами по типу буквы «W», рукава протеза дополнительно фиксируются к нитям, проведенным через сакроспинальные связки с двух сторон на уровне 3–4 см от тела протеза, а излишек рукава протеза отсекают. Погружают рукава протеза в паравезикальное пространство, завязывая лигатуры, избегая перекручивания рукавов протеза.

Завершение хирургической операции кольпоррафией с послойным ушиванием стенки влагалища. Лобково-шеечная фасция ушивается отдельными швами рассасывающимся шовным материалом (со сроком рассасывания более 50 дней), влагалище ушивается отдельными швами или наложением непрерывного шва по Ревердену рассасывающимся шовным материалом (со сроком рассасывания более 50 дней).

Тугое тампонирование влагалища марлевыми тампонами на 48 часов во избежание смещения протеза.

#### **Этап 4. Послеоперационное ведение**

В послеоперационном периоде назначаются неопиоидные анальгетики, длительность применения от 3 до 5 дней в зависимости от желания пациента. Рутинное назначение антибактериальных лекарственных средств после хирургической операции не требуется. Назначение низкомолекулярных гепаринов с целью медицинской профилактики тромбоэмболических осложнений после хирургической операции осуществляется в соответствии с клиническим протоколом лечения и профилактики венозной тромбоэмболии утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.02.2011 № 150.

Удаление мочевого катетера осуществляется через 48 ч. Выписка пациента производится на 5 сут после контроля объема остаточной мочи (не более 100 мл).

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Возможным осложнением предложенного метода хирургической операции может являться капиллярное кровотечение при прошивании сакроспинальной связки и при ее выделении. При возникновении капиллярного кровотечения гемостаз достигается путем временного тампонирования места кровотечения сухим тампоном на 3–5 мин.