

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

УПАТСТВО
ЗА ИНТЕРВЕНЦИСКА ПРОЦЕДУРА ПРИ ХИРУРШКИ ТРЕТМАН НА
ВАГИНАЛЕН ПРОЛАПС СО УПОТРЕБА НА MESH-ТЕХНИКА

Член 1

Со ова упатство се утврдува интервенциска процедура при хируршки третман на вагинален пролапс со употреба на mesh-техника.

Член 2

Начинот на изведување на интервенциска процедура при хируршки третман на вагинален пролапс со употреба на mesh-техника е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на интервенциска процедура при хируршки третман на вагинален пролапс со употреба на mesh-техника по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр.17-3623/1
13 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Хируршки третман на вагинален пролапс со употреба на mesh-техника

1 Упатство

1.1 Доказите говорат дека хируршкиот третман на вагинален пролапс, со употреба на mesh-техника (мрежичка), може да биде многу поефикасен од третманот без употреба на мрежичка. Ефикасноста и безбедноста на овој тип на хируршки третман варираат во зависност од типот на употребена мрежичка. Податоците кои се денес достапни, а се однесуваат на ефикасноста на процедурата во еден подолг временски период, се сепак ограничени број. Постои ризик за настанување на одредени компликации кои пак би довеле до сигнификантен морбидитет. Затоа опишаната процедура треба да биде користена само со специјално исполнети предуслови.

1.2 Клиничките лекари кои сакаат хируршки да третираат вагинален пролапс со употреба на mesh-техниката, треба да ги преземат следните активности:

- Да се информира Clinical governance (тело кое работи со цел да се систематизираат и оценат сите активности кои се дел од NHS)
- Да се осигураат дека секоја пациентка е свесна дека за овој третман сепак постојат доволно број на докази за истрајноста на процедурата, а исто така и дека постои и одреден ризик од настанување на компликации, вклучувајќи ги тука сексуалната дисфункција, ерозии на вагиналната слузница, како и други, кои би барале дополнителен третман. Пациентките треба да добијат јасно напишана и разбирлива информирана согласност. Дополнително треба да се пополни и информираната согласност обезбедена од NICE guidance (Understanding NICE guidance, available from www.nice.org.uk/IPG267publicinfo)
- Обработка на сите податоци кои се однесуваат на клиничкиот исход на сите пациентки кои поминале низ хируршки третман на вагинален пролапс со употреба на mesh-техниката (види дел 3.1).

1.3 Ова е технички предизвикувачка процедура, која секогаш треба да се изведува од страна на гинеколози со големо искуство во областа на хируршки третман на генитален пролапс. Секогаш е потребна дополнителна обука и специјален тренинг кога мрежичките кои се употребуваат во самата техника се пласираат со помошна посебен систем- trocar introducer system.

1.4 Корисни би биле сите понатамошни публикации кои би се однесувале на безбедноста, ефикасноста и резултатите од оваа техника. Истражувањата треба да се насочуваат кон евалуација на различните методи за репарација на вагинален пролапс, како и на употребата на различни типови на мрежи. Истражувањата треба да содржат докази за резултатите во тек на подолг временски период, да ги содржат исповедите од самите пациентки во однос на истрајноста на процедурата, како и во однос на квалитетот на живот и задржување на сексуалната функција.

2 Процедура

2.1 Индикации и сегашни третмани

2.1.1 Пролапсот на вагиналниот сид претставува протрузија на еден или повеќе карлични органи (како мочниот меур или пак дебелото црево) низ вагиналната фасција, и со самото тоа дислокација (пролапс) на соодветниот вагинален сид од неговата нормална локација према надвор. Вагиналниот пролапс може да влијае на квалитетот на живот на жената со локалните физикални ефекти (притисок, чувство на тежина или дискомфорт), како и преку ефектите врз уринарниот систем, цревата и сексуалната функција. Постојат повеќе типови на вагинален пролапс зависно од органите и деловите од вагината кои се зафатени во пролапсот. Тука се вклучени пролапс на преден вагинален сид (како уретероцела и цистоцела) и заден вагинален сид (како ректоцела и ентероцела). Една жена може да има пролапс на обете места.

2.1.2 Моментално третманот на преден и/или заден вагинален пролапс се состои од тренинг на мускулите на пелвичното дно, употреба на механички додатоци (како песари) и хируршки третман, вклучувајќи ја тука предна и задна колпорафија и специфичен третман на одреден локализиран дефект, како паравагинален третман.

2.1.3 Целта на употреба на мрежички, како дел од хируршкиот третман на вагиналниот пролапс, е да се додаде дополнителна поддршка и да се редуцира ризикот од повторно јавување, посебно кај жени кои веќе страдале од рекурентен вагинален пролапс, или пак кај жени со конгенитална дисфункција на сврзното ткиво (Ehler-Danlos Syndrome, Marfan Syndrome).

2.2 Преглед на процедурата

- 2.2.1 Хируршкиот третман опфаќа отстранување на дел од растегнатото ткиво, проследено со стеснување на преостанатото ткиво (колпорафија). Потоа се пласира мрежичка за вака обликуваното ткиво, со цел да го држи во посакуваната позиција.
- 2.2.2 Постојат многу голем број на различни синтетски и биолошки материјали за производство на мрежички. Тие се разликуваат во нивната структура и нивните физички особини, како и во апсорптивноста.
- 2.2.3 Процедурата се изведува во општа анестезија. Предната колпорафија опфаќа дисекција на вагиналната мукоза преку средишна инцизија на предниот вагинален сид, со цел да се добие пристап кон мочниот меур и пубocerвикалната фасција. Потоа се прави пликатура на фасцијата, вишокот на ткиво може да се отстрани и инцизијата да се сутурира. Задната колпорафија вклучува инцизија на задниот вагинален сид и пликатура на m.levator ani. Другите опишани процедури, како паравагиналната, се прават со употреба на хируршки методи многу слични на колпорафијата.
- 2.2.4 Техниките за вметнување на мрежичката се различни. Вметнувањето на мрежичката е најчесто преку отворен пристап, иако постојат техники со кои мрежичката се вградува со помош на троакар, без директна визуелизација на лежиштето. Мрежичката може да биде позиционирана и сутурирана врз фасцијалниот дефект, но може и целата вагина да биде опкружена со мрежичката (total mesh-техника). Mesh техниката е апликативна теоретски кај сите степени на симптоматски преден и/или заден вагинален пролапс.

2.3 Ефикасност

- Предна пластика

- 2.3.1 30 студии кои испитале вкупно 2472 жени, ни обезбедиле податоци за употребата на mesh-техниката во предна пластика (13 серии на случаи, 12 рандомизирани контролирани студии, 4 нерандомизирани компаративни студии и еден извештај на регистар на пациентки). 4 од овие студии ја испитувале употребата на апсорптивниот синтетички материјал за изработка на мрежички, 14 студии на апсорптивен биолошки материјал, 1 студија на комбинирани биолошки и синтетски материјали за изработка на мрежички и 14 студии кои испитувале употреба на неапсорптивен синтетски материјал. Од 30-те студии, 2 рандомизирани контролирани студии и 1 нерандомизирана компаративна студија правеле споредба во употребата на различни типови на мрежички. Средно време на контролното следење на пациентките било 14 месеци (интервал од 1-38 месеци). Од 12-те рандомизирани контролирани студии 7 биле достапни само како конгресни абстракти.
- 2.3.2 Најголемиот дел од доказите биле засновани на објективни мерки. Тоа се посебни скоринг системи кои гинекологите ги употребуваат со цел да се измери објективно пролапсот на пелвичните органи. Тука спаѓаат квантификациониот POPQ систем (pelvic organ prolapse quantification system) или пак Baden-Walker системот. Во 10 рандомизирани контролирани студии објективната стапка на неуспех при употреба на mesh техниката била сигнификантно пониска (14%[77/557]) отколку стапката на неуспех кај пациентките кај кои предна пластика била направена без употреба на

мрежичка (30%[179/597]) (релативен ризик [RR] 0.48, 95%; CI 0.32 до 0.72). Откако биле собрани резултатите од сите студии објективната стапка на неуспех била 29% за хируршката техника без употреба на мрежичка (184/640, 95% CI 25.4-32.4) 23% со употреба на апсорптивни синтетски мрежички (63/273, 95% CI 18.5-28.4) 18% за апсорптивни биолошки мрежички (186/1041, 95% CI 15.7-20.3) и 9% за неапсорптивни синтетски мрежички (48/548, 95% CI 6.7-11.4).

- 2.3.3 Индиректните споредби на различни типови на мрежички се правени со Bayesian-овиот метод за анализа. Истите покажале дека техниките со употреба на апсорптивните синтетски мрежички (OR 4.12, 95% CrI 2.27-7.70) и апсорптивните биолошки мрежички (OR 2.97, 95% CrI 1.93-4.61) имаат сигнификантно повисока стапка на неуспех отколку при употреба на неапсорптивни синтетски мрежички.
- 2.3.4 Во сите испитувани студии стапката на потреба од ре-оперативен третман била сеногаш поголема кај пациентките третирани со апсорптивен синтетски материјал (9%[16/174]) споредбено со оние кои биле третирани со мрежички од биолошки материјал (3%[9/280]) и неапсорптивни синтетски мрежички (1%[3/234]). Средното време на контролно следење на пациентките било 1.5 година.
- 2.3.5 Постојат многу малку докази во однос на субјективните искуства на жените за неуспех на процедурата (пациентки кои и понатаму се жалат на перзистентен пролапс) или пак појава на дополнителни потешкотии постоперативно, како уринарни, црвени или сексуални дисфункции. Две рандомизирани контролирани студии, една нерандомизирана компаративна студија и четири серии на случаи, опфатиле точно 832 жени и објавиле податоци во однос на субјективните искуства. Мета анализата на резултатите добиени со рандомизираните контролирани студии не покажала статистичка сигнификантност во субјективните искуства за неуспех на процедурата кај пациентките кај кои била употребена стандардна хируршка техника, и кај оние кај кои била употребена техниката со мрежичка (10%[15/153])или при употреба на биолошка мрежичка споредбено со 12%[19/160] без употреба на биолошка мрежичка, RR 0.83, 95% CI 0.44-1.57)). Во сите студии субјективната стапка на неуспех на процедурата била од 2% (1/55, 95% CI 0-5.5) до 7% (36/486, 95% CI 5.4-10.1) без употреба на мрежичка, споредбено со 11% (19.179, 95% CI 6.9-16.0) при употреба на мрежичка.
- 2.3.6 Ефектот на хируршкиот третман врз цревната дисфункција, како и врз диспареунијата кај овие жени, не бил испитуван во ниту една од споменатите студии. Нерандомизирана компаративна студија која вклучила 28 жени не објавила никаква статистичка сигнификантност во разликата на квалитетот на живот помеѓу групата на жени кои имале биолошки мрежички и оние кои немале мрежички (во временски период од 2 години, p=0.137).

- Задна пластика

- 2.3.7 9 студии објавиле резултати во однос на употребата на mesh техниката во репарирање на заден вагинален пролапс. Тука биле вклучени 417 жени (3 рандомизирани контролирани студии, 3 серии на случаи, 2 нерандомизирани компаративни студии и еден извештај за регистар на пациентки). Во две студии биле употребувани апсорптивни синтетски мрежички, во три апсорптивни биолошки мрежички, во една комбинирани синтетски и биолошки мрежички, во две неапсорптивни мрежички и во една студија

- биле употребени и апсорптивни синтетски мрежички и комбинирани мрежички. Средното време на следење на пациентките било 12 месеци (во интервал од 1 до 17 месеци).
- 2.3.8 Две рандомизирани контролирани студии објавиле стапка на неуспех, а една објавила субјективно искуство за неуспех на процедурата. Нема сигнификатна разлика помеѓу репарација на пролапсот со или без мрежичка (20% [18/91] vs 14% [17/22]; RR 1.61, 95% CI 0.57-4.54) и субјективна стапка на неуспех (21% [6/28] vs 15% [9/60]; RR 1.43, 95% CI 0.56-3.62).
- 2.3.9 Една рандомизирана контролирана студија во која како материјал биле употребувани биолошки мрежички, и две серии на случаи, во кои биле употребувани биолошки и комбинирани мрежички, објавиле неможност на хируршката техника да помогне во ослободување на жената од цревни тегоби. Стапките на перзистентност на цревната дисфункција биле 33% (19/58, 95% CI 22.1-45.6) за процедурите без мрежичка, 17% (14/82, 95% CI 10.5-26.4) за процедурите со апсорптивен биолошки материјал и 12% (5/42, 95% CI 5.2-24.6) за оние кои употребувале неапсорптивни синтетски мрежички.
- 2.3.10 Во рандомизирана контролирана студија спроведена на 45 жени не постоела статистичка сигнификантност во квалитетот на живот кај жените кај кои биле употребени апсорптивни биолошки мрежички и кај оние кај кои мрежички воопшто не биле употребени (RR-11, 95% CI 24.15-2.15).
- Предна и/ или задна пластика**
- 2.3.11 14 студии, во кои биле вклучени 1680 пациентки третирани со употреба на мрежичка, објавиле податоци во однос на употребата на mesh техниката при третман на преден и/или заден пролапс (9 серии на случаи, 3 рандомизирани контролирани студии, една нерадомизирана компаративна студија и еден извештај на регистар на пациентки). Во една студија биле користени апсорптивни синтетски мрежички, во една студија комбинирани синтетски и биолошки мрежички, во 10 студии неапсорптивен синтетски материјал за мрежички, а пак во две студии биле употребувани повеќе од еден тип на гореспоменатите мрежички. Среден период на следење на пациентките бил 13 месеци (во интервал од 1 до 51 месец).
- 2.3.12 Три рандомизирани контролирани студии и пет серии на случаи (923 жени) објавиле објективни резултати од стапката на неуспех на хируршката техника. Стапката на неуспех за сите студии е 25% (27/109, 95% CI 17.6-33.6) за процедурите без употреба на мрежичка се движела околу 6% (41/645, 95% CI 4.7-8.5), а до 8% (2/26, 95% CI 2.1-24.1) за процедурите во кои се употребувале синтетски мрежички.
- 2.3.13 Една рандомизирана контролирана студија која опфатила 66 пациентки и две серии на случаи кои опфатиле 148 пациентки објавиле податоци на субјективно искуство за неуспех на процедурата. Не постоела сигнификатна разлика меѓу стапката на неуспех кај пациентките кои биле третирани со мрежички изработени од апсорптивен синтетски материјал и оние третирани со хируршки процедури на пластика без употреба на мрежичка (44% [14/32] vs 41% [14/34]; RR 1.1 95% CI 0.42-2.95). Во две серии на случаи на пациентки кои биле третирани со мрежички изработени од неапсорптивен синтетски материјал не биле објавени случаи со неуспешна процедура (0/148).
- 2.3.14 Една серија на случаи објавила појава на перзистентни цревни проблеми кај пациентките, а друга серија на случаи појава на диспареунија. После еден среден временски период на контролно следење, 39 месеци, цревната симптоматологија сеуште перзистирала кај 5% (1/121) кај жените кои биле третирани со mesh-техника. Диспареунијата која постоела кај пациентките пред изведување на хируршката интервенција се повлекла како симптом кај 90% (9/10) од жените по среден временски период на контролно следење од 13 месеци.
- 2.3.15 Една рандомизирана контролирана студија на 60 пациентки не објавила разлика помеѓу квалитетот на живот, следен во временски период од 6 месеци постоперативно, и тоа кај жените кои биле третирани со апсорптивни синтетички мрежички и оние кои биле третирани со класична пластика без употреба на мрежичка (RR-0.10, 95% CI 1.44-1.24).
- 2.3.16 За сите процедури каде што се употребува мрежичка (предна и задна пластика) советниците нагласиле дека постои недостаток на докази за нивната долготрајност, и податоци во однос на можната рекурентност на пролапсот или пак одредени симптоми по третманот во подолг временски период на следење. Клучни цели на процедурата се обезбедување на соодветен квалитет на живот и задоволство кај пациентката.
- ## 2.4 Безбедност
- ### - Предна пластика
- 2.4.1 Во пет студии, кои опфатиле вкупно 251 жена, биле објавени шест случаи (2%) со оштетени органи по употреба на мрежички изработени од неапсорптивен синтетски материјал. Тука се вклучени 4 повреди на мочен меур со или без перфорација и два случаи на уретрална перфорација.
- 2.4.2 Седум рандомизирани контролирани студии, 4 нерадомизирани компаративни студии и девет серии на случаи, вклучувајќи во нив вкупно 1394 пациентки, објавиле резултати за појавата на ерозивни оштетувања на околните органи по поставување на мрежичката како дел од хируршката техника. Тука се вклучени појава на вагинална ерозија, екпулзија на мрежичката надвор од вагината и лесна екстурзија на мрежичката. Стапката на појава на ерозии зависи од типот на мрежичка кој бил употребуван. Ерозии се појавувале кај 1% (1/147, 95% CI 0.1-3.8) од процедурите кај кои се употребувале апсорптивни синтетски мрежички, 6% (35/581, 95% CI 4.4-8.3) од процедурите каде се употребувале апсорптивни биолошки мрежички и 10% (68/666, 95% CI 8.1-12.7) кај процедурите со употреба на неапсорптивни синтетски мрежички. Жените кај кои пластика била направена со помош на неапсорптивна синтетска мрежичка биле со најголем ризик за потреба од отстранување на мрежичката заради појава на ерозии на околното ткиво (7% [22/335], 95% CI 4.5-9.7, споредбено со 3% [1/35], 95% CI 0.0-3.3 за апсорптивен синтетички материјал и 3% [4/154], 95% CI 1.0-6.5 кај употреба на апсорптивни биолошки мрежички).
- 2.4.3 Четири серии на случаи објавиле de novo појава на уринарна инконтиненција со стапка од 0% (0/63, 95% CI 0.0-5.7) кај жените третирани со апсорптивни синтетски мрежички, 7% (3/42, 95% CI 2.4-19.0) со апсорптивен биолошки материјал и 7% (3/44, 95% CI 2.3-18.2) кај жените третирани со неапсорптивен синтетски материјал.

- 2.4.4 Една серија на случаи во која пациентките биле третирани со употреба на синтетички неапсорптивни мрежички кај 36% била објавена појава на диспареунија de novo (4/11), во среден временски период на контролно следење на жените од 17 месеци.
- Задна пластика**
- 2.4.5 Четири студии кои опфатиле вкупно 276 жени објавиле дека кај 3% од жените се појавила повреда на околните органи интраоперативно (2/79, 95% CI 0.7-8.8) кај жените третирани со регуларна хируршка процедура без мрежичка, а 0% (0/5, 95% CI 0.0-43.4; 0/90, 95% CI 0.0-4.1) до 4% (3/71, 95% CI 1.4-11.7) кај пациентките кај кои била употребена mesh-техниката. Објавени биле два случаи со повреда на мочен меур и три случаи на ректална перфорација.
- 2.4.6 Две рандомизирани контролирани студии со вкупно 53 жени и две серии на случаи со вкупно 121 жена објавиле стапка на ерозивни оштетувања при употреба на мрежичка од 0% (0/28, 95% CI 0.0-12.1) за апсорптивни биолошки мрежички и 7% (2/31, 95% CI 1.8-20.7) за неапсорптивните синтетички мрежички, и тоа во среден временски период на следење од 6 до 18 месеци.
- 2.4.7 Појава на de novo уринарна инконтиненција не била објавено во ниту една студија. Во една серија на случаи појава на проблеми со дефекација била објавена кај една (1/35) жена, а констипација кај две (2/45) во временски период на контролно следење од 12 недели. Во друга серија на случаи пак појава на фекална инконтиненција de novo посоперативно била објавена кај 3% (1/29) од жените, во среден временски период на следење од 17 месеци.
- 2.4.8 Две серии на случаи објавиле de novo појава на диспареунија кај 16% (4/25) од жените третирани со апсорптивен биолошки материјал, во среден период на контролно следење од 14 месеци и 6% (2/36) кај жените третирани со комбиниран синтетски материјал, во среден временски период на следење од 6 месеци.
- Предна и/или задна пластика**
- 2.4.9 Во пет студии, кои вклучиле вкупно 684 жени, биле објавени 16 случаи на пациентки со оштетување на околните органи, мочен меур, ректум или пак уретра, по хируршки третман со мрежичка. Оштетувања имало кај 3% (4/143, 95% CI 1.1-7.0) од жените третирани со комбиниран материјал и 2% (12/451, 95% CI 1.3-3.8) кај жените третирани со неапсорптивен материјал.
- 2.4.10 Ерозија по употреба на мрежичка се појавла кај 6% (9/143, 95% CI 3.3-11.5) од жените третирани со комбиниран материјал и кај 6% (62/1119, 95% CI 4.3-7.0) кај жените третирани со неапсорптивен синтетички материјал. Дополнителни хируршки зафати биле потребни кај 4% (6/143, 95% CI 1.9-8.9) од жените третирани со комбиниран материјал и кај 4% (45/1098, 95% CI 3.1-5.4) од жените третирани со неапсорптивен синтетички материјал.
- 2.4.11 Пет серии на случаи кои опфатиле вкупно 355 жени објавиле de novo појава на уринарна инконтиненција кај 10% (34/355, 95% CI 6.9-13.1), во среден временски интервал на контролно следење од 6 до 51 месец.
- 2.4.12 De novo појава на цревна симптоматологија била објавена кај една жена во серија на 47 случаи, во временски период на следење од 29 месеци. Две серии на случаи со вкупно 120 жени објавиле de novo појава на диспареунија кај 13% (10/78, 95% CI 7.1-22.0) од жените третирани со комбиниран материјал во среден временски период на контролно следење од 13 месеци, споредбено со 7% (3/42, 95% CI 2.5-19.0) кај жените третирани со неапсорптивен синтетски материјал, во временски период на контролно следење од 29 месеци.
- 2.4.13 Еден регистар на случаи и две серии на случаи со вкупно 278 пациентки кај кои била направена пластика со употреба на неапсорптивни мрежички објавиле еден случај со појава на ректовагинална фистула (1/97) и два случаи со појава на хематоми (2/110). Други сериозни компликации биле објавени кај 1% од случаите (3/278).
- 2.4.14 За сите типови на хируршки третман на пролапс со употреба на мрежичка (истовремено и за предна и задна пластика) консултантите направиле листа на потенцијални компликации во кои спаѓаат инфекции, ерозии, de novo појава на диспареунија и вагинална стеноза, секундарен резултат на ретракција на ткивото. Еден консултант исто така истакнал дека со употреба на троакар техника за внес на мрежичката дополнително се зголемува ризикот за оштетување на околните структури, особено големи крвни садови, црева, мочен меур и нерви.

2.5 Дополнителни коментари

- 2.5.1 Комитетот забележал дека интерпретацијата на доказите за овој протокол е тешка заради тоа што е опфатена употребата на различни типови на мрежички, а истовремено и на различни хируршки пристапи за спроведување на техниката.
- 2.5.2 Комитетот забележал дека на ова поле постои рапиден пораст на бројот на докази, базирани на истражувањата на оваа процедура. Уште голем број на студии кои се однесуваат на mesh-техниката биле објавени откако овој систематски преглед бил составен и објавен. Исто така постојат и голем број на студии кои сеуште се во фаза на изработка со иницијални резултати, меѓутоа со потенцијален квалитет за објавување во скоро време.

3 Дополнителни информации

- 3.1 Овој протокол бара од секој клиничар кој планира да ја споредува оваа техника соодветно да го информира и да побара дозвола од стручниот колегиум. Нашиот институт има листа на критериуми и алатки кои се достапни на www.nice.org.uk/IPG267.
- 3.2 The Institute's Review Body за одобрување на интервенциските процедури подготвува систематски преглед на употребата на мрежички за третман на вагинален пролапс и утерин пролапс (www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11913). Објавен е и протокол за третман - сакроколпопексија со употреба на мрежичка (www.nice.org.uk/IPG215) и задна инфракокигеална сакропексија со употреба на мрежичка (www.nice.org.uk/IPG125) за вагинален пролапс. Дополнително се работи на протокол за лапароскопска утерина суспензија (www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11311).

Информации за пациентите

NICE обезбедува информации за оваа процедура наменети за пациентите или пак нивните негуватели ("Разбирање на NICE протоколите"). Овој прирачник за пациенти ја објаснува природата на процедурата и патот до донесување на одлука, на за нив разбирлив јазик. Види на www.nice.org.uk/IPG267publicinfo