**Дисфункція м’язів тазового дна**

Проблема опущення та випадання піхви та матки, як і раніше, залишається в центрі уваги акушерів-гінекологів та лікарів суміжних спеціальностей. В останні десятиліття зросла тривалість життя, у зв'язку з чим жінка зацікавлена у тому, щоб зберегти жіночність та сексуальний потенціал після менопаузи. Одним із найбільш перешкоджаючих цим цілям захворювань є випадання стінок піхви, яке може супроводжуватися опущенням матки. «Проціденція» (випадання) була вперше описана в 1497 Benedetti як повний утеровагінальний пролапс. Ця патологія має найбільше практичне значення серед аномалій статевих органів.

У структурі гінекологічної захворюваності частку опущень і випадань статевих органів доводиться до 28%. Гінекологічні операції щодо цієї патології виробляються в 15-20%.

Багато дослідників відзначають тенденцію до «омолодження» захворювання, розвитку ускладнених та важких рецидивних форм. Опущення та випадання внутрішніх статевих органів жінки нерідко починається у репродуктивному віці та носить прогресуючий характер, особливо після менопаузи. Тісні анатомічні зв'язки між стінкою піхви, сечовим міхуром, уретрою та прямою кишкою сприяють поєднаному опущенню органів. Уродинамічні порушення розвиваються у кожної другої, проктологічні ускладнення – у кожної третьої пацієнтки з генітальним пролапс. Виникаючі цистоцеле, ректоцеле та ентероцеле потребують хірургічної корекції. Вирішення цієї проблеми особливо важливе при лікуванні хворих на репродуктивний і працездатний вік.

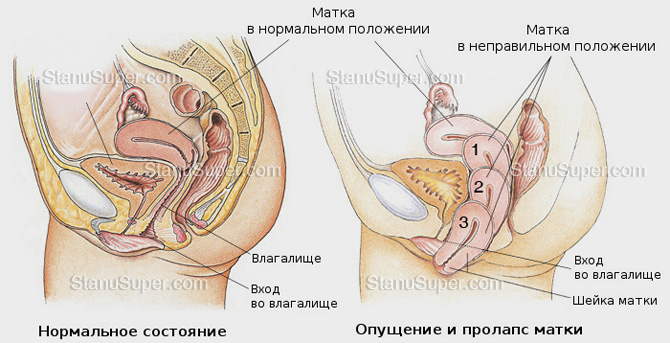
АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ Проблема раціонального лікування генітального пролапсу та його ускладнень представляє одну з найактуальніших у гінекологічній практиці. Клінічні дослідження показали, що хірургічне лікування залишається провідним при Про та ВВПО. Необхідно відзначити, що у зв'язку з рецидивом пролапс повторно оперують від 3 до 6% пацієнток. Зі збільшенням тривалості життя частота пролапсу статевих органів зростає. Нині у структурі гінекологічної захворюваності частку опущення і випадання внутрішніх статевих органів доводиться до 28%, та якщо з так званих великих гінекологічних операцій 15% проводять саме з приводу цієї патології. У США щорічно оперують близько 100 000 хворих із пролапсом статевих органів за загальних витрат на лікування 500 млн доларів, що становить 3% від бюджету охорони здоров'я, випадання і опущення матки і стінок піхви спостерігається в 15-30% жінок, а віком старше 50 років частота пролапсу зростає до 40%. Серед жінок похилого та старечого віку частота пролапсу геніталій сягає 50-60%.

Генітальний пролапс слід розглядати як різновид грижі тазового дна, що розвивається в області вагінального входу. У термінології опущення та випадання внутрішніх статевих органів широко застосовують синоніми, такі як генітальний пролапс, цисторектоцеле; використовують такі визначення: «опущення», неповне чи повне «випадання матки та стінок піхви». При ізольованому опущенні передньої стінки піхви доречно використовувати термін "цистоцеле", при опущенні задньої стінки - "ректоцеле". Поширеність пролапсу геніталій дуже велика: в Індії це захворювання носить, можна сказати, характер епідемії, а в Америці близько 15 мільйонів жінок страждають від цієї недуги. Існує загальноприйнята думка, що пролапс геніталій – хвороба людей похилого віку. Це зовсім не так, якщо вважати, що зі 100 жінок віком до 30 років дана патологія має місце у кожної десятої. У віці від 30 до 45 років вона зустрічається у 40 випадках зі 100, а після 50 років діагностується у кожної другої жінки. Захворювання нерідко починається у репродуктивному віці і має завжди прогресуючий характер. Причому з розвитком процесу поглиблюються і функціональні порушення, які часто викликають як фізичні страждання, а й роблять цих хворих частково чи цілком непрацездатними. Для зручності розуміння, опущення та випадання внутрішніх статевих органів слід розглядати як «грижу», яка утворюється тоді, коли замикаючий апарат — тазове дно — втратив здатність до скорочення настільки, що окремі органи або їх частини не потрапляють у проекцію апарату, що підтримує.

Для зручності розуміння, опущення та випадання внутрішніх статевих органів слід розглядати як «грижу», яка утворюється тоді, коли замикаючий апарат — тазове дно — втратив здатність до скорочення настільки, що окремі органи або їх частини не потрапляють у проекцію апарату, що підтримує.

Прийнято вважати, що при нормальному положенні матка розташована по провідній осі тазу. При цьому тіло матки нахилено допереду, дно її не виступає вище за площину входу в малий таз, шийка матки знаходиться на рівні міжостистої лінії. Кут між тілом матки та шийкою більше прямого та відкритий допереду. Другий кут між шийкою та піхвою також звернений допереду і дорівнює 70-100 °. У нормі матка та її придатки зберігають певну фізіологічну рухливість, що сприяє створенню умов для їх нормального функціонування, а також збереженню архітектоніки органів малого тазу.

Опущення та випадання внутрішніх геніталій жінки (зміщення їх по вертикальній осі донизу) – поліетиологічне захворювання, в його основі лежать неспроможність м'язів тазового дна та зв'язкового апарату матки, підвищений внутрішньочеревний тиск.

.

**Розташування тазових органів у нормі та за наявності пролапсу.**

На малюнку показано розташування тазових органів у нормі та за наявності пролапсу. зліва

показані органи у їхньому нормальному положенні. Праворуч представлено два ступені опущення матки (1, 2). У важких випадках (3) матка опускається настільки, що шийка або сама матка виступають із входу в піхву, що називається пролапс матки.

Серед причин, що впливають на стан тазового дна та зв'язкового апарату матки, можна виділити такі: вік, спадковість, пологи, акушерські травми, важка фізична робота та підвищення внутрішньочеревного тиску, рубці після перенесених запальних процесів та хірургічних втручань, психосоматичні зміни, що впливають на мускулатуру та судинні структури в області малого тазу, порушення продукції статевих стероїдів, що впливають на реакцію гладких м'язів та ін.

Випаденню геніталій можуть сприяти вроджена слабкість фасції тазового дна, а також вроджене скорочення піхви.

Головну роль розвитку опущення і випадання внутрішніх статевих органів грає наявність в жінки кількох пологів в анамнезі. Ряд авторів відзначають суттєве зміщення внутрішніх статевих органів у жінок, які багато народжували. Однак багато з них вказують, що на появу опущення та випадання геніталій впливає не тільки кількість пологів, але і їх характер (нормальні або патологічні, наявність ускладнень під час пологів, слабкість пологової діяльності, стрімкі пологи, великий плід), інструментальна допомога під час пологів ( накладення акушерських щипців, ручне відділення та виділення посліду, епізіо- та перинеотомії, вилучення плоду за тазовий кінець та ін), наявність післяпологових травм м'яких тканин родових шляхів та промежини.

При розривах промежини відбувається порушення цілісності м'язів тазового дна. Це призводить до порушення рівноваги між м'язовим апаратом передньої черевної стінки та органами черевної порожнини, що проявляється змінами внутрішньочеревного тиску, слабкістю зв'язкового апарату матки та придатків. Поєднання цих факторів у разі підвищення внутрішньочеревного тиску призводить до порушення топографії внутрішніх статевих органів і проявляється у вигляді опущення стінок піхви та матки, яке з часом призводить до повного випадання матки та стінок піхви. Одним із факторів, що сприяє прогресуванню опущення та випадання внутрішніх статевих органів є важка фізична праця.

За даними літератури останніх років, серед причин розвитку пролапсу внутрішніх статевих органів особливе місце займає генералізована недостатність або дисплазія сполучної тканини. Під терміном «дисплазія сполучної тканини» (ДСТ) мається на увазі генетично детермінована, з домінантним характером спадкування аномалія структури сполучної тканини, обумовлена зниженням вмісту окремих видів колагену чи порушенням їх співвідношення. Це призводить до зниження щільності сполучної тканини багатьох органів та систем. Найчастіше ДСТ страждають жінки (53%). Опущення та випадання внутрішніх статевих органів нерідко поєднується з пролапсом клапанів серця, нетравматичними звичними вивихами та дисплазіями кульшових суглобів, міопією, грижами різної локалізації, варикозним розширенням вен. Це дозволяє припустити, що ця патологія є приватним проявом системної ДСТ лише на рівні репродуктивної системи. Велика роль розвитку ГП належить також порушення синтезу стероїдних гормонів. Дані досліджень гормонального фону у жінок з опущенням та випаданням внутрішніх статевих органів дозволяють зробити висновок, що при пролапс геніталій у жінок фертильного віку має місце порушення гормонального статусу, яке полягає в дисбалансі статевих гормонів, гонадотропінів і кортикостероїдів. Провідна роль у розвитку урогенітальних порушень належить дефіциту естрогенів, який обумовлює атрофічні процеси в естрогензалежних тканинах нижніх відділів сечостатевої системи - нижній третині сечовивідних шляхів, м'язовому шарі і слизовій оболонці стінки та вологи.

Таким чином, завжди присутніми факторами при розвитку ОВВПО є підвищення внутрішньочеревного тиску екзо- або ендогенного характеру та неспроможність тазового дна.

У виникненні неспроможності тазової діафрагми відіграють роль чотири основні моменти:

1) посттравматичне пошкодження тазового дна, що найчастіше виникає в процесі пологів;

2) неспроможність сполучнотканинних структур у вигляді «системної» недостатності (наявність гриж інших локалізацій);

3) порушення синтезу стероїдних гормонів;

4) хронічні захворювання, що супроводжуються порушенням обмінних процесів та мікроциркуляції.

**КЛІНІЧНА КАРТИНА**

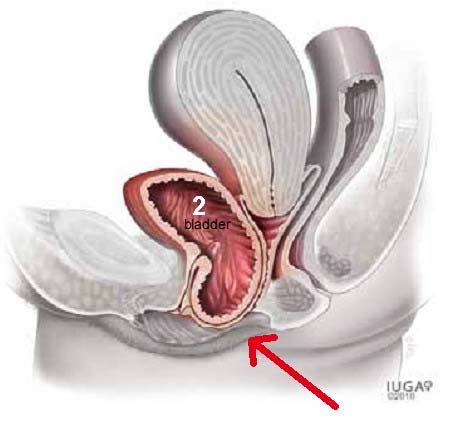
Опущення та випадання внутрішніх статевих органів у жінок є складним динамічним процесом. Оскільки всі статеві органи взаємопов'язані у своєму становищі, те й аномальні стани переважно бувають комплексними (одночасно змінюється становище матки, її шийки, піхви та інших.).

Для полегшення оцінки дефектів тазового дна C.Liu пропонує поділити їх на 3 групи:

1) передня група - включає уретроцеле та цистоцеле;

2) середня група – проявляється випаданням матки та піхви;

3) задня група – ентероцеле та ректоцеле.

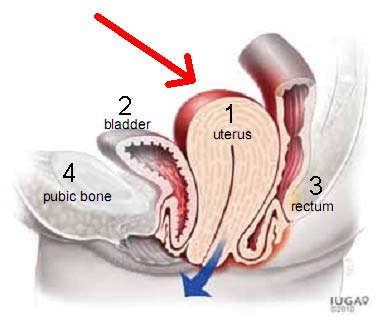


**Опущення сечового міхура - цистоцеле**

Найбільш характерні скарги при цистоцелі: прискорене сечовипускання, утруднення при сечовипусканні, почуття неповного випорожнення сечового міхура, тяжкість внизу живота.

Опущення тіла та шийки матки – розвивається при пошкодженні латеральних (кардинальних) зв'язок шийки. У деяких випадках, особливо після важких пологів та тривалому потужному періоді, спостерігається елонгація (подовження) шийки матки та опускання матки з утворенням ентероцеле.

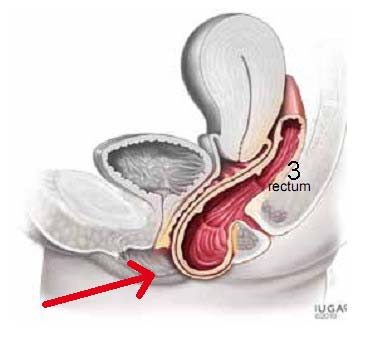
При опущенні матки, що поєднуються з опущенням сечового міхура (цистоцеле) та/або прямої кишки (ректоцеле), можуть виникати скарги, характерні для обох захворювань



Опущення матки (утероцеле). 1 - матка, 2 - сечовий міхур, 3 - пряма кишка; 4 - лонна кістка

Випадання піхви відбувається внаслідок його неадекватної фіксації після абдомінальної або трансвагінальної гістеректомії.

Ректоцеле – це патологічне випинання передньої стінки прямої кишки у бік піхви (найчастіше це т.зв. переднє ректоцеле). Рідше таке випинання буває спрямоване назад, у бік анокопчикової зв'язки (заднє ректоцеле), що з'являється при ослабленні фасції, яка розташована між піхвою і прямою кишкою. У нормі ця фасція є досить міцною, оскільки є фіброзною тканиною.



***Опущення прямої кишки – ректоцеле.*** 3 – пряма кишка (схема).

Найбільш характерні скарги при ректоцеле: запори, труднощі при випорожненні прямої кишки (необхідність «вправляти піхву»), почуття стороннього тіла в промежині.

Найчастіше пролапс тазових органів зустрічається у хворих похилого та старечого віку.

Опущення та випадання статевих органів розвивається повільно.

Основним симптомом випадання матки і стінок піхви стає виявляється скарги на «стороннє тіло» у піхві. Випадання матки супроводжується утрудненням сечовипускання, залишковою сечею, застоєм у сечових шляхах і потім інфікуванням спочатку нижніх, а при прогресуванні процесу та верхніх відділів сечовидільної системи. Тривале повне випадання внутрішніх статевих органів може стати причиною гідронефрозу, гідроуретера, обструкції сечоводів.

У кожної 3-ї хворої з випаданням статевих органів розвиваються проктологічні ускладнення. Найчастіші з них — запори, причому в одних випадках вони є етіологічним фактором захворювання, а в інших стають наслідком і проявом хвороби. До анатомічних змін у більшості випадків приєднуються функціональні розлади суміжних органів. Порушення сечовипускання проявляються у вигляді обструктивного сечовипускання аж до епізодів гострої затримки, ургентного НМ, гіперактивного сечового міхура, НМ при напрузі Однак на практиці частіше спостерігають комбіновані форми.

Крім розладів сечовипускання, дисхезії (порушення адаптаційних можливостей ампули прямої кишки), запорів, понад 30% жінок із генітальним пролапсом страждають на диспареунію. Це зумовило запровадження терміна «синдром тазової десценції» чи «тазова дисінергія».

**ДІАГНОСТИКА**

У пацієнток при пролапсі органів малого тазу використовують такі методи діагностики:

- загальноклінічне обстеження, що включає анамнез, огляд, лабораторну діагностику; дослідження мікрофлори вагінального вмісту та проведення бактеріоскопії сечі.

- спеціальні методи: анкетування пацієнтки, функціональні дослідження нижніх сечовивідних шляхів (кашльова проба, проба Вальсальви, тампон-тест, що дозволяють не лише констатувати факт мимовільної втрати сечі, а й певною мірою подати його передбачувану природу), ректальне дослідження;

- методи променевої діагностики: рентгенологічний, ядерно-магнітний резонанс;

- ультразвукове дослідження - критеріями нормального стану тазового дна є висота сухожильного центру промежини не менше 10 мм, відсутність діастазу леваторів, збереження м'язових пучків, ширина m. bulbospongiosus не менше 15 мм. Наявність хоча б однієї із зазначених ознак свідчить про неспроможність тазового дна;

- комплексне уродинамічне дослідження;

- електроміографія – визначає функціональний стан м'язів тазового дна.

*Анамнез*.

При збиранні анамнезу з'ясовують особливості перебігу пологів, наявність екстрагенітальних захворювань, які можуть супроводжуватись підвищенням внутрішньочеревного тиску, уточнюють перенесені операції.

Фізичне дослідження.

Основа діагностики опущення та випадання внутрішніх статевих органів – правильно проведений дворучний гінекологічний огляд. Визначають ступінь опущення стінок піхви та/або матки, дефекти в урогенітальній діафрагмі та черевинно-промежинном апоневрозі.

Обов'язково проводять навантажувальні проби (проба Вальсальви, кашльовий тест) при матці, що випали, і стінках піхви, а також тих же тестів при моделюванні правильного положення геніталій. При проведенні ректовагінального дослідження отримують інформацію про стан анального сфінктера, черевинно-промежинного апоневрозу, леваторів, ступеня ректоцеле.

*Інструментальні дослідження*.

Необхідне проведення трансвагінального УЗД матки та придатків. Виявлення змін із боку внутрішніх статевих органів може розширити обсяг операції при хірургічному лікуванні пролапс до їх видалення. Сучасні можливості ультразвукової діагностики дозволяють отримати додаткові відомості про стан сфінктера сечового міхура, парауретральних тканин. Це також необхідно враховувати під час вибору методу оперативного лікування. УЗД для оцінки уретровезикального сегмента перевищує за інформативністю цистографію, у зв'язку з чим рентгенологічні методи обстеження застосовують за обмеженими показаннями.

Комбіноване уродинамічне дослідження спрямоване на вивчення стану скорочувальної здатності детрузора, а також замикальної функції уретри та сфінктера. На жаль, у хворих з вираженим опущенням матки та стінок піхви вивчення функції сечовипускання утруднено через одночасну дислокацію передньої стінки піхви та задньої стінки сечового міхура за межі піхви. Проведення дослідження при вправленні генітальної грижі значно спотворює результати, тому воно не є обов'язковим у передопераційному обстеженні хворих з пролапсом тазових органів.

Обстеження порожнини матки, сечового міхура, пряма кишка із застосуванням ендоскопічних методів виконують за показаннями: підозра на ГПЕ, поліп, рак ендометрію; для виключення захворювань слизової оболонки сечового міхура та прямої кишки. Для цього залучають інших фахівців – уролога, проктолога. В подальшому навіть за адекватно проведеного хірургічного лікування можливий розвиток станів, що вимагають консервативного лікування у фахівців суміжних областей.

Отримані дані відображають у клінічному діагнозі.

Наприклад, при повному випадінні матки та стінок піхви у пацієнтки може бути діагностовано нетримання сечі при напрузі. Крім цього, при вагінальному огляді виявлено виражене виривання передньої стінки піхви, дефект очеревинно-промежинного апоневрозу 3x5 см з пролабування передньої стінки прямої кишки, діастаз леваторів.

*Приклад формулювання діагнозу*. Опущення матки та стінок піхви IV ступеня. Цисторектоцеле. Неспроможність м'язів тазового дна. НМ при напрузі.

**ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПРОЛАПСУ ГЕНІТАЛІЙ**

Захворювання проходить у кілька стадій, і чим раніше розпочато лікування, тим вищі шанси на успіх. Існує кілька напрямків у лікуванні пролапсу геніталій, що включають консервативні та оперативні технології. Основним та найбільш ефективним є хірургічне відновлення цілісності тазового дна. Разом з тим на початкових стадіях захворювання, як профілактичні та реабілітаційні заходи, а також при відсутності можливості або при необхідності відстрочити хірургічну корекцію можливе проведення консервативної терапії. Як правило, застосовуються:

 *Лікувальні зміни поведінки* – шляхом простих змін у способі життя – таких як схуднення, вживання їжі з високим вмістом рослинних волокон, відмова від куріння, уникнення підняття тяжкості та напруги – деякі жінки можуть звести до мінімуму прояв та частоту прояву симптомів, пов'язаних з опущенням органів малого тазу.

 *Лікувальна фізкультура.*

Тренування м'язів тазового дна. При недостатньому тонусі тазового дна найпростішим вирішенням цієї проблеми є тренінг; внаслідок чого підвищується тонус м'язово-зв'язувального апарату. Таким чином, можна попередити розвиток пролапсу або навіть надавати деякий лікувальний ефект на ранніх стадіях процесу.

Для зменшення тиску черевної порожнини на тазове дно і забезпечення профілактики надмірних підвищень внутрішньочеревного тиску вкрай важливий правильний вибір вихідного положення при виконанні фізичних вправ.

Для лікування опущення внутрішніх органів доцільно застосовувати антиортостатичне та інші вихідні положення, при яких відбувається «розвантаження» дна малого таза і покращується скорочення м'язів (на спині, колінно-кистеве, колінно-ліктьове, стопо-кистеве, стопо-ліктьове тощо). Рекомендується вправи узгоджувати з диханням (вдих скоротити, видих розслабити). Напруги необхідно виконувати щоразу з максимально можливою інтенсивністю. Зміцненню м'язів тазового дна сприятиме і одночасне напруження сідничних м'язів. Залежно від періоду лікування кількість таких вправ варіює від 1 до 4, а тривалість напруги від 2 до 7 с. Кількість повторень – від 3 до 8 разів. Подих рівномірний, глибокий, з деяким подовженням видиху, але без затримки дихання. Повністю потрібно виключити при заняттях вихідне пололоження лежачи на животі, різкі нахили тулуба, біг, швидку ходьбу, стрибки, підскоки, ривкові рухи, різкі зміни вихідних положень, напруження.

Багато фізіотерапевтів та лікарів з лікувальної фізкультури рекомендують регулярно робити вправи із залученням м'язів тазового дна, відомі як вправи Кегеля. Ці вправи можуть сприяти зміцненню м'язів тазового дна та полегшенню деяких симптомів невираженого пролапсу.

*Вправи Кегеля* виконуються шляхом напруги м'язів тазового дна (наприклад – потрібно напружувати ці м'язи, ніби намагаючись зупинити сечовипускання). Ці вправи прості у розумінні та застосуванні самою пацієнткою, наприклад, коли вона дивиться телевізор або веде машину, при цьому вправи слід робити правильно та регулярно.

Твердження медиків з приводу цінності вправ Кегеля є абсолютно неоднозначними, і навіть можуть бути полярно протилежними. З одного боку, «адвокати пацієнтів наполягають на тому, що:

1)кожен може навчитися виконувати ці нескладні вправи,

2) всім слід навчитися цим вправам,

3) тільки вони знають єдино «вірний» спосіб навчання вправ.

З іншого боку, більшість урологів і гінекологів тільки посміхаються при згадці вправ Кегеля, знаючи точно, що рано чи пізно, практично кожен, хто страждає проблемою нетримання, звернеться до операційного втручання або урологічних засобів лікування.

*Лікувальна фізкультура по Атарбекову* – консервативна терапія спрямована на зміцнення м'язів тазового дна та має на увазі імбілдинг – накачування м'язів тазового дна

В результаті:

 нормалізується положення органів малого тазу;

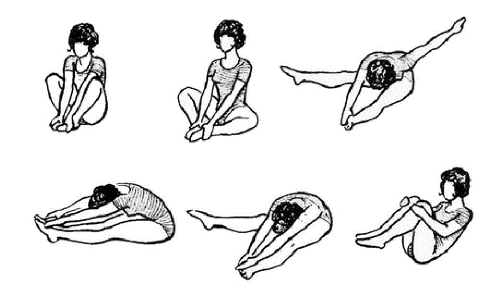
 відновлюється контроль роботи м'язів та сфінктерів;

 ліквідується стресове та ургентне нетримання сечі;

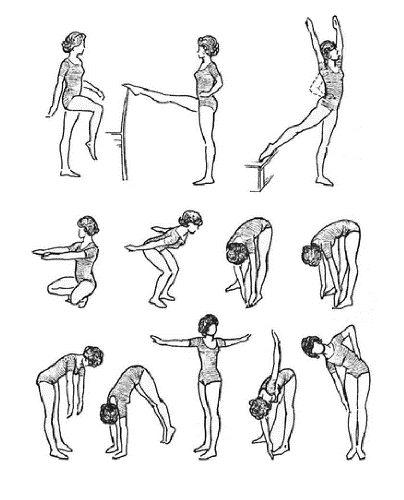
 скорочується вхід у вагінальний канал;

 покращується оргазмічність.

Консервативне лікування можна рекомендувати при неускладнених формах початкових стадій пролапсу тазових органів (опущення матки та стінок піхви І та ІІ ступенів). Лікування спрямовано зміцнення м'язів тазового дна. Пацієнтці необхідно змінити умови життя та праці, якщо вони сприяли розвитку пролапсу, лікувати екстрагенітальні захворювання, що впливають на формування генітальної грижі.



Лікувальна фізкультура при пролапсі статевих органів (у положенні сидячи).



**Лікувальна фізкультура при пролапсі статевих органів (у положенні стоячи)**.

Корисним виявляється затримка струменя сечі в процесі сечовипускання (*вправа Юнусова*), оскільки для цього необхідно скорочення м'язів промежини. Ефективним для тренування тазового дна є застосування спеціально розроблених піхвових тренажерів.

Отже, завданнями лікувальної фізкультури є зміцнення тазового дна. Однак якщо розвивається пролапс, який доцільно розглядати як грижу тазового дна, отже є причини неспроможності м'язів. Їх неможливо усунути тренуванням. Тому лікувального ефекту досягнутий не буде.

Загалом необхідно відзначити недоцільність лікування пролапсів за допомогою фізичних вправ, але високу ефективність останніх у профілактиці захворювання. Помилка більшості жінок полягає в тому, що вони прагнуть після пологів насамперед відновити фігуру, забуваючи про промежину. Результатом такої «реабілітації» виявляється поєднання сильного черевного пресу та слабкої промежини, що збільшує можливість розвитку опущень.

Фізичні вправи ефективні в процесі післяопераційної реабілітації після операції на промежині при опущенні внутрішніх статевих органів, і для збереження та підтримки тонусу тазового дна у жінок без явних причин його порушення, але мають фактори для розвитку пролапсу (хронічне підвищення внутрішньочеревного тиску пов'язане з особливостями праці, хронічний кашель, менопауза, оперативне лікування гінекологічних захворювань.

 *Песарії*

Введення песарію дозволяє швидко відновити нормальні анатомічні взаємини органів. Маткові кільця виготовляються різних розмірів та форми та вимагають індивідуального підбору. При всій різноманітності моделей загальний принцип маткових кілець полягає у створенні за їх допомогою додаткової опори для органів малого тазу за недостатності тазового дна. Застосування пессаріїв є лікувальною процедурою, зрозуміло, що відновленню тазового дна жодна їх моделей не сприяє. Більше того, відома кількість ускладнень взагалі обмежує застосування цього методу. До того ж носіння песаріїв потребує ретельного дотримання гігієнічних заходів та обов'язкового вилучення перед сечовипусканням, що створює великі незручності для хворих.

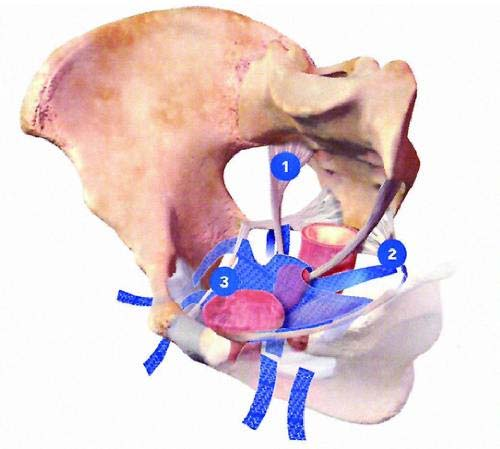
Головними недоліками пессаріїв є неможливість тривалого їх носіння через розвиток запалень, утворення пролежнів та подальшого розтягування м'язів тазового дна. Таким чином, доцільно застосування маткових кілець лише у випадках наявності у пацієнток протипоказань до оперативного втручання з приводу пролапсу або за необхідності віддалення термінів операції.

При консервативному веденні хворих з опущенням та випаданням внутрішніх статевих органів можна рекомендувати застосування вагінальних аплікаторів для електростимуляції м'язів тазового дна.

Проблеми оперативного лікування опущення та випадіння внутрішніх статевих органів у жінок пов'язаний із бурхливим розвитком реконструктивно-пластичної хірургії тазового дна.

У 2004 році група французьких дослідників-гінекологів, застосувавши принцип використання синтетичних матеріалів без натягу (Tension-free transvaginal mesh) розробила та запропонувала до використання новий метод хірургічної корекції опущення та випадання внутрішніх статевих органів. В основі методу – відновлення нормальних анатомічних взаємин між структурами тазового дна та органами малого таза з використанням стандартизованої технології за допомогою набору оригінальних інструментів та проленового сітчастого імпланту Prolift (поліпропіленових сіток).

Такі сітки через деякий час повністю приживаються, проростаючи власною сполучною тканиною. Застосування системи Prolift дозволяє здійснити хірургічну корекцію переднього, заднього відділів тазового дна або виконати його повну реконструкцію за допомогою розміщення в малому тазі 1 або 2 синтетичних поліпропіленових, що не розсмоктуються (GYNECARE GYNEMESH HS) імплантів вагінальним доступом.



Розташування сітчастого протеза Prolift Total.1 - lig. Uterosac ralis; 2 - lig. Sacrospinalis; 3 - Arcus tendinous fascia endopelvina (схема).

Жінкам, які перенесли вагінальні операції, протипоказана робота, пов'язана з підйомом грузу (не більше 10 кг), впливом вібрації та тривалим перебуванням на ногах. Важливо регулювати акт дефекації, лікувати хронічні захворювання дихальної системи, які супроводжуються тривалим кашлем. Не рекомендують деякі види фізичних вправ (велотренажер, їзда на велосипеді, веслування). Призначають місцеве застосування препаратів, що містять естроген, у вагінальних свічках. Лікування порушень сечовипускання за показаннями.

Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності при операціях з приводу випадіння жіночих статевих органів - 27-40 днів.

Прогноз лікування пролапсу статевих органів за адекватно підібраного методу хірургічного лікування, як правило, сприятливий, дотримання режиму праці та відпочинку, обмеження фізичних навантажень.