

## ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ

*Вербицкий В.С., Можейко Л.Ф., Вербицкая М.С.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Минск, Беларусь*

*gynecolog@bsmu.by*

*Пролапс гениталий является проблемой, ухудшающей качество жизни женщины, связанной с синдромом дисплазии соединительной ткани и имеющей тенденцию роста в настоящее время. Поэтому, очень важно продолжить лечение пациенток после хирургического лечения этой патологии. Данные, приведенные в данной статье, получены в результате наших исследований по разработке и внедрению метода хирургической коррекции опущения и выпадения половых органов у женщин влагалищным доступом с использованием биологического и/или синтетического трансплантата.*

*Ключевые слова: пролапс гениталий; хирургическое лечение; вагинальный доступ; послеоперационный период.*

## MANAGEMENT OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE WITH VAGINAL ACCESS

*Verbitski V.S., Mozheyko L.F., Verbitskaya M.S.*

*Belarusian State Medical University*

*Minsk, Belarus*

*Genital prolapse is a serious problem that worsens the quality of life of a woman, which tends to grow and is associated with connective tissue dysplasia syndrome. Therefore, it is very important to continue the treatment of patients after surgical treatment. The data presented in the article were obtained as a result of our research on the development and implementation of a method of surgical correction of prolapse and prolapse of the genitals in women by vaginal access using a biological and / or synthetic graft.*

*Key words: genital prolapse; surgical treatment; vaginal access; postoperative period.*

Число женщин, страдающих опущением и выпадением внутренних половых органов неуклонно растет, и по данным различных авторов достигает 25-30% среди обследованных старше 45 лет. До 50% женщин, имеющих пролапс гениталий, имеют нарушение функции смежных органов: мочевого пузыря в виде инконтиненции или обструктивного мочеиспускания, аноректальной дисфункции в виде инконтиненции или констипации. Снижение качества жизни, социальная дезадаптация, возникновение депрессивных состояний, сексуальная дисфункция говорят о высокой значимости проблемы.

В группу риска по дисплазии соединительной ткани (ДСТ) следует включать женщин со следующими симптомами: высокий инфекционный индекс, наличие сочетанной экстрагенитальной патологии, проявления гиперандрогении, осложненное течение беременности (угроза прерывания беременности, преждевременные роды, преэклампсия), наличие пролиферативных гинекологических заболеваний (миома матки, аденомиоз,

гиперпластические процессы эндометрия). Больным с ДСТ показано проведение курсов метаболической и гормональной терапии с учетом противопоказаний, как в до- так и в послеоперационном периодах [1]. В качестве метаболической терапии, улучшающей процессы коллагенообразования, следует применять следующие препараты: магний в качестве регулятора синтеза коллагена – магниевая соль оротовой кислоты – «магнерот» по 1 таблетке 3 раза в день 2 месяца; «аскорбиновая кислота» по 0,05 г 3 раза в день 2 месяца; «рибоксин» по 0,2 г 3 раза в день 2 месяца; всего 3-4 курса в год. Венотонические препараты при варикозном расширении вен нижних конечностей и малого таза – детралекс по 1 таблетке 2 раза в день 3 недели; в течение года рекомендуется 3-4 курса. Длительность лечения составляет 2 года [2]. Снижению травматизации тканей во время оперативного лечения и максимально возможному восстановлению мышечно-связочного комплекса тазового дна, способствуют: применение синтетических и/или биологических трансплантатов для восстановления дефектов тазового дна, тугая тампонада влагалища марлевым тампоном с мазью способствующей заживлению раны с антисептиком или антибиотиком на 1-2 суток с целью снижения риска кровотечения из операционной раны и дислокации протеза [3].

В послеоперационном периоде важно:

- подъем пациентки с постели не позднее, чем через сутки после операции;
- катетеризация мочевого пузыря постоянным катетером не более суток. При затруднении мочеотделения используется катетеризация 3-4 раза в сутки до восстановления функции мочевого пузыря;
- очистительная клизма на 3-и сутки послеоперационного периода;
- коррекция питания, направленная на профилактику запоров (жидкая пища, питание богатое клетчаткой и т.д.);
- назначение антибактериальной терапии с учетом чувствительности выделенной микрофлоры влагалища и санации влагалища и операционной раны в послеоперационном периоде;
- использование энзимотерапии (например, применение ректально свечей, содержащих стрептокиназу и стрептодорназу) с целью коррекции микроциркуляции в сосудах оперированной области с третьих суток послеоперационного периода;
- назначение магнитотерапии с третьих суток послеоперационного периода и обязательное проведение лечебной гимнастики;
- выписка осуществляется на 5-7 сутки с момента операции, руководствуясь сроками заживления раны

**Амбулаторное ведение пациентов включает:**

- амбулаторное ведение с оформлением больничного листа для ограничения физической нагрузки в период заживления тканей;
- контроль заживления путем наружного осмотра, влагалищное исследование строго по показаниям (кровотечение, гнойные выделения, бели неясного происхождения, жалобы на появление или усиление болей, подъем температуры, отрицательная динамика клинико-лабораторных данных

и подобные); продолжение магнитотерапии (ПеМП, ИМТ) до 10 процедур, включая этап стационара (повторный курс магнитотерапии через 3 месяца после оперативного лечения);

- назначение препаратов для санации влагалища и улучшающих репарацию тканей (стандартно до 20 дней послеоперационного периода, при необходимости больше, после консультации оперировавшего врача);
- совместное ведение пациенток, имеющих экстрагенитальную патологию с врачами по профилю, выявленных заболеваний;
- важно не допускать повышенного внутрибрюшного давления: компенсация заболеваний легких и устранение (предупреждение) запоров – пожизненно, исключение тяжелого физического труда – пожизненно;
- контроль в зеркалах (Осторожно!) через месяц после оперативного лечения, через 3 и 6 месяцев с целью выявления возможных осложнений (эрозий слизистой влагалища и т.д.)
- упражнения Кегеля, ЛФК по методике Д.Н. Атарбекова и К.Н. Прибылова в модификации Ф.А. Юнусова;
- при наличии показаний и отсутствии противопоказаний, ЗГТ продолжается и проводится пожизненно; при возобновлении половой жизни для предупреждения сексуальной дисфункции назначаются lubricants (продолжительность индивидуальная)

По нашим наблюдениям проведение вышеназванной терапии позволяет добиться стойкого выздоровления пациентов и резкого снижения риска рецидива опущений и выпадений половых органов.

### **Список литературы**

1. Вербицкий В. С., Вербицкая М. С., Машкин А. И. Синдром дисплазии соединительной ткани у женщин с пролапсом тазовых органов / International Scientific and Practical Conference “WORLD SCIENCE” ISSN 2413-1032 24 № 3(7), Vol.2, March 2016
2. Чечнева М.А., Барто Р.А., Будыкина Т.С., Краснопольская И.В., Абрамян К.Н. Современные представления о патогенезе, диагностике и способах коррекции пролапса гениталий и его осложнений (обзор литературы). Патогенез. 2014;12(4):с.4–9.
3. Беженарь В.Ф., Паластин П.М., Толибова Г.Х. Эрозии влагалища в отдаленные сроки после постановки синтетических имплантатов при гинекологических операциях/РМЖ «Медицинское обозрение» №10 от 10.12.2018, с . 17-21.