

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В
ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУЩЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.02 акушерское дело
4 курса группы 03051528
Волобуевой Екатерины Александровной**

Научный руководитель
преподаватель Бухарина С.А.

Рецензент врач Акушер-Гинеколог
ОГБУЗ «Областной перинатальный
центр»
г. Белгорода
Верейтинов Ю. В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ ПО ТЕМЕ ОПУЩЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	5
1.1. Причины опущения половых органов	5
1.2. Классификация и клинические признаки опущения половых органов.....	6
1.3. Диагностика опущения половых органов.....	8
1.4. Виды лечения опущения половых органов	9
1.5. Роль акушерки в профилактике опущения половых органов	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ.....	22
2.1. Материалы и методы исследования.....	22
2.2. Результаты исследования.....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	43
ПРИЛОЖЕНИЕ	45

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. По данным ВОЗ - опущения половых органов в структуре гинекологической заболеваемости имеют одно из ведущих мест и составляют 15 – 30%. Несмотря на улучшение качества акушерской помощи, у 50% всех женщин наблюдаются опущения половых органов различной степени выраженности, а в возрастной группе старше 50 лет встречается более чем в 40% случаев. Данная патология в структуре плановых показаний к оперативному лечению занимает третье место после доброкачественных опухолей половых органов и эндометриоза. Среди пациенток гинекологического стационара от 10 до 20% больных проходят лечение опущения внутренних половых органов.

На частоту и сложность данной патологии возраст оказывает решающее влияние – именно в пожилом и старческом возрасте опущение и выпадение половых органов достигает своей кульминации. Доказано, что опущение половых органов является одной из частых проблем у пожилых женщин, но тем не менее является актуальной для женщин репродуктивного возраста. Врожденная гипоплазия мышц тазового дна, нарушение иннервации и несостоятельность мышц тазового дна, является частой патологией наблюдаемой почти у трети женщин репродуктивного возраста, вследствие чего происходит опущение половых органов.

Одной из основных функциональных обязанностей акушерки является тщательная подготовка пациентки к проведению диагностических и лечебных гинекологических мероприятий, уход за больной.

– Так же, предоставление больной правдивой информации о диагнозе.

– Сочувствие и милосердие акушерки облегчает тревогу фатальности патологии.

– Создание комфортной психологической обстановки, уход – это уверенность больной в благоприятном исходе заболевания.

– Профессиональный акушерский уход является основой паллиативной помощи.

– Проведение санитарно – просветительской работы с женщинами, что несет в себе профилактику гинекологических заболеваний и их осложнений. Данная обязанность включает проведение лекций и бесед среди пациенток по актуальным в настоящее время вопросам, а так же создание познавательных бюллетеней и плакатов, содержащих основополагающую информацию в области гинекологии.

Цель исследования - исследование литературы и анализ документации по данной теме, с целью изучения роли акушерки в реабилитации при опущениях половых органов.

Объект исследования - опущения половых органов.

Предмет исследования – профессиональная деятельность акушерки при опущении половых органов.

Задачи исследования:

1. Выявить частоту оперативных вмешательств, связанных с опущением половых органов.

2. Провести анализ медицинской документации по данной патологии.

3. Проанализировать факторы риска опущений половых органов.

4. Определить частоту степеней опущения в различных возрастных группах.

5. Разработать материалы для просветительской работы населения.

Методы исследования - теоретический анализ медицинской литературы, анкетирование и анализ результатов, анализ медицинской документации.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ ПО ТЕМЕ ОПУЩЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1.1. Причины опущения половых органов

Опущения и последующие выпадения половых органов, как правило наблюдаются у женщин в пожилом или старческом возрасте. С возрастом женщины, матка и ее связки терпят определенные изменения. Но несмотря на это, определенные предпосылки к возникновению этого заболевания имеют место уже в юношеском и молодом возрасте. Выделяют ряд причин, которые предопределяют развитие опущения половых органов.

В период вынашивания плода, в течении многих месяцев происходит сильное и постоянное давление на тазовые мышцы, которые в результате такого воздействия заметно расслабляются. В частности, большая нагрузка на эти мышцы происходит в последнем триместре беременности.

Следовательно, мышцы тазового дна часто повреждаются в процессе родов: при большом плоде, вследствие тяжелых родов, при использовании акушерских щипцов в ведении родов, при ягодичном предлежании плода, вследствие стремительных родов, а так же, если происходит серьезный разрыв промежности.

В основном такие травмы происходят у женщин, если первые роды в относительно позднем возрасте. Так как, после тридцати лет ткань в промежности женщины плохо растягивается и становится менее эластичной.

Так же причиной опущения половых органов у женщины является регулярное ношение и поднятие тяжелых предметов или интенсивные спортивные тренировки, особенно в подростковом возрасте (в период полового созревания, в послеродовой период или в климактерический период), в результате чего происходит повышение внутрибрюшного давления.

Опущение половых органов может происходить при хронических болезнях органов дыхания, которые провоцируют постоянный и сильный кашель. На развитие данной патологии, напрямую влияющим фактором, является нарушение в строении и развитии соединительной ткани, которое имеет врожденный характер.

От опущения половых органов часто страдают женщины с ожирением, неправильным расположением матки, хроническими запорами, в результате резкой потери массы тела (например, при интенсивном похудении). Часто опущение матки может происходить во время менопаузы, когда у женщины происходит изменение гормонального баланса. Данная патология диагностируется наиболее часто у женщин, которые в свое время пережили хирургические вмешательства, а так же многочисленные роды.

1.2. Классификация и клинические признаки опущения половых органов

По данным ВОЗ выделяют следующую классификацию пролапсов тазовых органов, которые могут возникнуть в переднем 34%, среднем 14% и заднем отделах тазового дна.

К пролапсу переднего отдела относится:

1. Уретроцеле (опущение уретры и передней стенки влагалища).
2. Цистоцеле (опущение мочевого пузыря и передней стенки влагалища).
3. Цистоуретроцеле (опущение мочевого пузыря, уретры и передней стенки влагалища).

К пролапсу среднего отдела относится:

1. Опущение матки (Апикальный пролапс).
2. Выпадение купола влагалища (полное выпадение влагалища, развивается после удаления шейки матки и матки).

3. Энтероцеле (выпячивание через карман Дугласа петель брыжейки или кишечника)

4. Ректоцеле

Изменение положения влагалища и матки учитывается, согласно классификации И.Ф. Славянского и считается наиболее удачной по мнению В.И. Краснопольского:

Выделяют 4 степени смещения матки вниз:

1. Опущение матки или её шейки – до уровня входа во влагалище опущена шейка матки.

2. Частичное выпадение матки и ее шейки – при напряжении шейка матки выступает за пределы половой щели.

3. Неполное выпадение матки – не только шейка матки, но и часть тела матки находятся вне половой щели.

4. Полное выпадение матки – вся матка находится (между выпавшими стенками влагалища) вне половой щели.

Клинические признаки:

Опущение половых органов развивается медленно и начинается незаметно. Так как симптомы не ощутимы на ранних стадиях, их можно выявить только при гинекологическом обследовании. Незначительное опущение половых органов так же обычно не сопровождается болевыми ощущениями и дискомфортом.

Основной симптом – обнаружение самой больной наличия «инородного тела» вне влагалища. Опущения влагалища и матки характеризуются затруднениями при ходьбе, появлением чувства тяжести и боли в области крестца, нарушением функции соседних органов, боль внизу живота. Наиболее часто больные жалуются на учащенное, болезненное мочеиспускание, недержание мочи при напряжении (кашель, смех), застою в мочевыводящих путях, запоры. При полном опущении матки может возникать затруднение при мочеиспускании, вплоть до острой задержки мочи (перегиб и сдавление уретры), нередко осложняющийся восходящей

инфекцией мочевых путей в связи с неполным опорожнением мочевого пузыря, наличием остаточной мочи. Трудоспособность у таких больных снижена, особенно при физической работе.

Поверхность выпавшей стенки матки и влагалища принимает вид матовой сухой кожи, с трещинами и ссадинами. Слизистые оболочки выпавших органов цианотичные, отечные. На поверхности выпавшей шейки матки формируется декубитальная язва.

1.3. Диагностика опущения половых органов

Для того, чтобы диагностировать данную патологию, врачу не приходится прилагать особых усилий, так как в большинстве случаев обнаружить опущение половых органов позволяет самый обычный осмотр у гинеколога. Для выявления степени опущения половых органов, врач просит женщину натужиться, вследствие чего проводит дополнительный осмотр, определяя, имеет ли место опущение стенок мочевого пузыря и прямой кишки.

Если у женщины диагностировали опущения половых органов, её обязательно берут на диспансерный учёт. Также в качестве дополнительного исследования обязательным является кольпоскопическое. Данное исследование проводят с использованием специального прибора – кольпоскопа, с помощью которого проводят тщательный осмотр матки. Определяется наличие цисто и ректоцеле. Так же проводится предварительная оценка функционального состояния сфинктера, прямой кишки и мочевого пузыря (то есть, имеется ли недержание газов и мочи, при напряжении и кашле).

Исследования данной патологии должны включать:

1. Общий анализ мочи
2. Экскреторную урографию

3. Бактериологическое исследование мочи
4. Уродинамическое исследование

Больным с опущением внутренних половых органов должны проводить ректальное исследование, в результате которого обращают внимание на наличие или выраженность ректоцеле и состояние сфинктера прямой кишки.

В некоторых случаях, когда предполагается провести пластическую органосохраняющую операцию, а так же при наличии сопутствующей патологии матки, в комплексе исследований нужно включать специальные методы:

1. УЗИ
2. Гормональные исследования
3. Гистероскопия с проведением диагностического выскабливания
4. Исследование мазков для определения степени частоты и флоры, а так же атипических клеток
5. Анализ посевов отделяемого из влагалища и многое другое.

1.4. Виды лечения опущения половых органов

Особую сложность представляет определение рационального способа оперативного пособия при выборе тактики лечения. Данный способ определяется рядом факторов:

1. Анатомо – функциональными изменениями органов половой системы (характером и наличием сопутствующей гинекологической патологии).
2. Степенью опущения половых органов.
3. Возрастом женщин.
4. Необходимостью и возможностью восстановления или сохранения детородной и менструальной функции.

5. Особенности нарушения функций сфинктера прямой кишки и толстой.

6. Степенью риска хирургического вмешательства, анестезиологического пособия и сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Консервативное лечение опущения половых органов:

При отсутствии нарушения функций соседних органов и при опущениях внутренних половых органов (когда не достигают преддверия влагалища), возможно консервативное ведение больных, которое включает:

1. Упражнения Кегеля.
2. Лечебную физкультуру по Юнусову (во время мочеиспускание, произвольное сокращение мышц до прекращения тока мочи).
3. Смазывание влагалища, а именно её слизистой оболочки мазью, содержащей метаболиты и эстрогены.
4. Использование лечебного бандажа и pessaries.

Упражнения Кегеля:

Гимнастику Кегеля необходимо начинать с расслабления и подтягивания ануса. В этом упражнении особо усердствовать не нужно, так как положение может усугубиться, если сильно перенапрячь данную мышцу. В течении нескольких дней такой тренировки, к этому процессу необходимо подключить вторую мышцу, тем самым напрягая обе мышцы одновременно.

При выполнении упражнения, следует правильно дышать – для этого, необходимо втягивать живот на вдохе, тем самым ненадолго задерживая дыхание, а на выходе толкать тазовые мышцы животом. Время тренировки и количество подходов нужно увеличивать постепенно.

Исходя из этого, наиболее эффективными упражнениями являются следующие:

– Прерывание. Это упражнение необходимо делать в момент мочеиспускания. Слив небольшую порцию мочи, струю нужно задержать, сокращая луковично-пещеристую мышцу, не за действуя при этом мышцы

ягодиц и брюшины, и не забывая правильно дышать. Прерывание за одно мочеиспускание нужно повторить 3-4 раза.

– Сжатие. Это упражнение очень похоже на предыдущее, но выполняется оно без мочеиспускания. Выполнять упражнение лучше лежа, и внимательно следя за дыханием. Максимальное число повторов – 10. Удерживание мышцы в сжатом состоянии – 15-20 секунд.

– «Этажи». При выполнении этого упражнения нужно сжимать не только наружные мышцы, но и внутренние. Для этого необходимо сжать наружные мышцы, удержать их в таком положении несколько секунд, а затем постараться усилить сжатие и задействовать срединные мышцы, через пару секунд сжать мышцы еще сильнее, чтобы вовлечь в процесс внутренние мышечные волокна.

– Сокращения. В этом случае выполнять сжатия нужно максимально быстро – на вдохе сжимать, с выдохом расслаблять.

– Выталкивания. В упражнении задействуются мышцы, которые используются в процессе натуживания. Для этого надо начать несильно тужиться и в этом положении задерживать мышцы как можно дольше.

– Мигания. В ходе этого упражнения необходимо поочередно сжимать и расслаблять мышцы ануса и влагалища. Удерживать мышцы в сжатом состоянии.

Не менее эффективной считается зарядка по Юнусову, ее преимуществом является то, что помимо улучшения тонуса мышц матки, с ее помощью можно укрепить сфинктеры прямой кишки и мочевого пузыря. Кроме того, данный комплекс тренирует пресс и существенно улучшает качество интимной жизни. Проводить занятия можно в домашних условиях.

Рекомендованы следующие упражнения против недуга:

– Круговые наклоны туловища. При этом необходимо левой рукой тянуться к правой ноге, а правой рукой к левой ноге.

– Интенсивные вращения тазом по кругу.

– Приседания. Их выполнять надо пружинисто, тогда влагалищные мышцы будут задействоваться максимально.

– Подведение коленей друг другу с сжатием и расслаблением мышц промежности. Выполняется лежа или сидя с согнутыми коленями.

– «Велосипед». Из положения лежа на спине с согнутыми коленями, необходимо поднимать тазовую область и задерживаться на несколько секунд, сжимая мышцы промежности.

– Упражнения по Бубновскому:

– Лежа на спине необходимо согнуть ноги в коленях, и свести ступни вместе.

– Руки надо сцепить за головой.

– На вдохе нужно поднимать голени и верхнюю часть туловища, а на выдохе притягивать локти к коленям.

– Стоя на четвереньках нужно приподнять ступни и совершать колебательные движения телом так, чтобы таз и ступни сдвигались в разные стороны.

– Лежа на спине нужно согнуть колени, и соединить стопы внутренними сторонами.

– Разводить и сводить колени, напрягая при этом мышцы промежности.

Гимнастика по Атабекову:

– Удерживаться в положении «ласточка» 10 секунд, затем поменять вытянутую ногу и продержаться еще 10 секунд.

– Махи ногами в сторону, с одновременным напряжением мышц промежности.

– Вращение ногой, отведенной в сторону по часовой стрелке.

– Напряжение и расслабление луковично-пещеристой мышцы в положении стоя.

– Из положения лежа разведение и сведение поднятых ног с напряжением бедер, ягодиц и сфинктеров ануса и мочевого пузыря.

Помимо перечисленных выше методик, женщинам с пролапсом рекомендуется заниматься йогой, восточными танцами, плаванием. Очень важно при занятиях йогой или танцами сообщить тренеру о своем диагнозе, тогда он сможет подобрать наиболее оптимальные упражнения.

Что касается спорта и фитнеса, умеренная физическая нагрузка при пролапсе допустима и полезна. Однако, заниматься нужно без фанатизма и внимательно следить за собственными ощущениями. Если упражнения вызывают дискомфорт, а тем более боль, занятия нужно немедленно прекратить.

Запрещенные упражнения:

- Упражнения с гантелями и утяжелителями,
- С осторожностью следует качать мышцы пресса,
- Бег и прыжки
- Жим от платформы.

В любом случае перед началом тренировок необходимо проконсультироваться с врачом, он посоветует наиболее оптимальный вид спорта или комплекс упражнений, который принесет больше пользы в данном конкретном случае.

Лечение этой болезни доктор назначает в зависимости от степени выпадения гениталий. Если у женщины диагностирована первая степень опущения стенок влагалища, то важно принять меры, чтобы предотвратить прогресс заболевания в будущем. Для этого назначается специальная лечебная физкультура. Упражнения в этом комплексе подобраны таким образом, чтобы повысить тонус мышц передней брюшной стенки и тазового дна. Специально для восстановления упругости этих мышц разработан комплекс так называемых упражнений Кегеля. Это несложные упражнения, которые женщина может выполнять на протяжении дня,

пребывая практически где угодно. Упражнения Кегеля – это многократное посторенные сжимания и последующего расслабления интимных мышц. Кроме того, в комплекс упражнений входит поднятие ног из положения лежа, стандартные упражнения для поддержки брюшного пресса, «велосипед» и др.

Помимо выполнения комплекса лечебной физкультуры женщинам рекомендуется заниматься плаванием. Неплохой альтернативой упражнениям лечебной физкультуры является длительное хождение по лестнице, езда на велосипеде.

Очень важно выполнять все упражнения правильно и регулярно, так как при частых перерывах лечебная физкультура будет неэффективной. Женщинам с начальными стадиями пролапса гениталий следует очень бережно относиться к собственному здоровью: ни в коем случае не поднимать тяжелых предметов, не допускать сильного физического напряжения. Кроме того, в качестве метода консервативного лечения опущения матки применяется гинекологический массаж. С целью активизации кровотока во влагалище и укрепления связок женщинам в климактерическом периоде часто рекомендуется пройти курс лечения эстрогенами. Используется еще одна методика консервативного лечения: женщине вводится специальное маточное кольцо (пессарий).

Пессарий представляет собой специальное устройство, которое вводится во влагалище. Оно, имея определенные, индивидуально подбирающиеся для каждой пациентки форму и объем, восстанавливает или улучшает анатомические взаимоотношения тазовых органов, пока находится во влагалище. Для того, чтобы избежать травмирующего действия на стенки влагалища, необходимо периодически проводить замену пессария. Желательно также использовать эстроген – содержащие вагинальные кремы.

Такие действия предпринимаются, если операция невозможна ввиду наличия противопоказаний. Однако такой метод имеет и определенные

недостатки. В частности, кольцо растягивает мышцы тазового дна еще сильнее, и со временем болезнь еще более усугубляется.

Хирургическое лечение опущения половых органов

Хирургический метод лечения является основным при более тяжелых степенях опущения внутренних половых органов. Исходя из полученных данных следует отметить, что ни при какой другой патологии не предложено столько способов хирургического пособия, как при данной.

Они исчисляются несколькими сотнями, причем каждый имеет, наряду с определенными преимуществами, недостатки, что в основном выражается в рецидивах заболевания. В результате чего последние чаще всего возникают в течение первых 3 лет после вмешательства и достигают 30 – 35%.

По одному главному признаку все методы лечения, можно объединить в группы – какое анатомическое образование укрепляется и используется для исправления положения внутренних половых органов.

Наиболее распространенные варианты хирургического вмешательства:

– Первая группа. Кольпоперинеолеваторопластика – это операции, направленные на укрепление тазового дна. Принимая во внимание то, что мышцы тазового дна патогенетически всегда внедряются в процесс, то кольпоперинеолеваторопластику необходимо проводить во всех случаях хирургического вмешательства, как дополнительное или основное пособие. Так же, сюда можно отнести пластические операции на передней стенке влагалища, направленные на укрепление пузырно – влагалищной фасции.

– Вторая группа. Операции с использованием разнообразных модификация укорочения и укрепления круглых связок матки и фиксация матки с применением указанных образований. Преимущественно типичным и часто используемым является укорочение круглых маточных связок с их фиксацией к передней поверхности матки (укорочение круглых связок с их фиксацией к задней поверхности матки по Вебстеру – Банди – Дартигу, укорочение круглых связок матки через паховые каналы по Александеру -

Адамсу, вентросуспензия матки по Долери - Джильямсу, вентрофиксация матки по Кохеру и другие).

Поскольку именно после них наблюдается наибольший процент рецидивов заболевания, данная группа операций считается малоэффективной. Это обусловлено тем, что в качестве фиксирующего материала используется заведомо несостоятельная ткань - круглые связки матки.

– Третья группа. Операции, направленные на укрепление фиксирующего аппарата матки (кардинальных, крестцово-маточных связок) за счет сшивания их между собой, транспозиции и т.д. Однако и эти операции, несмотря на то, что они подразумевают закрепление матки за счет наиболее мощных связок, задачу до конца не решают, так как устраняют одно звено в патогенезе заболевания. К этой группе можно привести «манчестерскую операцию», которая считается одним из наиболее эффективных методов хирургического лечения. Операция травматична, так как лишает больных репродуктивной функции.

– Четвертая группа. Операции с так называемой жесткой фиксацией выпавших органов к стенкам таза (к лобковым костям, к крестцовой кости, сакроспинальной связке и т.д.).

– Пятая группа. Операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата матки и ее фиксации. Они недостаточно себя оправдывают, поскольку не уменьшают число рецидивов заболевания в результате нередкого отторжения аллопласта, а также приводят к развитию свищей.

– Шестая группа. Операции, направленные на частичную облитерацию влагалища (срединная кольпорафия Лефора — Нейгебауэра, влагалищно – промежностный клейзис — операция Лабгардта).

– Седьмая группа. К радикальным методам хирургического лечения выпадения внутренних половых органов относится влагалищная экстирпация матки.

В последние годы чаще используют комбинированное хирургическое лечение, которому отдают предпочтение большинство гинекологов. Эти вмешательства предусматривают укрепление тазового дна, пластику стенок влагалища и проведение фиксации матки, культы шейки матки или купола влагалища в основном одним из вышеперечисленных методов. Но, к сожалению, это не всегда способствует полному выздоровлению больных, так как иногда сохраняются функциональные нарушения соседних органов, особенно органов мочевыделительной системы.

Все вышеперечисленные операции производятся через влагалище или через переднюю брюшную стенку.

Передняя кольпорафия

Передняя кольпорафия – это операция, проводимая при опущении передней стенки влагалища. При небольшом опущении передней стенки влагалища положение мочевого пузыря могут быть не нарушенным. Пластическая операция в подобных случаях, всегда проводимая одновременно с операцией восстановления целостности промежности, сводится к следующему:

– Операция может быть выполнена под общим наркозом и под местной анестезией новокаином. С целью гидропрепаровки тканей рационально использовать местную инфильтрационную анестезию.

– Больную укладывают, как для влагалищных операций, обрабатывают и изолируют стерильным бельем операционное поле.

– Влагалищными зеркалами обнажают шейку матки, фиксируют щипцами и низводят к отверстию влагалища или за его пределы и книзу.

– Из растянутой передней стенки влагалища выкраивают лоскут овальной формы, наиболее заостренный конец которого начинается на

расстоянии 1-2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала. Второй (более тупой) конец доходит до перехода слизистой оболочки с передней части свода влагалища на шейку матки.

Острым скальпелем следует делать обводящий разрез стенки влагалища. Если края раны расходятся на 0,5 – 1 см, то есть он проник в слой рыхлой соединительной ткани, следовательно разрез сделан правильно. От наружного отверстия мочеиспускательного канала по направлению к шейке матки следует начинать отсерпаровку очерченного лоскута. Отсерпаровка сопровождается значительным кровотечением, если очерчивающий разрез сделан поверхностно и лоскут передней стенки влагалища отсепаровывается с трудом. Исходя из этого, необходимо помнить, что толщина стенки влагалища равна примерно 0.3 см и только у женщин пожилого возраста она тоньше. При этом, если сделать более глубокий разрез, можно ранить мочевого пузырь. Так же, чтобы не сделать операцию бессмысленной, выкроив слишком узкий лоскут, необходимо также правильно определить ширину лоскута, чтобы чрезмерно не сузить влагалище. Края влагалищной раны следует приблизительно на 1 см отсепаровать в стороны после удаления очерченного лоскута, после чего соединить их узловатыми кетгутовыми швами.

Так как ткани влагалища легко прорезаются, необходимо накладывать узловатые швы, не затягивая их сильно (при сшивании краёв влагалищной раны непрерывным кетгутовым швом влагалище по линии шва, при возможности, может быть стянуто в виде гармошки и следовательно деформировано, а передняя стенка его еще укорочена и фиксирована у нижнего края лобкового симфиза. В опущенном состоянии, в результате неверного выполнения операции появляющийся рубец фиксирует и шейку матки. Исходя из этого, мы можем сделать вывод, что состояние больной в ходе этой операции ухудшится.

Чтобы по линии швов оно хорошо расправилось, необходимо в завершение операции туго тампонировать влагалище на 12-24 часа.

1.5. Роль акушерки в профилактике опущения половых органов

Проведение санитарно-просветительской работы:

Профилактикой опущения половых органов следует заняться уже с подросткового возраста.

Родителям надо следить, чтобы девочка-подросток не переусердствовала с тренировками и сильными физическими нагрузками, если она занимается спортом.

Как бы ни казались, важны в этом возрасте спортивные достижения, женское здоровье важнее. При опущении женских половых органов очень полезны упражнения, направленные на укрепление брюшного пресса и мышц тазового дна.

Второй профилактической мерой при опущении половых органов, важной в любом возрасте, является правильное, сбалансированное питание. Как вы видели выше, причинами выпадения половых органов могут быть как ожирение, так и чрезмерная худоба.

Женщине, заботящейся о своем здоровье, следует избегать крайностей. Одинаково вредны как переедание, так и бездумное увлечение диетами, выбранными на свой страх и риск, без консультации со специалистом.

Сбалансированное питание также является профилактикой запоров – еще одной из причин генитального пролапса. Если же запоров избежать все-таки не удалось, нужно использовать слабительные средства, чтобы не пришлось чрезмерно сильно напрягать мышцы во время дефекации.

Правильное питание очень важно при беременности. Помимо всего прочего, оно убережет от развития чрезмерно крупного плода. А именно крупный плод при родах вызывает разрывы промежности и последующие за этим опущение и выпадение органов.

После тяжелых родов в родильном доме необходимо пройти полное восстановление анатомии промежности, поврежденной разрывами. В течение

послеродового периода, независимо от тяжести родов, нужно избегать тяжелых физических нагрузок, а также проводить профилактические процедуры для избегания воспалительных и гнойных осложнений.

Тяжелая физическая нагрузка противопоказана женщинам после 40 лет. Вместе с тем, рекомендуется заниматься специальной гимнастикой, направленной на укрепление мышц тазового дна.

Вероятность развития опущения внутренних половых органов напрямую зависит не только от тяжести, но и от количества родов. Вторые роды повышают вероятность смещения половых органов вдвое. После четвертых она увеличивается в 10 раз.

Женщине необходимо осознанно подходить к вопросам собственного здоровья, чтобы опущение половых органов не проявлялось ни после родов, ни в постменструальном периоде. Если она ждет ребенка, ей следует тщательно подготовиться к родам. Будущая мама в процессе родовой деятельности должна выполнять все советы акушерки, чтобы не допускать появления разрывов.

Очень важно не допускать запоры, в данной ситуации следует правильно подобрать рацион питания, пить достаточное количество жидкости каждый день, много гулять. Так же следует проводить профилактику респираторных заболеваний, сопровождающихся хроническим кашлем (в случае хронического запора или кашля необходимо обратиться к врачу, для определения причин и назначения соответствующего лечения).

Для профилактики данной патологии не менее важно регулярно проходить осмотр у гинеколога (рекомендуется делать это не менее одного раза в полгода). Для получения дополнительных данных врач иногда назначает проведение УЗИ матки.

Так как при ожирении, возможно, опущение половых органов. Следует изменить свой образ жизни и начать борьбу с лишним весом. Расчет индекса массы тела – самый простой способ узнать, есть ли у вас лишний вес. Свыше

25 свидетельствует о том, что у вас имеется избыточный вес, свыше 30 – ожирение 1 степени).

Уменьшение уровня интенсивности физических нагрузок. Выше указанные причины могут сопровождаться внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое может приводить к повреждениям связочного аппарата матки и развитию опущения.

При незначительном опущении стенок влагалища могут порекомендовать выполнение упражнений по укреплению мышц тазового дна (упражнения Кегеля). Согласно исследованиям, этот подход является действенным только на ранних стадиях опущения и у женщин с сохраненным тонусом тазового дна.

Если женщина будет соблюдать все профилактические меры, то риск возникновения патологии заметно снижается. При этом, если придерживаясь данных рекомендаций, женщина с первой стадией опущения половых органов может нормально перенести беременность и родить ребенка.

Выводы:

1. Опущения тазовых органов возникают в переднем 34%, среднем 14% и заднем 11% отделах тазового дна.
2. Опущения половых органов развиваются медленно и начинаются незаметно.
3. Основной симптом при опущении половых органов – обнаружение самой большой наличия «инородного тела» вне влагалища.
4. При диагностике данной патологии в качестве дополнительного исследования обязательным является кольпоскопическое.
5. Профилактикой опущения половых органов следует заняться уже с подросткового возраста.
6. При более тяжелых степенях опущения внутренних половых органов основным методом лечения является хирургический.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

2.1. Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» в гинекологическом отделении. Она является лечебно-диагностическим и консультативным центром. Оказывает амбулаторно-поликлиническую (как плановую так и экстренную), круглосуточно – стационарную, соответствующую самым современным медицинским стандартам, помощь как жителям собственного, так и других регионов. Так же в больнице оказывается высокотехнологичная медицинская помощь.

На базе Белгородской областной больницы, Белгород, предоставляются как бесплатные, в рамках программы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий, так и платные медицинские услуги. В рамках платных медицинских услуг можно получить консультации специалистов, лабораторные, диагностические, лечебные и прочие виды услуг.

Белгородская областная больница оснащена современным лечебным и диагностическим медицинским оборудованием. В учреждении постоянно внедряются достижения современной науки и техники, профилактические методики. Обслуживание ведут высококвалифицированные специалисты. На базе учреждения созданы все условия для оказания различных видов медицинской, организационно – методической и консультативной помощи.

Областная клиническая больница города Белгорода — постоянно развивающееся и совершенствующееся лечебно-профилактическое учреждение. В работе организации применяются самые современные информационные технологии. Для удобства пациентов в работе широко

используется возможность электронной записи к врачу онлайн через международную сеть Интернет, в том числе, в Белгородскую областную больницу записаться к врачу можно и при помощи сервиса «Электронная регистратура».

Кроме прикрепленного к городу Белгород, обслуживаемого населения, здесь так же могут получить помощь и жители других регионов.

В структуре Белгородской областной больницы, в комплексе, присутствует поликлиника, многопрофильный стационар и другие подразделения. Диагностическую и параклиническую службу представляют клиническо – диагностическая (общеклиническая и биохимическая) лаборатория, отделение ультразвуковой диагностики, отделение функциональной диагностики, кабинет рентгенографии и другие структурные подразделения.

В исследовании были использованы:

1. Статистические данные по Белгородской области за 2015 по 2018 годы.
2. С февраля по май месяц 2019 года было проведено исследование медицинских карт стационарного больного в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» гинекологического отделения, для выявления причин и распространенности опущения половых органов. Для этого нам понадобились 40 медицинских карт женщин с опущениями половых органов в возрасте от 38 до 79 лет.
3. Так же было проведено анкетирование 13 женщин с патологией опущения и выпадения половых органов, состоящее из 14 вопросов.

Методы исследования:

- Теоретический анализ медицинской литературы;
- Анкетирование и анализ результатов;
- Анализ медицинской документации.

2.2. Результаты исследования

В гинекологическом отделении оказывается специализированная высокотехнологичная помощь женскому населению Белгородской области в плановом и экстренном порядке. В отделении проводится хирургическое лечение и консервативная терапия заболеваний женских половых органов в полном объеме, в том числе и девочкам-подросткам. Приоритетным направлением в работе отделения является развитие эндоскопии, как диагностической, так и хирургической, совершенствование органосохраняющих операций при доброкачественных опухолях матки и придатков, влагалищные операции. При использовании в лечении хирургических методов предпочтение отдается высокотехнологичным, малотравматичным и органосохраняющим операциям. Индивидуальный подход к каждому пациенту и возможность создания комфортных условий пребывания в стационаре позволяют достичь максимального эффекта от проводимого лечения.

Таблица 1

Основные показатели работы гинекологического отделения

	<i>Сельские жители</i>		<i>Городские жители</i>		<i>Иногородные</i>		<i>Пролечено больных/ к/д</i>
	<i>К-во</i>	<i>к/д</i>	<i>К-во</i>	<i>к/д</i>	<i>К-во</i>	<i>к/д</i>	
2016	2151	10409	977	8156	74	494	3202/19059
2017	2333	15010	682	4433	57	370	3072/19813
2018	2180	14591	639	3623	45	253	2860/18467

За истекший период в гинекологическом отделении в рамках программы оказания бесплатной медицинской помощи специализированная и высокотехнологичная помощь оказана 2441 пациенткам (117%), дополнительно в системе внебюджетной деятельности оказана помощь 419

пациенткам, 64 пациентки пролечены в дневном стационаре с ежедневным наблюдением и выполнением медицинских процедур. В 2018 году в рамках программы оказания бесплатной медицинской помощи специализированная помощь увеличена на 195 пациенток в сравнении с прошлым годом. Как и прежде сохраняется высокая оперативная активность в отделении.

Стойко низкая тенденция к снижению продолжительности пребывания в стационаре – 6,5 койко-дней, связана с широким внедрением в практику работы отделения современных высокотехнологичных методов хирургического лечения, интенсивной медикаментозной терапии (малоинвазивные хирургические вмешательства, эндоскопическое лечение, применение современных схем антибиотикопрофилактики и т.п.). Оперативное лечение гинекологических заболеваний так же включает ранее начало реабилитационных мероприятий, что позволяет достичь более быстрого восстановления и снизить риск возникновения послеоперационных осложнений.

Таблица 2

Среднее пребывание до и после операции (койко-дней)

	<i>2018 год</i>	<i>2017 год</i>	<i>2016 год</i>
Опущение и выпадение тела матки и стенок влагалища	1,2/10,3	1/9,28	1/9,02

Количество жителей сельской местности составило 2180 человек. Учитывая ориентированность стационара 3 уровня на оказание специализированной медицинской помощи жителям сельского региона отделение выполнило гос. заказ в 100 %, получив дополнительное внебюджетное финансирование за счет городских и иногородних жителей. Среди жителей сельской местности преобладают традиционно пациентки из Белгородского района – 14%, Яковлевского – 18%, Старооскольского – 12%, Шебекинского районов – 18,4%. Обращает на себя внимание низкий процент

лечения в областной больнице гинекологических больных из Губкинского, Ровеньского, Новооскольского, Прохоровского, что требует анализа и разъяснительной работы кураторов районов, областных специалистов. Причем в выше представленных районах имели место нарушения и замечания по ведению больных, что отражено в листах дефектуры.

Структура нозологических форм в гинекологическом отделении

	2018 год			2017 год			2016 год		
	<i>К-во</i>	<i>К/д</i>	<i>р. к/д</i>	<i>К-во</i>	<i>к/д</i>	<i>Ср. к/д</i>	<i>К-во</i>	<i>к/д</i>	<i>Ср.к/д</i>
пролапс гениталий	243	23,08	9,5	228	2148	9,4	216	1950	9,02

Оперативная деятельность отделения

	2018 год	2017 год	2016 год
Полостных операций	236	168	195
в т.ч. гистерорезектоскопии	30	-	-
Влагалищных операций	842	829	745
из них: - влагалищных экстирпаций	350	308	300
в т.ч. - пластических	492	521	376
«Малых» гинекологических операций			
в т.ч. гистероскопий	1500	1601	1601

Объем вмешательств представлен следующим образом:

	2018 год	2017 год	2016 год
Экстирпация матки:			

- полостная	165	126	130
- вагинальная	350	308	279
- эндоскопическая	19	17	11
- полостная	9	10	1
Кольпоррафия	217		
Кольпоперинеолеваторопластика	229		

В отделении изучаются аспекты (в том числе уродинамические) несостоятельности связочного аппарата таза, опущения и выпадения тазовых органов, стрессового недержания мочи и используются различные варианты коррекции этой патологии, коррекция эстетических дефектов половых органов. У молодых женщин при выпадении матки и влагалища в отделении выполняют комбинированную операцию лапаро-вагинальным доступом, основные этапы которой зависят от особенностей патологического процесса: при выраженной элонгации шейки матки – ее ампутацию, пластику шейки матки – у 48 пациенток; переднюю кольпоррафию с укреплением фасции мочевого пузыря, кольпоперинеоррафию с леваторопластикой; крестовидное укорочение круглых и укрепление крестцово-маточных связок после сокращения площади брюшины путем иссечения или коагуляции. При опущениях стенок влагалища и матки в сочетании с патологией матки, а также у пациенток старших возрастных групп, выполняется гистерэктомия влагалищным, лапароскопическим или комбинированным доступом в сочетании с корригирующими вмешательствами: высокой фиксацией купола влагалища по McCall; кольпоррафия, кольпоперинеоррафия; вагинопексия по Amreich-Richter. Такой комплексный подход позволяет устранить гинекологическую патологию и восстановить нарушенную тазовую анатомию. 842 операций проведены влагалищным доступом, что на 13 операции больше в сравнении с прошлым годом.

Далее мы должны рассмотреть анализ возраста пациенток с опущениями половых органов:

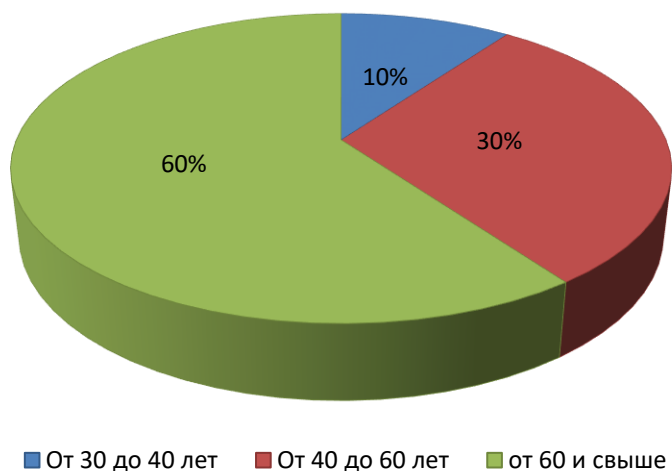


Рис. 1. Анализ возраста пациенток с опущениями половых органов

В результате данного исследования, мы пришли к выводу, что большая часть пациенток находится в возрасте от 60 и свыше лет.

На следующем рисунке мы должны рассмотреть анализ места жительства пациенток:

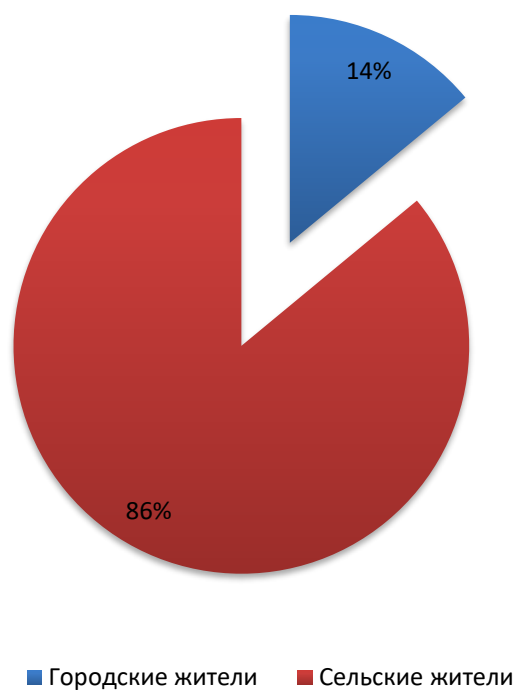


Рис. 2. Анализ места жительства пациенток

При анализе места жительства пациенток было выявлено, что их большая часть проживает в сельской местности.

Далее мы должны рассмотреть анализ места работы пациенток:

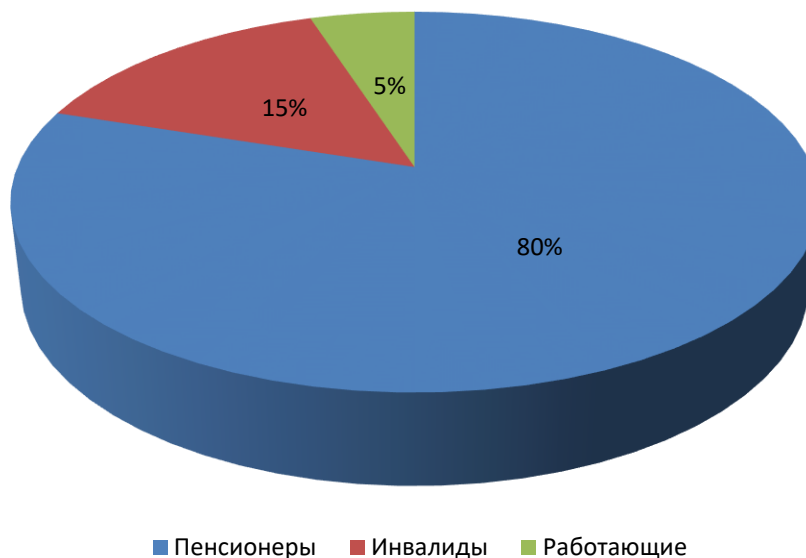


Рис. 3. Место работы пациенток

В результате данного исследования мы выявили, что наибольшее количество женщин пенсионеры.

В следующей диаграмме мы можем увидеть семейное положение женщин с патологией опущения половых органов:

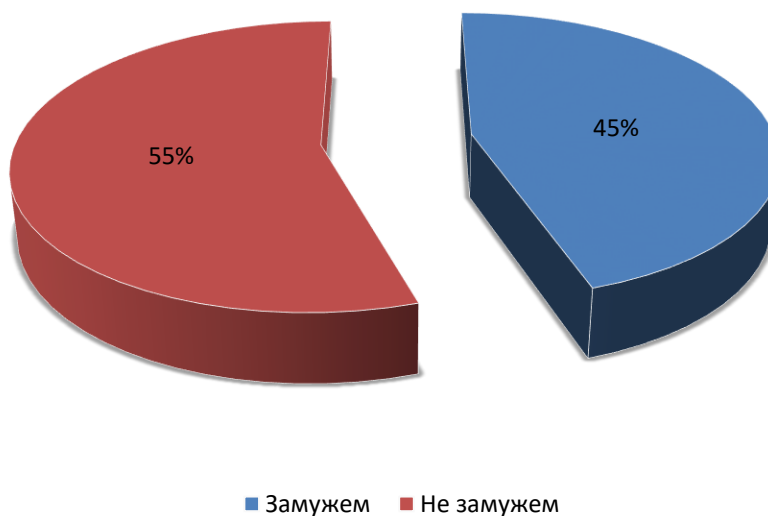


Рис. 4. Семейное положение женщин

В данном исследовании мы выявили, что 55% пациенток замужние.

Далее мы видим анализ причин опущения половых органов.



Рис.5. Анализ причин опущения половых органов

В результате данного исследования мы выяснили, что чаще всего причиной опущения половых органов является несостоятельность мышц тазового дна.

В следующем рисунке мы можем увидеть анализ сопутствующих заболеваний:

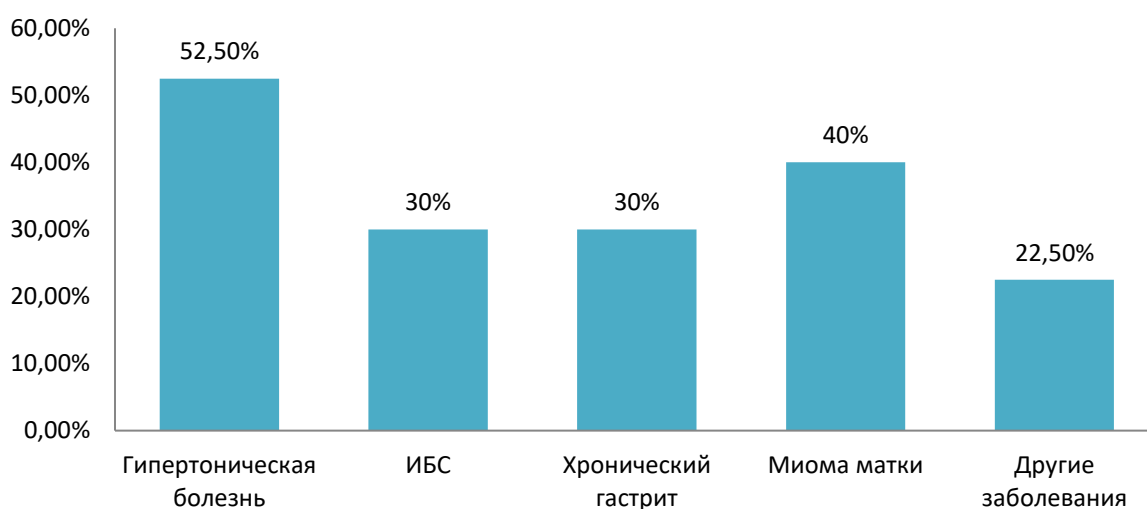


Рис.6. Анализ сопутствующих заболеваний

В ходе исследования мы выявили, что миома матки (16) и гипертоническая болезнь (21) чаще всего являются сопутствующими заболеваниями (Рис.7.).

Далее мы рассмотрим мониторинг исходов беременностей:

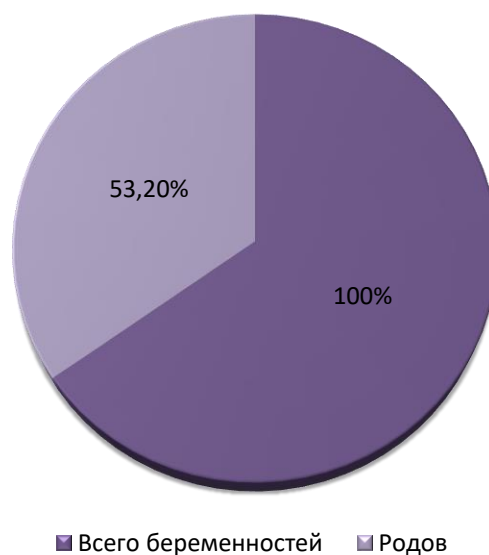


Рис.7. Анализ исходов беременностей

В результате исследования мы выяснили, что исходя из полученных данных 196 беременностей, 105 заканчивались родами.

В следующей диаграмме мы рассмотрим анализ жалоб пациенток:

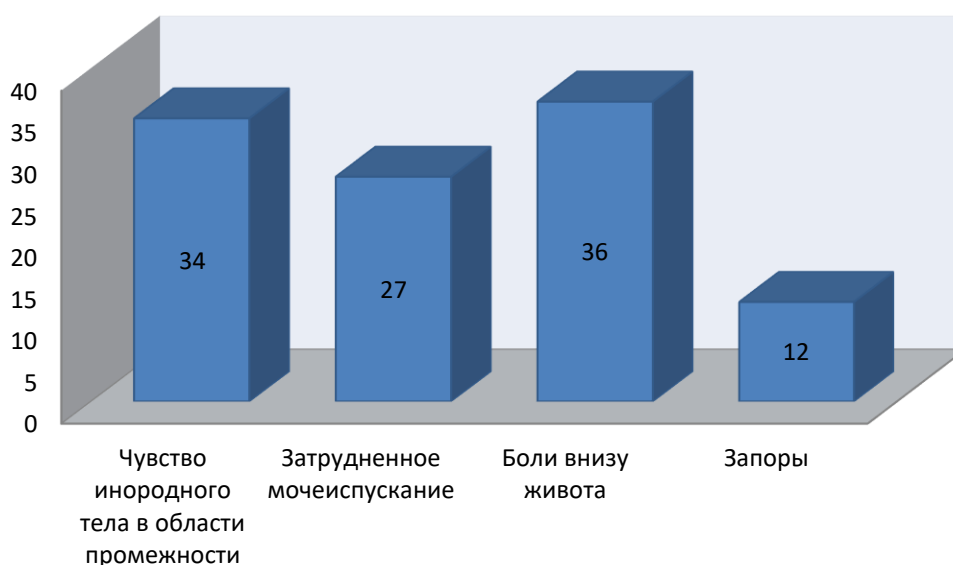


Рис.8. Анализ жалоб пациенток

В ходе исследования мы выяснили, что пациентки чаще всего жалуются на боли внизу живота.

Далее мы рассмотрим анализ начала менструального цикла (менархе) у женщин:

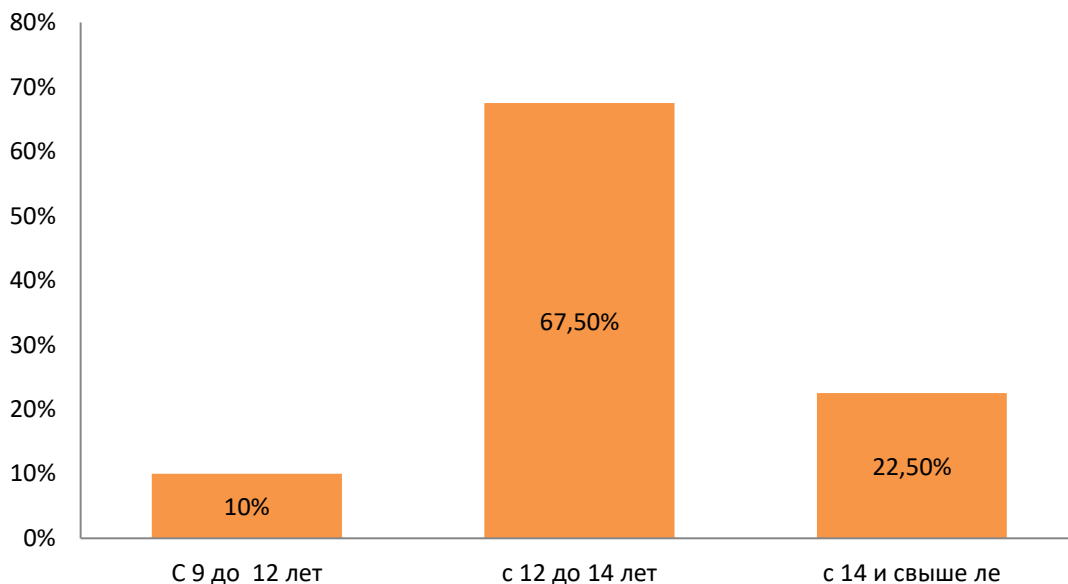


Рис.9. Анализ начала менструального цикла (менархе) у женщин

В результате исследования мы выявили, что первые менструации чаще всего возникали в возрасте с 12 до 14 лет.

Далее мы можем увидеть анализ менопаузы у женщин:

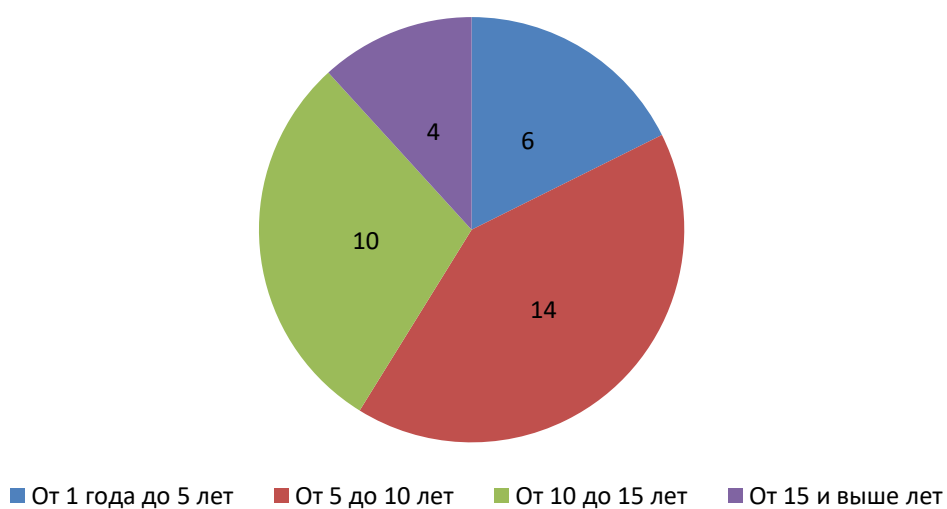


Рис. 10. Анализ менопаузы у женщин

В ходе данного исследования, мы пришли к выводу, что из 40 женщин с опущением половых органов, только 34 находятся в менопаузе.

В следующей диаграмме мы можем рассмотреть, какой из видов лечения применялся к пациенткам с опущениями половых органов:



Рис.11. Анализ видов лечения

В результате данного исследования, мы выяснили, что в основном применяется оперативный вид лечения.

Далее мы рассмотрим виды оперативного лечения:

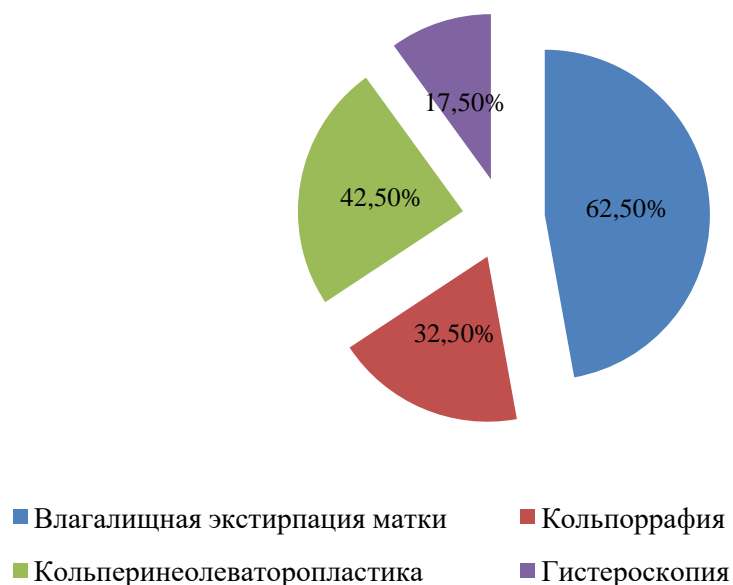


Рис.12. Виды оперативного лечения

При проведении данного исследования мы выяснили, что в ходе оперативного лечения чаще всего проводят влагалищную экстирпацию матки.

В следующей диаграмме мы рассмотрим анализ жалоб женщин в послеоперационном периоде:

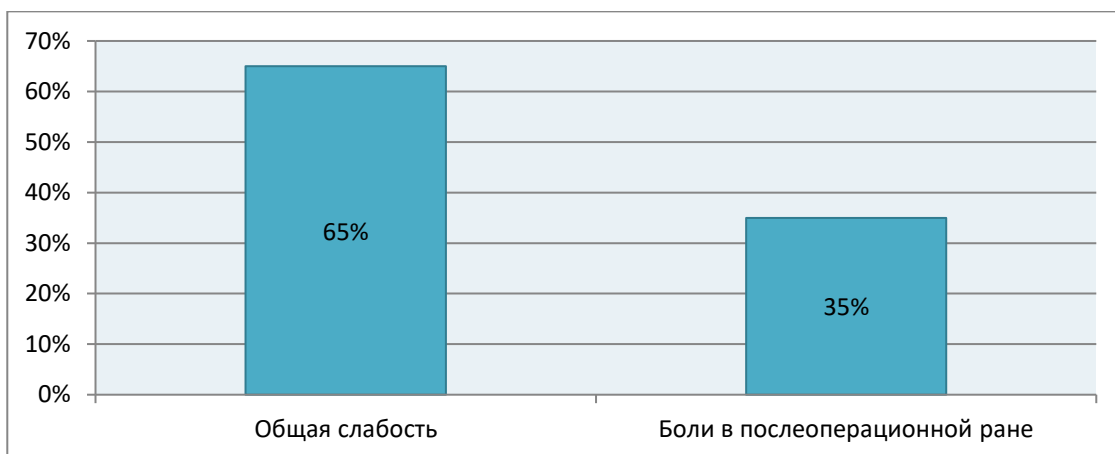


Рис.13. Анализ жалоб женщин в послеоперационном периоде

В результате исследования мы выяснили, что из 40 исследуемых медицинских карт: 25 женщин в п/о периоде жалуются на общую слабость, а 15 на боли в послеоперационной ране.

В данном исследовании принимали участие 13 анкетированных женщин, исходя из этого мы можем сделать следующие выводы:

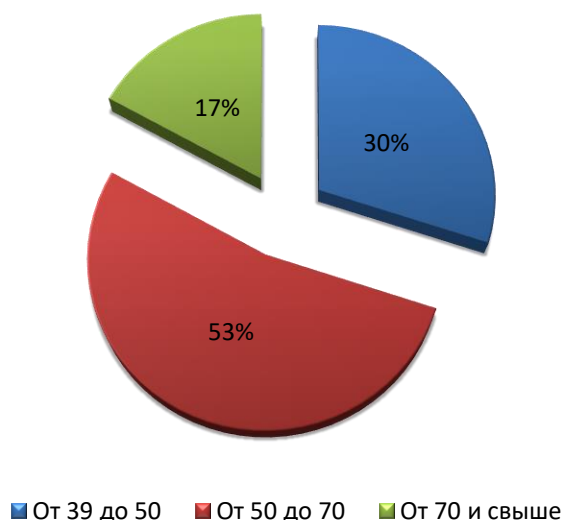


Рис.1. Анализ возраста пациенток

В результате анкетирования мы выявили, что наибольшее количество пациенток (53%) с патологией опущения половых органов, находятся в возрасте от 50 до 70 лет.

Далее мы рассмотрим анализ места работы анкетированных:

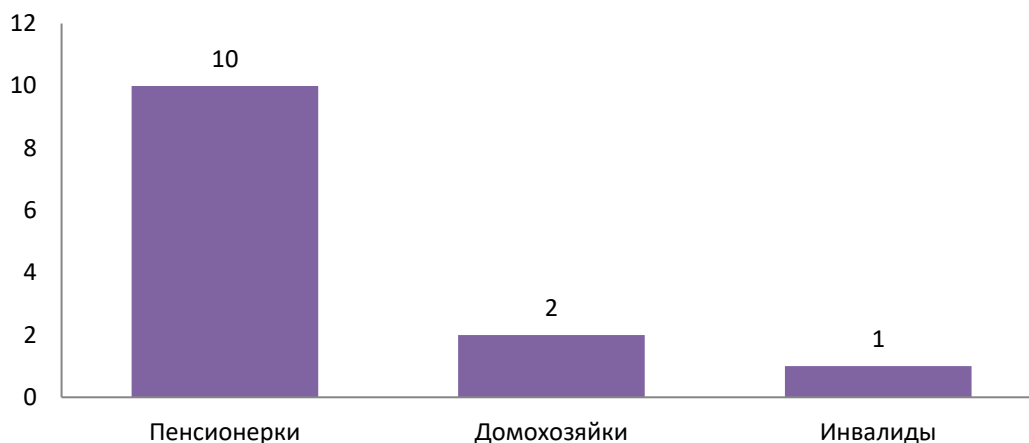


Рис.2. Анализ места работы

В ходе исследования мы выяснили, что большинство женщин с опущениями половых органов находятся в пенсионном возрасте.

В следующей диаграмме мы рассмотрим анализ жалоб анкетированных пациенток:



Рис.3. Анализ жалоб пациенток

В ходе анкетирования женщин мы выяснили, что чаще всего они жалуются на ощущения инородного тела в области влагалища.

Далее мы рассмотрим анализ возраста начала менструаций у пациенток:

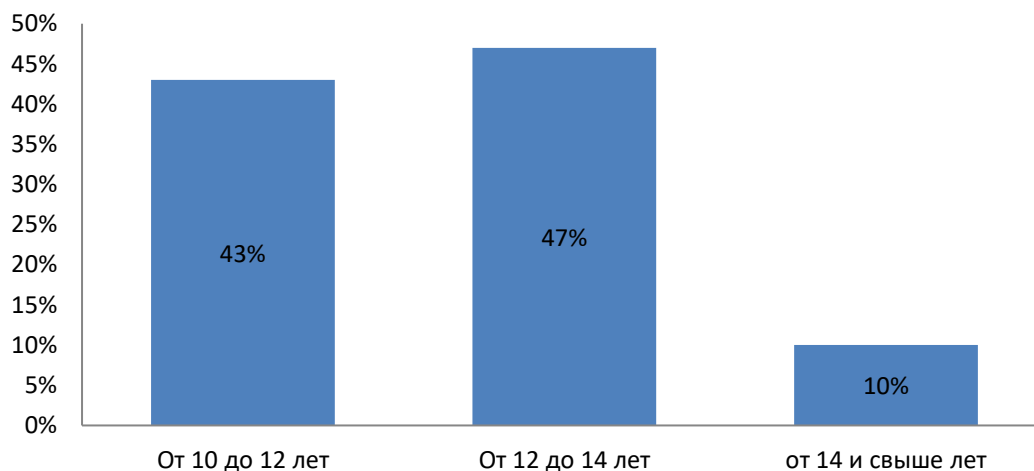


Рис.4. Анализ возраста начала менструаций у пациенток

В результате анкетирования мы выяснили, что у большинства пациенток возраст начала менструаций от 12 до 14 лет (47%).

Далее мы можем рассмотреть анализ последних менструаций у женщин:

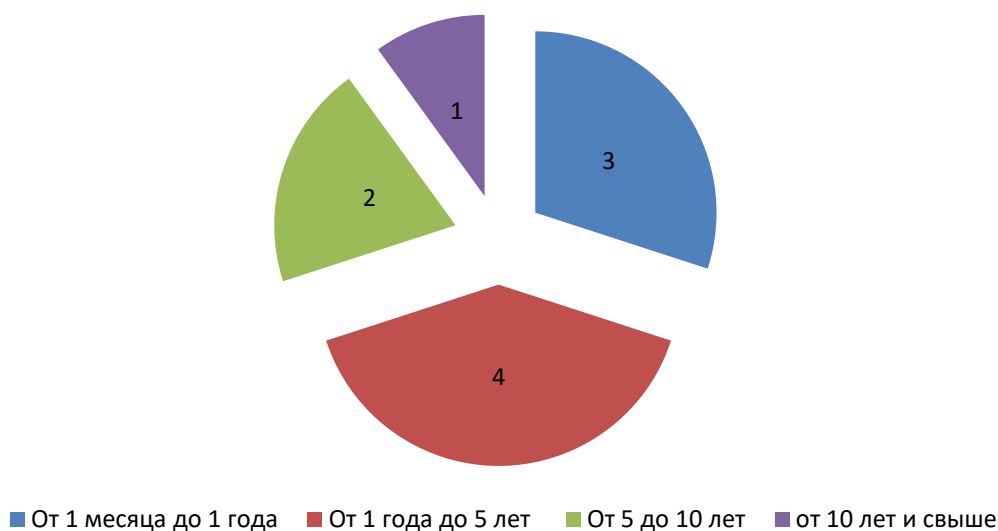


Рис.5. Анализ последних менструаций у женщин

В ходе анкетирования мы выяснили, что у большинства женщин, то есть у 4 человек, последние менструации наступали от 1 года до 5 лет назад.

Далее мы можем рассмотреть анализ исходов беременностей:

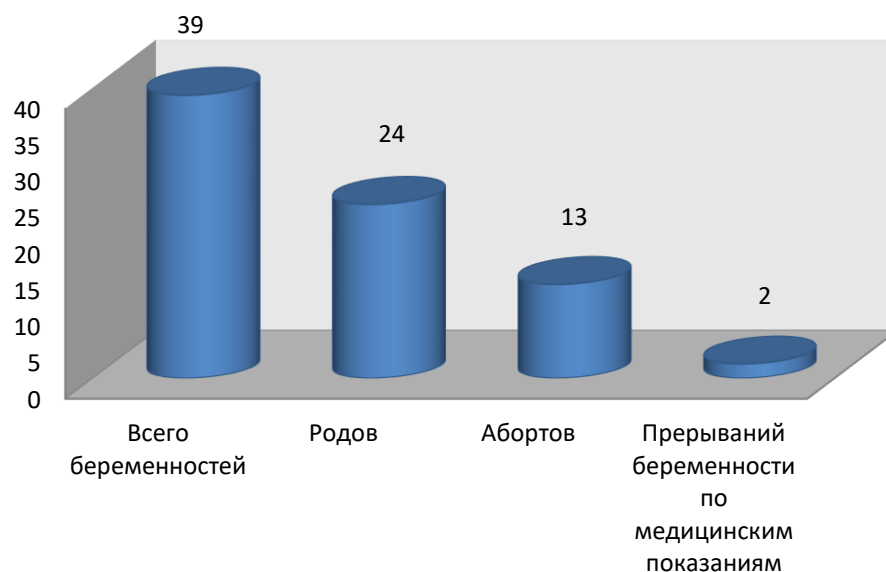


Рис.6. Анализ исходов беременностей

В ходе анкетирования мы выяснили, что у женщин с данной патологией всего беременностей – 39, родов – 24, абортОВ – 13 и прерываний беременности по медицинским показаниям – 2.

Далее мы можем рассмотреть анализ хронических заболеваний пациенток:

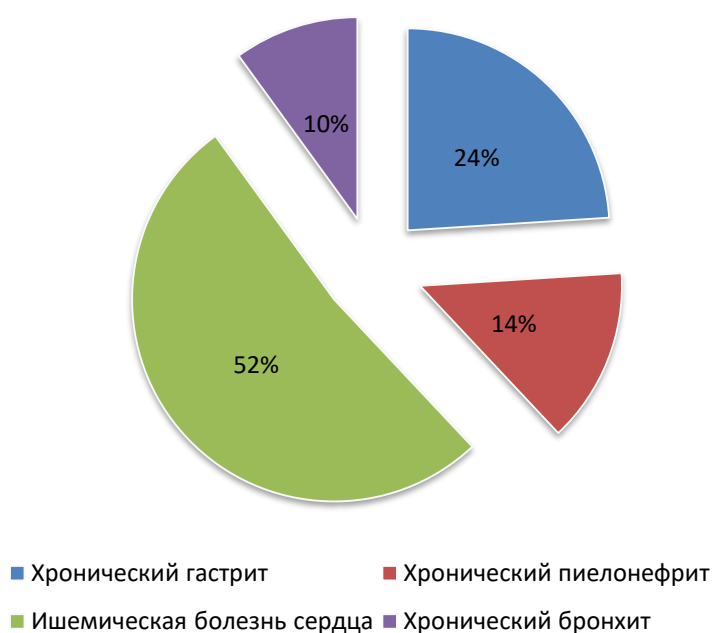


Рис.7. Анализ хронических заболеваний пациенток

В результате полученных данных из анкетирования мы выяснили, что у пациенток с данной патологией чаще всего встречается ишемическая болезнь сердца (52%).

В следующей диаграмме мы рассмотрим анализ перенесенных гинекологических заболеваний:

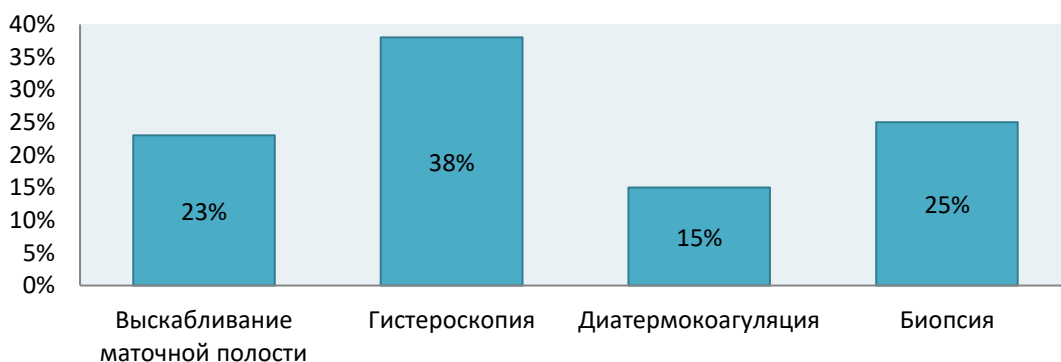


Рис.8. Анализ перенесенных гинекологических операций

В ходе исследования мы выяснили, что среди анкетированных пациенток из всех перенесенных гинекологических операций, гистероскопия встречается наиболее часто.

Далее мы можем рассмотреть анализ частоты посещаемости гинеколога:

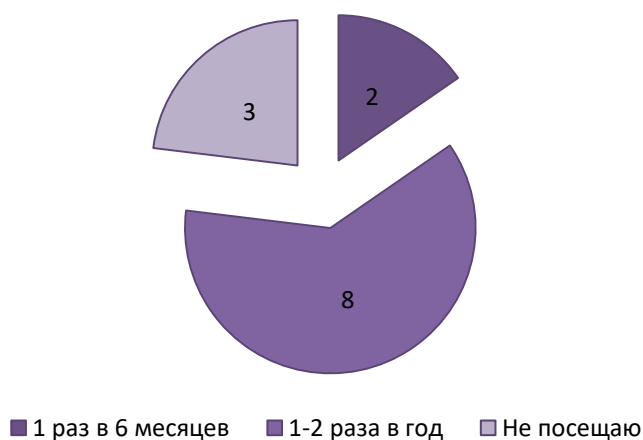


Рис.9. Анализ частоты посещаемости гинеколога

В результате исследования мы выяснили, что наибольшее количество анкетированных пациенток посещает гинеколога 1-2 раза в год.

Далее мы рассмотрим анализ диспансерного учета у женщин с опущениями половых органов:

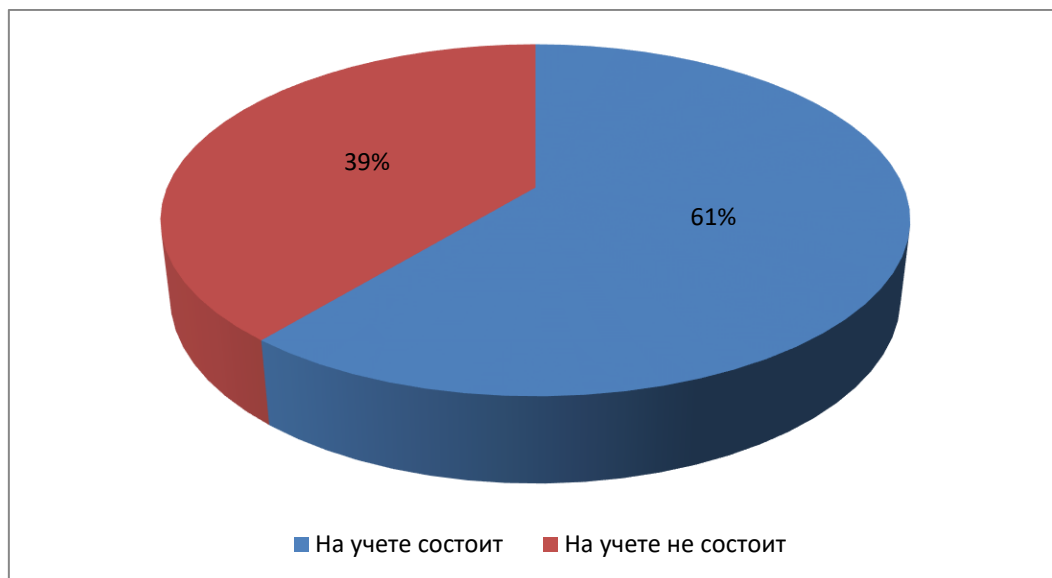


Рис.10. Анализ диспансерного учета

В результате исследования мы выяснили, что 61% анкетированных состоят на диспансерном учете.

В следующей диаграмме мы рассмотрим анализ проведения профилактических мероприятий:



Рис.11. Анализ проведения профилактических мероприятий

В результате исследования мы выяснили, что 44% женщинам проводили профилактические мероприятия, а 56% нет.

Выводы:

1. Основными факторами риска опущения и выпадения внутренних половых органов являются: системная несостоятельность соединительной ткани (варикозная болезнь — 48%, грыжи различной локализации — 13%), предшествующие роды (66% женщин имели в анамнезе 2 и более родов), их характер (травма тазовой диафрагмы - 44%, оперативные пособия в родах — 33%), роды крупным плодом (33%).

2. Факторами, способствующими прогрессированию опущения внутренних половых органов, являются: хроническое повышение внутрибрюшного давления (запоры, кашель, тяжелая физическая нагрузка) при экстрагенитальных заболеваниях (заболевания сердечно - сосудистой системы — 65%, заболевания органов дыхательной системы — 19%, заболевания желудочно-кишечного тракта — 39%), тяжелом физическом труде (55%). В постменопаузе как правило усугубляют имеющееся опущение и выпадение внутренних половых органов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами была изучена тема «Профессиональная деятельность акушерки в профилактике и лечении опущения половых органов». В результате изучения теоретических аспектов и проведения анкетирования мы выполнили поставленную нами цель - исследование литературы и анализ документации по данной теме, с целью изучения роли акушерки в реабилитации при опущениях половых органов.

Так же, мы успешно решили следующие задачи:

1. Выявили частоту оперативных вмешательств, связанных с опущением половых органов.
2. Провели анализ медицинской документации по данной патологии.
3. Проанализировали факторы риска опущений половых органов.
4. Определили частоту степеней опущения в различных возрастных группах.

Мы подтвердили актуальность данной темы а именно, что по данным ВОЗ - опущения половых органов в структуре гинекологической заболеваемости имеют одно из ведущих мест и составляют 15 – 30%. Несмотря на улучшение качества акушерской помощи, у 50% всех женщин наблюдаются опущения половых органов различной степени выраженности, а в возрастной группе старше 50 лет встречается более чем в 40% случаев. Данная патология в структуре плановых показаний к оперативному лечению занимает третье место после доброкачественных опухолей половых органов и эндометриоза. Среди пациенток гинекологического стационара от 10 до 20% больных проходят лечение опущения внутренних половых органов.

На частоту и сложность данной патологии возраст оказывает решающее влияние – именно в пожилом и старческом возрасте опущение и выпадение половых органов достигает своей кульминации. Доказано, что опущение половых органов является одной из частых проблем у пожилых

женщин, но тем не менее является актуальной для женщин репродуктивного возраста.

Для профилактики данной патологии не менее важно регулярно проходить осмотр у гинеколога (рекомендуется делать это не менее одного раза в полгода). Для получения дополнительных данных врач иногда назначает проведение УЗИ матки.

ПРИЛОЖЕНИЯ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В. , Киселев С.И. Диагностическая и хирургическая лапароскопия в гинекологии. Методич. рекомендации.-М., 1997.
2. Адамян Л.В., Сашин Б.Е., Блинова М.А. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов// Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: Сб. /Под ред.В.И.Кулакова.- М.,2000.- С.622-636.
3. Багаев В.М. Ведение больных с выпадением матки у женщин старше 50 лет: Автореф. дис. .канд. мед. наук.- М.,1977,- 19 с.
4. Байсова Э.И. Выбор метода оперативного лечения пролапса матки: Дис. . докт. мед. наук.- М.,1999.-144 с.
5. Глебова Н.Н. Научные основы специализированной помощи при опущении и выпадении внутренних половых органов: Дис. . докт.мед. наук.- Уфа,1976.-276 с.
6. Комбинированное оперативное лечение генитального пролапса / О.В. Макаров, Е.Б. Мазо, Г.Г. Кривобородов, С.Н. Медведев // Акуш. и гин. - 2000.- №1.- С. 42-44.
7. Куликов В.Ф. Эффективность противорецидивной модификации влагалищной экстирпации матки: Дис. . канд. мед. наук.-М.,1998.-133 с.
8. Курбанова А.Г. Материалы к хирургическому лечению выпадений матки и влагалища : Дис. . канд. мед. наук.-М.,1962.- 371 с.
9. Липина В.И. Дифференцированное хирургическое лечение опущений женских половых органов в сочетании с элонгацией шейки матки.- Пермь,1987,- Деп. во ВНИИМИ МЗ РСФСР, №13489-87.к

Анкета

1. Укажите ваш возраст? _____
2. Укажите место работы? _____
3. Перечислите ваши жалобы (чувство инородного тела в области промежности, затрудненное мочеиспускание и т.д.) _____
4. Укажите возраст начала менструаций? _____
5. Когда у вас была последняя менструация? _____
6. Проводили ли Вам профилактические мероприятия? _____
Сколько у вас было беременностей и чем они завершались (родов, абортов, выкидышей, внематочных беременностей, прерываний беременности по медицинским показаниям)? _____
7. Были ли у вас акушерские травмы в родах (разрыв промежности, разрыв влагалища, разрыв шейки матки)? _____
8. Есть ли у вас хронические заболевания? _____

9. Укажите перенесенные гинекологические операции? _____
10. Укажите перенесенные операции? _____
11. Сколько раз в год вы посещаете гинеколога? _____
12. Состоите ли вы на диспансерном учете? _____