

**Хирургическое лечение при опущении матки.**

Частой причиной опущения матки являются слабость или дефект поддерживающих матку и влагалище структур. Факторами риска опущения органов тазового дна являются: травмы родовых путей, тяжелая физическая работа, хронические кашель и запор, ожирение, возрастные изменения и генетическая предрасположенность.

Опущение матки может являться причиной дискомфорта, чувства тяжести и напряжения внизу живота и во влагалище; нарушением мочеиcпускания (недержание мочи или затрудненное мочеиспускание, частые позывы к мочеиспусканию) и дефекации (недержание кала, затрудненное испражнение), нарушением сексуальной жизни, а также болей внизу живота и пояснице.

При выраженных формах опущения можно увидеть выходящую из влагалищного кольца шейку матки. В данном случае возможно как опущение матки так и чрезмерное увеличение длинны шейки матки

**Течение операции.**

В ходе операции матка удаляется через влагалище, после чего исправляется опущение стенок влагалища.

Операция проводится под спинальным или общим наркозом. При спинальном наркозе пациент в сознании, наркоз подавляет только болевую чувствительность нижних отделов тела.

Для исключения осложнений наркоза за 6 часов до операции запрещено есть, пить, курить и жевать жевательную резинку.

В ходе операции в первую очередь вокруг шейки матки делается надрез, после чего матка освобождается от соседних органов (мочевой пузырь, прямая кишка), затем лигируются питающие матку кровеносные сосуды и перерезаются поддерживающие орган структуры соединительной ткани.

После этого матку удаляют и верхняя часть влагалища зашивается.

В случае анатомических особенностей, спаек или возникших в ходе операции кровотечения и /или повреждений соседних органов может возникнуть необходимость завершить операцию открытым методом.

**Послеоперационный период.**

После окончания операции во влагалище ставится тампон, который удаляют вечером в день операции или на следующий день.

Мочевой пузырь катетеризируется. Катетер удаляется в основном через 48 часов после операции. Канюля в вене остаётся до тех пор, пока есть необходимость введения через нее лекарства. Стационарное лечение обычно длится 3-5 дней.

Небольшие кровяные выделения из влагалища до 6 недель после операции нормальны.

В случае возникновения обильного кровотечения, сильных болей и/или повышения температуры выше 37,5гр просим Вас немедленно обратиться в приёмный покой к дежурному доктору.

Больничный лист выдается на период соответствующий Вашему состоянию и характеру работы, обычно на 2-6 недель, при необходимости на более долгий период.

После операции в течение 1,5 -2 месяца советуем избегать тяжелой физической нагрузки, поднятия тяжести ( > 5кг ), половую жизнь, посещения сауны и принятия ванн. Также советуем во избежание запоров пить больше жидкости и принимать продукты богатые клетчаткой.

В ходе операции используется рассасываемый шовный материал, а значит, необходимости в удалении швов нет.

Через 1,5 месяца после операции необходимо явиться на осмотр к своему гинекологу.

Примерно у 15% пациентов в течение нескольких месяцев или лет после операции может возникнуть опущение стенок влагалища, что может потребовать новую операцию.

**Возможные осложнения.**

В течение операции возможна необходимость изменить изначально запланированный объём операции. Причиной этому могут стать различная масштабность изменений, анатомические особенности или осложнения возникшие по ходу операции.

Во время или после операции может возникнуть кровотечение, что может потребовать переливания крови. Есть вероятность возникновения воспаления раны, мочевого пузыря или др.внутренних органов. В редких случаях могут возникнуть повреждение соседних органов (мочевой пузырь, мочеточники, кишечник, кровеносные сосуды и нервы), тромбоз глубоких вен и анестезиологические проблемы. Возможными послеоперационными осложнениями могут быть проблемы с мочеиспусканием, запоры, чувство дискомфорта во время полового акта.

Для уменьшения риска возможных осложнений просим Вас проинформировать своего врача о имеющихся заболеваниях и употребляемых лекарствах, о своем состоянии здоровья при поступлении на операцию и имеющейся аллергии.

На операцию согласна. О возможных осложнениях информирована.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Имя фамилия Подпись