

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА

¹ Жандаров К. Н., Батаев С. А., Пакульневич Ю. Ф.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Гродно, Беларусь

Введение. Лечением пациентов с тазовым пролапсом как в нашей стране, так и за рубежом, занимаются специалисты хирурги-проктологи, гинекологи и урологи, с преобладанием активной хирургической тактики [2]. Выполнение большого количества хирургических коррекций разными методиками, в том числе лапароскопических видов пластики тазового дна, вентропексий, операций жёсткой фиксации с использованием новейших сетчатых эксплантатов, тема оценки результатов лечения и наличие осложнений – данные проблемы наиболее актуальны [1]. Отсутствие идеального способа оперативного лечения является трудноразрешимой задачей, решением которой плотно занимаются разные специалисты: урологи, гинекологи и хирурги-проктологи. Если же диагностика многих проявлений ПТО, таких как выпадение матки, влагалища, прямой кишки, цисто- и ректоцеле, на первый взгляд не представляет труда даже при обычном осмотре, то такие как внутренняя инвагинация прямой кишки, избыточная складчатость её слизистой, десценция тазового дна, заднее ректоцеле и т. д., порой диагностически трудны даже для «универсальных» инструментальных методов [1, 2]. Несмотря на применение и комбинирование разных методов хирургического лечения ректоцеле, послеоперационные осложнения, к сожалению, всё ещё встречаются [1].

Цель исследования: оценить и проанализировать возникшие осложнения после выполненных операций по поводу тазового пролапса методом лапароскопической/видеоассистированной ректо (кольпо) сакропексии с применением синтетических имплантов.

Материалы и методы исследования. За период времени с 2010 по 2015 г. на базе отделения гнойной хирургии УЗ «ГОКБ» прооперированы 34 пациента с разными видами пролапса тазовых органов.

Во всех случаях применялся способ лапароскопической ректосакропексии или ректокольпосакропексии с пластикой тазового дна и ректовагинальной перегородки с использованием синтетических протезов по собственным разработанным методикам.

В процессе операции производилось рассечение брюшины в области ректовагинальной (ректовезикальной у пациентов мужского пола в 9-ти случаях) складки. Прямая кишка выделялась по переднебоковым поверхностям. Рассекалась брюшина в области мыса крестца до надкостницы.

Дистальная часть протеза фиксировалась к переднебоковой стенке прямой кишки с применением оригинальной методики гофрирования

передней стенки прямой кишки. При ректокольпосакропексии к протезу также фиксировалась задняя стенка влагалища. В заключение прямая кишка (при ректокольпосакропексии вместе с влагалищем) подтягивалась кверху с последующей фиксацией проксимального конца протеза в подготовленном ложе к надкостнице мыса крестца герниостеплером и/или несколькими швами Darvin 1.0. Частично восстанавливалась париетальная брюшина.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. В позднем послеоперационном периоде выявлены 2 осложнения, что в среднем составило 6%. В одном случае диагностировано эрозирование дистального конца протеза во влагалище, в другом – в прямую кишку, без значительных гнойно-воспалительных осложнений. В обоих случаях повторного вмешательства не потребовалось, пациенты пролечены консервативно с частичным иссечением дистальной части протеза. Рецидива пролапса или появления симптомов «De Novo» ни у кого из пациентов не выявлено. Результаты лечения оценивались инструментальными методами диагностики (промежностное ультразвуковое исследование, дефекография) и по трёхосевой графической шкале оценки состояния промежности Three axial perineal evaluation (TAPE) score.

Выводы. Путем анализа результатов лечения данной группы пациентов с пролапсом тазовых органов установлено, что использование малоинвазивных методик для реконструктивных операций, с пластикой сетчатыми эксплантатами, при данной патологии может вполне успешно конкурировать с классическими методами оперативного лечения.

Литература:

1. Bruce G. Wolff, James W. Fleshman. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery // Springer Science, Business Media, 2007.
2. Куликовский В.Ф., Тазовый пролапс у женщин / Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Даценко Б.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Жидков А. С., Корик В. Е., Леончик А. В., Ярошевич С. А., Корик Е. В.

Военно-медицинский факультет

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах рак ободочной и прямой кишок занимает третье место, а среди осложненных форм злокачественных опухолей, требующих срочных хирургических вмешательств, лидирует патологией. Несмотря на