

хроническим гнойным средним отитом после тимпаноластики, что позволяет достичь стабильных функциональных результатов.

ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Салей А.С.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Гаврилик Б.Л.*

Одномоментное лечение сочетанных хирургических заболеваний в последние годы все чаще привлекает хирургов и гинекологов. Связано это, в первую очередь, с тем, что, по данным зарубежных авторов, частота сочетанных заболеваний, подлежащих оперативному лечению, составляет от 2,8 до 63%, однако, доля симультанных операций продолжает оставаться низкой и в настоящее время не превышает 1,5-6% [1]. Отмечается значительный рост случаев сочетанной патологии в настоящее время [2]. Преимущество одномоментной хирургической операции заключается в том, что она избавляет пациента сразу от нескольких заболеваний, необходимости проведения повторных операций, возникновения в послеоперационном периоде осложнений, требующих срочной операции. Кроме того, психика больных менее травмируется, так как они однократно переживают подготовку к операции и трудности послеоперационного периода, не подвергаются повторной госпитализации [3]. Необходимо отметить, что возрос интерес к симультанным операциям и в связи с их очевидной экономической выгодой. Однако многие вопросы этой проблемы окончательно не решены.

Целью данного сообщения является анализ результатов симультанных операций, выполненных в многопрофильной хирургической клинике.

Нами проведен анализ историй болезни 162 больных, которым выполнены сочетанные операции в гинекологическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно за последние десять лет. В экстренном порядке оперирована 81 пациентка. Возраст женщин колебался от 23 до 72 лет. Объем экстренного оперативного вмешательства по поводу гинекологической патологии заключался в экстирпации и надвлагалищной ампутации матки, аднексэктомии, тубэктомии, овариоэктомии, резекции яичников, цистэктомии. Наиболее частым хирургическим оперативным вмешательством был висцеролиз (61 случай), аппендэктомия (32 случая). Резекция сальника была выполнена у 20 больных, сигмостомия у 7, экстраперитонизация сигмовидной кишки у 3, пупочное грыжесечение у 2, операция Гартмана у 2 пациенток. В одном случае в связи с некрозом стенки сигмовидной кишки выполнена резекция сигмы с наложением толсто-толстокишечного анастомоза и проксимальной сигмостомией. Следует подчеркнуть, что во всех случаях особенностями хирургического оперативного лечения явился сложный висцеролиз в связи с наличием выраженного адгезивного воспалительного процесса и нарушения топографии органов таза. Однако без его выполнения невозможен необходимый объем гинекологической операции.

Таким образом, выполняемый при ургентных гинекологических операциях висцеролиз в силу указанных выше причин должен выполняться с участием опытного хирурга и относиться к разряду сочетанных хирургических вмешательств.

Литература:

1. Баков В.С. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза: Автореф.

дис. ... канд. мед. наук. - Рязань, 2000. – 18 с.

2. Радзинский В.Е., Духин А.О., Костин И.Н. Репродуктивное здоровье женщины после хирургического лечения гинекологических заболеваний // Акушерство и гинекология. – 2006. - №4. – С. 51-54.

3. Федоров В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции // Хирургия. – 1993. - №3. – С. 59-63.

СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

Салей А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Нечипоренко Н.А.

Применяемые в настоящее время для коррекции генитального пролапса (ГП) такие операции как передняя и задняя кольпография, а также влагалищная экстирпация матки в 24-43% случаев дают рецидивы. Причины таких результатов кроются как в недостатках технического выполнения этих операций, так и в несостоятельности соединительной ткани, что имеет место у половины больных с ГП. Факт неполноценности соединительной ткани и послужил основанием для использования синтетических материалов с целью замещения фасциальных структур тазового дна.

Цель исследования. Оценка эффективности хирургической коррекции выпадения и опущения внутренних половых органов у женщин с использованием полипропиленовых сетчатых протезов по технике Gynecar prolift.

Материал и метод. У 25 женщин в процессе обследования диагностированы следующие формы ГП: выпадение или опущение передней стенки влагалища – 8; выпадение или опущение передней и задней стенок влагалища – 6; полное выпадение матки – 7; выпадение культи влагалища после гистерэктомии – 4. Все женщины оперированы с использованием сетчатых протезов. Пластика цистоцеле проводилась сетчатым протезом в форме трапеции по технике Prolift anterior, пластика ректоцеле проводилась Т-образным протезом по технике Prolift posterior. Протезы помещались при цистоцеле в сформированное ложе между передней стенкой влагалища и задней стенкой мочевого пузыря, а при ректоцеле - между передней стенкой прямой кишки и задней стенкой влагалища. Положение протеза фиксировалось ленточными «рукавами», проведенными с помощью специальных приспособлений через сухожильные дуги тазовой фасции (при пластике передней стенки влагалища) или через крестцово-остистые связки (при пластике задней стенки влагалища).

Результаты. Осложнений в ходе выполнения операций не было. Продолжительность вмешательства 80-90 минут, кровопотеря до 200 мл. В раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Продолжительность пребывания в стационаре после операции 4-6 суток. Через месяц после операции у одной женщины диагностирован рецидив выпадения матки и эрозия слизистой задней стенки влагалища с частичной секвестрацией заднего протеза, что потребовало удаления протезов и повторной корригирующей операции. Причиной осложнения явилось нарушение техники фиксации протезов. У остальных 24 женщин в течение 1-6 месяцев после операции рецидива ГП нет, функция тазовых органов хорошая.

Выводы:

1. Хирургическая коррекция ГП влагалищным доступом с использованием сетчатых протезов по технике Prolift anterior и posterior является малоинвазивной и высокоэффективной методикой лечения.