

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.

2. Строгое соблюдение техники операции является залогом хороших результатов вмешательства.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Салей А.С.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра психиатрии с курсом общей психологии
Научные руководители - д.м.н., проф. Королева Е.Г.;
д.м.н., проф. Угляница К. Н.*

Особенности нервно-психических нарушений при опухолях зависят от личностно-конституциональных особенностей больного, от этапа болезни, эффективности ее терапии. Практически у них почти не бывает канцерофобии, а скорее имеет место анозогнозия, «бегство от болезни». В то же время могут обостряться характерологические черты личности, нарастает напряженность.

При злокачественных новообразованиях вне мозговой этиологии отмечали зависимость психических расстройств от стадии течения рака (В. А. Ромасенко, К. А. Скворцов, 1961). В начальный период отмечаются заострение характерологических черт больных, невротические реакции, астенические явления. В развернутой фазе наиболее часто отмечаются астенодепрессивные состояния, иногда анозогнозия.

Нами были обследованы 50 женщин с первыми стадиями рака молочной железы.

С момента постановки диагноза, ставшего больному известным, соматогенная симптоматика уступает место психогенной, может появляться недоверие к диагнозу, к врачам.

Наиболее часто полученные сведения о наличии опухоли вызывает депрессивные реакции, иногда очень тяжелые, которые могут приводить к суицидальным мыслям. Известие о наличии злокачественной опухоли является для человека большим стрессом, которое нередко приводит к чувству беспомощности. А такая приобретенная беспомощность приводит к депрессии.

Кельгольц выделяет 9 симптомокомплексов депрессивных состояний: апатии, агрессии и страха, ипохондрии, неврастении, фобии, бреда с амнестической и смешанной симптоматикой.

Тремя основными «красками» депрессии являются печаль, подавленность, а также страх и агрессивность. Когда печаль глубока, то ей часто сопутствует страх. В этом страхе очень важным является элемент ожидания.

В дальнейшем это состояние может переходить в астено- депрессивное состояние с превалированием вялости, на фоне которого появляется тревога и страх. Если депрессия не очень сильная, то над страхом преобладает агрессия, которая требует большей жизненной активности. Чаще это аутоагрессия.

Для следующих стадий характерно снижение высших волевых функций, утрата желания заниматься какой-либо деятельностью, пропадают прежние интересы, прекращаются прежние контакты, становятся более замкнутыми, аутичными. Любое принятие решения становится чрезмерным.

У некоторых развивается психотическое состояние, преимущественно депрессивно-параноидное.