

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА, ОБУСЛОВЛЕННОГО БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В АНАМНЕЗЕ

Беженарь Ф. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Плеханов А.Н.

Контактная информация: Беженарь Фёдор Витальевич — лаборант кафедры акушерства и гинекологии
СПбГПМУ, email fbezhenar@gmail.com

Ключевые слова: гинекология, онкология, пролапс тазовых органов, экстралеваторная
брюшно-промежностная экстирпация, кольпоклеизис

Актуальность исследования: Согласно рекомендациям NCCN стандартом хирургического лечения местно-распространенного рака нижеампулярного отдела прямой кишки и рака анального канала является экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация (ЭлБПЭ) прямой кишки [1].

Однако в результате данной операции образуется обширный дефект промежности, требующий пластического закрытия [2].

Для закрытия, образовавшегося после ЭлБПЭ дефекта промежности в хирургической практике, предложен ряд методик, но все они имеют свои достоинства и недостатки.

Несмотря на большое количество вариантов реконструктивных техник, существует немного клинических исследований, которые позволили бы поставить точку в этом вопросе. Не менее актуальна данная проблема и для врачей-гинекологов. В процессе выполнения ЭлБПЭ затрагиваются структуры, формирующие диафрагму малого таза. И как следствие после выполнения ЭлБПЭ существует высокий риск возникновения пролапса тазовых органов, что значительно влияет на качество жизни данных пациенток и требует хирургического лечения [3].

Материалы и методы: За 2019 год в Санкт-Петербургскую клиническую больницу РАН обратилось несколько пациенток вышеописанной проблемой.

В рамках изучения данной проблемы на текущий момент нами было выполнено клиническое наблюдение 3 пациенток.

Учитывая индивидуальные особенности анамнеза каждой из пациенток, а также желание некоторых пациенток продолжать жить половой жизнью, нами была выбрана различная хирургическая тактика.

В первом клиническом случае было с целью коррекции пролапса решено выполнить пластику собственными тканями, а затем модифицированную нами операцию по типу кольпоклеизиса.

Во втором клиническом случае отмечалась схожая ситуация, но первым этапом хирургического лечения была выполнена гистерэктомия, далее после ушивания брюшной полости кисетным швом по методике, сходной с первым клиническим наблюдением, выполнен кольпоклеизис.

В третьем клиническом случае, учитывая молодой возраст пациентки, желание жить половой жизнью, было решено выполнять пластику с использованием сетчатого импланта.

Результаты: Всем больным проведено плановое хирургическое лечение без осложнений.

Проведено наблюдение прооперированных больных в течении 6-12 месяцев, отмечены положительные результаты хирургического лечения. У всех пациенток наступило полное заживление тканей. Случаев отдаленных осложнений и рецидивов ни у одной больной не выявлено.

Выводы: Несмотря на наш небольшой опыт лечения таких пациентов уже можно сделать выводы о том, что на данный момент не существует единого универсального подхода к выбору тактики хирургического лечения данных больных. В каждом конкретном случае необходимо продуманно выбирать тактику хирургического лечения, отталкиваясь от различных факторов, таких как возраст больной, наличие сопутствующей патологии, желание жить половой жизнью, риски развития эрозии сетчатого импланта.

Литература

1. Каприн А., Старинский В., Петрова Г. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) // М.:ФГБУ «МНИОИ им. ПА Герцена» Минздрава России. — 2017. — Т.250.
2. Sinna R., Alharbia M., Assafa N. et al. Management of the perineal wound after abdominoperineal resection // J. Visc. Surg. — 2013. — Vol. 150. — P. 326—331.
3. Шинкарев С.А., Латышев Ю.П., Клычева О.Н., Способ закрытия дефекта тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с использованием пластины ксеноперикардальной «Кардиоплант» – 2017г. – с.4