

Выводы

Применение препарата Лавомакс в комплексной терапии при ВПЧ-ассоциированном РШМ позволяет снизить рецидивы в первые 12 месяцев после операции без развития нежелательных побочных эффектов. Стоит отметить отсутствие негативных эффектов от применения Лавомакса в ходе всего курса лечения. Иммунологические расстройства при пре-инвазивном и микроинвазивном раке шейки матки имеют сложный комбинированный характер, и указывают на глубокую вовлеченность иммунной системы в процессе развития РШМ. При этом развитие и прогрессия РШМ сопровождается нарушением клеточного и гуморального иммунитета, проявляющемся снижением численности CD3+ Т-лимфоцитов, CD4+ Т-хелперов, и CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов уже на ранних стадиях, а НК- и В-клеток, начиная со II стадии, и предрасположенностью данных клеток к апоптозу при развитии и прогрессии РШМ. Таким образом, на основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод, что комплексный подход в лечении ВПЧ-ассоциированного преинвазивного РШМ позволяет достичь клинически значимого снижения риска рецидива в первые 12 месяцев после хирургического лечения, что особенно актуально в группе пациентов репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении фертильности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова, Е. Г. Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки / Е. Г. Новикова // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / под ред. В. Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс, 2000. — С. 153–159.
2. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. — Л.: Медицина, 1989. — 360 с.
3. Иммунотерапия в комплексной терапии рака шейки матки / Ф. Н. Каримова [и др.] // Доклады академии наук республики Таджикистан. — 2011. — Т. 54, № 8. — С. 55–68.

УДК 616.381-072.1:617.55-007.431

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Медведев М. А., Лазаренко Т. А., Губко А. Ю.

Научный руководитель: к.м.н, доцент В. И. Батюк

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пациенты с грыжами передней брюшной стенки составляют до 25 % от всех больных общехирургического стационара [1]. Заболеваемость грыжами передней брюшной стенки с каждым годом имеет тенденцию к увеличению. Рост числа грыженосителей также связан со старением населения, страдающих полиорганной сопутствующей патологией и нарушениями обмена веществ, которые способствуют формированию грыж [2]. С целью устранения грыжевого дефекта разработано ряд методик, как натяжных, аутопластических способов за счет собственных тканей пациента, так и ненатяжных, сложных реконструктивных операций с использованием искусственных материалов [3]. Относительными противопоказаниями к лапароскопической герниопластике являются перенесенные ранее операции в нижней части брюшной полости, а также очень большие невправимые пахово-мошоночные и ущемленные грыжи.

Цель

Изучить современные методики в лечении грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы исследования

Использовались научные статьи и монографии.

Результаты исследования и их обсуждение

Грыжа — это выпячивание органа или его части, покрытого париетальной брюшиной, через естественные или искусственно созданные слабые места передней брюшной стенки [3]. Существует ряд противопоказаний к оперативному лечению: Острые инфекционные

заболевания, злокачественные новообразования III–IV стадии, острый период нарушения мозгового и коронарного кровообращения, наличие гнойничковых заболеваний кожи в области предполагаемого хирургического вмешательства, ранний детский возраст, очень преклонный возраст и поздние сроки беременности. Основные этапы операции:

1. Послойное анатомическое рассечение тканей над грыжевым выпячиванием.
2. Выделение грыжевого мешка из грыжевых оболочек.
3. Вскрытие грыжевого мешка, высвобождение, высвобождение из сращений грыжевого содержимого и вправление его в брюшную полость.
4. Прошивание и перевязка грыжевого мешка на уровне его шейки, отсечение и удаление грыжевого мешка.
5. Закрытие грыжевых ворот.

Оперативное вмешательство зависит от локализации и строения грыжи, клинического течения заболевания. Кроме традиционных методов оперативных вмешательств возможно выполнение герниопластики и из лапароскопического доступа [5].

Лапаротомия — способ хирургического доступа путем вскрытия брюшной полости. Необходимо отметить, что лапароскопическая интраоперационная диагностика имеет значительные преимущества перед обычным осмотром и физикальным обследованием больного и зачастую позволяет диагностировать несколько грыжевых выпячиваний (например, одновременное наличие паховой и бедренной либо прямой и косой паховой грыж). После диагностики грыжевых выпячиваний вводят 2 рабочих троакара: троакар диаметром 12 мм вводят несколько латеральнее наружного края прямой мышцы живота справа на уровне пупка или несколько ниже, а слева симметрично вводят троакар диаметром 5 мм. После этого пациента переводят в положение Тренделенбурга для того, чтобы кишечник не мешал осмотру и манипуляциям в паховой области. Через троакар диаметром 5 мм вводят лапароскопический зажим, через троакар диаметром 12 мм — диатермические ножницы или крючок. С помощью ножниц или диатермического крючка рассекают париетальную брюшину над грыжевым выпячиванием, начиная от передневерхней подвздошной ости до лобковой кости. Брюшину отслаивают кверху и книзу, обнажая поперечную мышцу живота и паховую складку. Особую осторожность следует соблюдать над нижними надчревными сосудами. Выделяют грыжевой мешок путем его инвагинации в брюшную полость. Следует помнить, что на верхушке грыжевого мешка нередко расположена предбрюшинная липома, которую необходимо удалить. Элементы семенного канатика отделяют от брюшины грыжевого мешка. Сетку помещают в сформированное окно брюшины и расправляют с помощью зажима таким образом, чтобы она полностью перекрывала грыжевой дефект и «слабые» места в брюшной стенке. После расправления сетку фиксируют с помощью герниостеплера — вначале медиально к верхней лобковой связке 3–4 скобками, затем, накладывая скобки через 2 см — к прямым и косым мышцам живота. В настоящее время сетку фиксируют как герниостеплером, накладывающим скобки, так и герниостеплером, вкручивающим проволоочные фиксаторы в виде спирали [4].

Выводы

При лапароскопической герниопластике сохраняются основные преимущества эндовидеохирургических операций — более легкое течение послеоперационного периода, ранняя реабилитация пациентов с нескольких недель до нескольких дней, снижение частоты рецидивов до 1–4 %, чем при традиционных методах. Важным аргументом в пользу лапароскопической операции является возможность выполнения симультантного вмешательства на органах брюшной полости, особенно если грыжа и зона другой операции расположены в разных этажах брюшной полости. Грыжи множественной локализации также легче оперировать лапароскопически. Кроме того, наблюдаются отрицательные стороны лапароскопической герниопластики: высокая себестоимость; сложность технического выполнения; возможны такие серьезные осложнения, как повреждение мочевого пузыря и кишечника, кровотечение, спаечная непроходимость кишечника, эрозия сетки в мочевой пузырь и кишечник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты хирургического лечения больных с первичными срединными грыжами передней брюшной стенки / Д. А. Благовестнов [и др.] // Материалы научно-практической конференции, приуроченной к 20-летию Клинического госпиталя МСЧ ГУВД по г. Москве. — М., 2009. — С. 171–173.
2. Шурыгин, С. Н. Пластика грыж передней брюшной стенки с использованием синтетических полимеров (экспериментально-клиническое исследование): дис. ... д-ра. мед. наук / С. Н. Шурыгин. — М., 2006. — С. 7–9.
3. Тимошин, А. Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. — М.: Трида Х, 2003. — 144 с.
4. Лапароскопическое лечение грыж передней брюшной стенки / Ю. А. Назарьянц [и др.]. — Красноярск: Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, 2010. — № 5.

УДК 61:15:616–053.9

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА И САМООЦЕНКИ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ

Медведева Е. Н., Самородова А. В., Смирнова В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *О. В. Халено*

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Смоленск, Российская Федерация

Введение

В последние годы, как во всем мире, так и в России наблюдается положительная тенденция к росту продолжительности жизни [4]. В связи с этим увеличивается процент лиц пожилого и старческого возраста, что ставит новые задачи перед системой социально-медицинского обслуживания. К условиям, обеспечивающим достойное качество жизни такого возрастного контингента, можно отнести физическое, социальное и психологическое благополучие.

Известно, что на состояние эмоциональной сферы могут оказывать влияние такие факторы, как наличие соматических заболеваний, которые формируются в процессе старения, адекватная оценка прожитой жизни, а также совокупность социальных факторов. Следует отметить, что актуальное психоэмоциональное состояние, изменяя вегетативную регуляцию, может сказываться на течении и прогнозе соматической патологии [1].

Особого внимания требует оценка психологического статуса лиц пожилого и старческого возраста, находящихся на стационарном социальном обслуживании в геронтологических центрах, так как практически все они страдают хроническими заболеваниями, прежде всего сердечно-сосудистой системы, а особые условия жизни еще более отягощают их физическое и душевное состояние.

Цель

Изучить особенности эмоциональной сферы и самооценки жизненного пути у лиц пожилого и старческого возраста с различными типами заболеваний сердечно-сосудистой системы, находящихся на стационарном социальном обслуживании.

Материал и методы исследования

Были обследованы пациенты в возрасте от 61 до 89 лет, находящиеся в геронтологическом центре «Вишенки», имеющие хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу ($n = 35$, средний возраст $77,8 \pm 1,3$ лет) вошли больные с ишемической болезнью сердца (ИБС). Вторую группу ($n = 11$, средний возраст $74,1 \pm 3,05$ года) составили пациенты с ИБС в комбинации с артериальной гипертензией (АГ). В 3-ю группу ($n = 8$, средний возраст $75,8 \pm 2,5$ лет) были включены пациенты с различными формами ИБС и острым нарушением мозгового кровообращения