

ны и позволяет выявить опущение задней стенки мочевого пузыря и специфические признаки недержания мочи при напряжении – открытие просвета уретры и заполнение ее содержимым мочевого пузыря. Для изучения этиологии и патологической анатомии стрессового недержания мочи и опущения половых органов требуется проведение дальнейших исследований информативности рентгеновской компьютерной томографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечипоренко, А.Н. Состояние мочевыводящих путей и почек у женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко // Урология. – 2012. – № 3. – С. 14-22.

УКРЕПЛЕНИЕ НАРУЖНОЙ УРЕТРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ И ПОДУРЕТРАЛЬНОГО ТКАНЕВОГО ГАМАКА КИСЕТНЫМ ШВОМ *Нечипоренко А.Н., Нечипоренко Н.А., Середич Д.Л.*

*УО "Гродненский государственный медицинский университет"
Пинская центральная больница*

Актуальность. В ряде случаев технически правильно выполненные квалифицированными хирургами оперативные вмешательства по поводу стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин с использованием синтетических лент (операции TVT, TVT-О и их модификации) не позволяют надежно восстановить континенцию. Это иногда проявляется уже на следующий день после операции произвольным выделением мочи при проведении кашлевой пробы (первично не излеченное СНМ), или развивается рецидив СНМ в течение первых 3-4 месяцев после операции. Такие результаты операций, по нашим данным, отмечаются в 4-6% случаев. И, примерно, у 1/3 таких пациенток заставляет выполнять повторные антистрессовые операции.

Цель. Снизить частоту неудачных антистрессовых операций в виде подуретральной имплантации синтетических сетчатых лент по принципу TVT и TVT-obturator путем дополнения имплантации подуретральной синтетической ленты укреплением подуретрального тканевого гамака и наружной уретральной связки.

Методы исследования. Наблюдали 11 женщин с рецидивом СНМ после операции Лоренца – 4, TVT – 3, TVT-О – 4.

Проведя анализ неудачных антистрессовых операций мы отметили следующие. У всех 11 женщин при обследовании по поводу рецидива СНМ были выявлены признаки несостоятельности тазового дна (протяженность мочеполовой области больше 6 см, протяженность сухожильного центра промежности менее 2,0 см) и у всех были признаки несостоятельности наружной уретральной связки (длина наружного отверстия уретры превышала 8 мм у 5 и зияние наружного отверстия уретры отмечено у 6), гипермобильность уретры (Q-tip test более 40%) отмечена у 8 женщин. Коррекция несостоятельности промежности и слабости наружной уретральной связки женщинам в ходе первого вмешательства не проводилась.

Все пациентки повторно оперированы. Им выполнено иссечение

подуретрального сегмента ленты или подуретральных нитей (после операции Лоренца), имплантация ленты по принципу TVT и всем проведено укрепление тканевого подуретрального гамака и наружной уретральной связки кисетным швом.

Результаты и обсуждение. Этап повторной хирургической коррекции рецидива СНМ путем имплантации подуретральной ленты по принципу TVT всем женщинам проведен по технике, разработанной нами [1, 2].

Техника укрепления подуретрального тканевого гамака и наружной уретральной связки разработана нами и сводится к следующему.

Отступя от границ наружного отверстия уретры на 0,5-0,8 мм и на глубине до 0,5 см от поверхности слизистой накладывали кисетный шов проводя нить через ткани наружной уретральной связки (рис.)

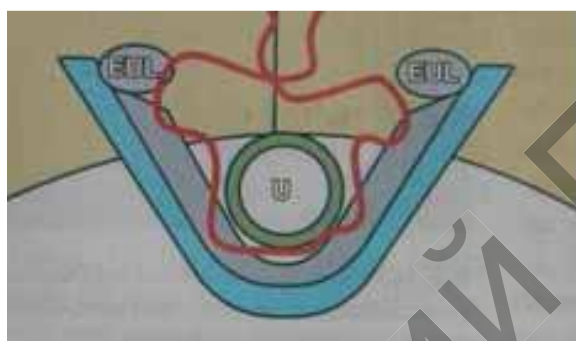


Рис. Укрепление подуретрального тканевого гамака и наружной уретральной связки хирургическим швом. (U – уретра, EUL – наружная уретральная связка)

Находящийся в уретре катетер Фолея № 18 позволяет сохранить достаточный просвет уретры и адекватное мочеиспускание. Используемый шов, позволяет, сузив просвет уретры парауретральными тканями, собственной силе сокращения сфинктера уретры полностью замыкать просвет уретры.

Во всех 11 случаях нам удалось полностью восстановить континенцию. Мочеиспускание у женщин было адекватным, остаточной мочи не отмечено.

Последние 16 антистрессовых операций у женщин с признаками несостоятельности наружной уретральной связки мы провели с наложением кисетного шва на парауретральные ткани, проводя нить на расстоянии 0,5 см от стенки уретры на глубине до 0,5 см от поверхности слизистой влагалища. Во всех случаях достигнута полная континенция при адекватном мочеиспускании.

Вывод. У женщин, страдающих СНМ при несостоятельности наружной уретральной связки или дефекте подуретрального тканевого гамака, кисетный шов, наложенный на парауретральные ткани, повышает эффективность петлевых антистрессовых операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечипоренко, А.Н. Синтетические протезы в симультанной хирургической коррекции недержания мочи при напряжении, сочетающегося с генитальным пролапсом / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко // ARS Medica. – 2010. - № 10. – С.36-39
2. Нечипоренко, А.Н. Осложнения петлевых антистрессовых операций у женщин с использованием синтетических материалов / А.Н. Нечипоренко // ARS medica. – 2013. – № 5. – С. 106 – 110.

ПРИМЕНЕНИЕ АЗИТРОМИЦИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

*Никитюк С.А., Галияш Н.Б., Евтушенко С.В.**

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского»

**КУТОР Тернопольская областная детская больница*

Макролиды являются препаратами выбора при лечении острых инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Азитромицин имеет высокий профиль безопасности, поскольку занимает второе среди макролидов (после спирамицина) место по уровню метаболизма в печени, что обеспечивает минимальную угрозу между лекарственным взаимодействием и ятрогенного поражения печени.

Целью работы было исследовать эффективность и безопасность применения азитромицина в комплексном лечении острых инфекционно-воспалительных респираторных заболеваний у детей.

Мы наблюдали 64 ребенка в возрасте от 4 до 12 лет, которые находились на лечении в инфекционно-диагностическом отделении. Среди них у 31 ребенка диагностирован острый бронхит, у 19 - острый обструктивный бронхит и у 14 – пневмония. Все дети прошли полное клинико-лабораторное обследование в соответствии с утвержденными протоколами. Для лечения в качестве антибактериальной терапии назначался перорально азитромицин (Азимед-суспензия в средних возрастных дозах).

Результаты и их обсуждение. Особенности клинической картины обследованных детей были наличие гипертермического синдрома в пределах фебрильных значений (у 91,3%) и синдрома кашля (у 95%). При этом чаще выявляли влажный малопродуктивный кашель (50,0-57,4%); явления дыхательной недостаточности (73,9-78,9%); объективно при пневмониях – укорочение перкуторного звука над легкими в проекции локализации воспалительного процесса (85,7%); при аускультации – крепитирующие (31,0%) и влажные мелкопузырчатые (38,1%) хрипы. При выслушивании легких чаще обнаруживали несоответствие рентгенологической картины и аускультативных проявлений. В четвертой части случаев выслушивали диффузные сухие свистящие хрипы разной тональности, которые оценивали как острый бронхообструктивный синдром.

Назначенный антибиотик проявляет антибактериальное, постантибиотическое (сохранение антимикробного действия препарата после его удаления из среды), иммуномодулирующее и противовоспалитель-