

1-3 месяца после операции потребовалось срочное восстановление оттока мочи из почки в силу обструкции мочеточника фрагментами конкрементов. У 9 (29%) пациентов после операции процесс полного освобождения мочевой системы от фрагментов конкрементов продолжается до 2-2,5 месяцев. Среднее время пребывания в стационаре составило 18.4 дней.

Литература

1. Тиктинский О.Л., Александров В.П. // Мочекаменная болезнь. – Санкт-Петербург, 2000, 384 с.
2. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И., Григорьев Н.А. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения // Врачебное сословие. – №4. – 2004. – С. 4-9.
3. Дзеранов Н. К., Бешлиев Д. А. Лечение мочекаменной болезни – комплексная медицинская проблема./ Consilium–medicum: приложение – Урология. 2003, стр.18-22.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ. ВОЗМОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ

Филиппович В.А., Беляков В.В., Жук Я.М., Леонков А.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. По данным ВОЗ, заболеваемость варикоцеле составляет 11,7% во всей популяции мужчин и достигла 25,4% в группах мужчин с бесплодием. Если рассматривать вопрос о конкретном оперативном вмешательстве, то каждый метод имеет право на свое существование в случае, если он устраняет патологический сброс венозной крови и не приводит к возрастанию венной почечной гипертензии. Существуют две группы операций при варикоцеле – окклюзирующие и неокклюзирующие, при которых не только прекращается сброс крови в гроздьевидное сплетение, но и сохраняется отток крови из почки.

Цель исследования – проанализировать эффективность основных методов лечения варикоцеле по данным литературы.

Материалы и методы. Проанализированы литературные данные об эффективности различных методов лечения варикоцеле.

Операция Иванисевича заключается в перевязке яичковой вены в забрюшинном пространстве для устранения обратного кровотока по ней в сторону яичка. Достоинством данной операции

является простота и низкая стоимость, недостатком – частые рецидивы (10-25%) за счет vena cremasterica и vena gubernaculum testis, другие осложнения: водянка оболочек яичка – (7%), перевязка яичковой артерии (до 50%), длительное послеоперационное восстановление (7-14 дней). Частота полного успеха операции 50-75%. *Операция Поломо* является модификацией операции Иванисевича и ее достоинства и недостатки аналогичны последней.

Лапароскопическая варикоцелэктомия. Операция проводится под общим обезболиванием. Преимуществом является отсутствие разреза в паховой области и быстрая послеоперационная реабилитация. Недостатками являются частые рецидивы (5-15%) за счет vena cremasterica и vena gubernaculum testis (две вены, которые обеспечивают отток крови из яичка вместе с его собственной веной недоступны при лапароскопическом вмешательстве). Другие осложнения – водянка оболочек яичка – 10%. Потенциально могут возникнуть осложнения, характерные для лапароскопических операций. Частота полного успеха операции 85-90 %.

Эмболизация яичковой вены с помощью баллонов или спиралей (эндоваскулярный метод). В последние десятилетия разработаны и внедрены в клиническую практику методы эндоваскулярной окклюзии яичковых вен, а также методики эндоваскулярной электрокоагуляции левой яичковой вены при варикоцеле. Основные этапы этих методов схожи и заключаются в следующем: выполняют пункцию бедренной вены справа, проводят гибкий проводник и по нему специальный катетер по бедренной, нижней полой, левой почечной венам, осуществляют селективную флебографию с 10-15 мл рентгеноконтрастного вещества (омнипак, урографин, ультравист и др.), после чего выполняют окклюзию расширенной семенной вены дистальнее отхождения коллатералей (паравертебральных, паранефральных, ретроперитонеальных). Окклюзия может осуществляться несколькими способами:

1. С помощью склерозирующего агента (тромбовар, варикоцид, этоксисклерол, гипертонический раствор глюкозы с моноэтаноламидом).

2. Механическая эмболизация спиралью Гиантурко

Андерсена-Валлас, отделяемым силиконовым баллоном, цианокрилатами, ивалоновой пломбой, металлическими окклюдерами.

3. Комбинированная эмболизация – баллонная или окклюзия спиралями в сочетании со склеротерапией.

4. Электрокоагуляция монополярным электродом, введение горячего контрастного вещества.

Преимуществами данных методов является отсутствие разреза, быстрое восстановление (1 сутки). Недостатками является частое рецидивирование (от 10-15% случаев при одностороннем варикоцеле до 30-49% при двустороннем варикоцеле, в среднем 7-25%) за счет коллатеральных (обходных) вен, высокая рентгеновская нагрузка на пациента и медицинский персонал. Возможна перфорация (повреждение) яичковой вены. Частота полного успеха 60-80%.

Микрохирургическая варикоцелэктомия. Выполняется под эпидуральной или спинномозговой анестезией с использованием разреза длиной 3-4 см на уровне наружного отверстия пахового канала. Выделяется семенной канатик, рассекается фасция семенного канатика и обнажаются входящие в его состав элементы. С помощью операционного микроскопа находится яичковая артерия, которая берется на держалку и отводится в сторону. Далее под микроскопом аккуратно выделяются вены семенного канатика, по которым осуществляется патологический венозный дренаж из яичка, и лигируются. Затем в рану выводится яичко и выполняется перевязка и пересечение вен gubernaculum testis и веточек наружной семенной вены. Рана послойно ушивается. Преимущества: крайне редкое повреждение яичковой артерии (2-3% случаев), быстрое послеоперационное восстановление (2-3 дня), низкая частота рецидивов. Недостатки: длительное микрохирургическое вмешательство, высокая стоимость. Частота осложнений: водянка оболочек яичка – 0%, рецидивы – 0,5%. Частота успеха 95-98%.

Заключение. Ни один из перечисленных методов не дает полной гарантии излечения варикоцеле, поэтому предпочтение должно отдаваться наиболее простому и освоенному методу из имеющихся в арсенале хирурга.

Литература

1. Алхасов Г.М. Двустороннее варикоцеле. Эпидемиология и диагностика: Дис. ...канд. мед.наук, – М., 2004.
2. Кадыров З.А., Мингболатов Ф. Ш., Ишонаков Х.С. Эффективность методов оперативного лечения варикоцеле // В кн: "Новые методы диагностики и лечения в клинической практике". Сборник научных работ научно-практической конференции.– М. 2005.
3. Кадыров З.А., Божедомов В.А., Ишонаков Х.С. Некоторые экономические расчеты методов оперативного лечения варикоцеле // В кн: "Новые методы диагностики и лечения в клинической практике". Сборник научных работ научно-практической конференции.– М. 2005.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТАКТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

*Филиппович В.А., Войтехович А.И., Беляков В.В., Жук Я.М.,
Леонков А.С.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является самым частым урологическим заболеванием. В Республике Беларусь отмечается значительный рост первичной и общей заболеваемости мочекаменной болезнью, в том числе и у детей. Наиболее часто пациенты госпитализируются по поводу камней мочеточников, которые проявляются наиболее манифестно. Для Республики Беларусь специфичным является высокая доля камней из мочевой кислоты и струвита по сравнению с другими странами [1]. Первые плохо визуализируются рентгеновскими методами, что делает невозможным применение ДЛТ, а вторые плохо поддаются ДЛТ вследствие особенностей их структуры. Поэтому актуальным является применение контактной литотрипсии камней под визуальным контролем.

Целью исследования являлось изучение эффективности неодимового лазера для контактной литотрипсии камней мочеточников, для чего проанализированы результаты уретероскопий с контактной лазерной литотрипсией у 67 больных.

Методы исследования. Для контактной литотрипсии отбирались больные с рентгеннегативными камнями или камнями, не поддавшимися дистанционной литотрипсии. Обследование проводилось согласно утвержденным стандартам МЗ РБ. Всем