

крови и мочи, биохимического анализа крови, коагулограммы, ЭКГ, УЗИ органов мочеполовой системы. Стадия заболевания определялась по классификации Н.А. Лопаткина:

*Степень 1.* Варикоцеле определяется только в положении стоя при натуживании больного.

*Степень 2.* При этой степени вены яичка расширены и извитые. Яичко не изменено.

*Степень 3.* При этой степени яичко дряблое и уменьшено в размере.

Больные с изменениями в анализе мочи и патологией почек, определяемой при ультразвуковом исследовании в вышеуказанные группы не вошли, так как это могло быть одним из проявлений венной почечной гипертензии. Время наблюдения больных после операции составило 6 месяцев, что достаточно для того, чтобы говорить о количестве осложнений и рецидивов в обеих группах. Изучено количество рецидивов в обеих группах, наличие послеоперационных осложнений, среднее время выполнения операции, время пребывания больного на больничной койке, время послеоперационной реабилитации и восстановления трудоспособности.

Анализ полученных данных показал, что снижение послеоперационного койко-дня при выполнении склеротерапии в среднем составляет 3.8 суток, время операции снижается в среднем на 10 минут, количество рецидивов составило 1.4.% по сравнению с 5.7% при операции Иванисевича. Осложнений при склеротерапии не было, в то время как у 3 (4.3%) больных после операции Иванисевича диагностировано наличие водянки яичка. Это позволило сформулировать следующие выводы, касающиеся эффективности данного метода лечения:

1. Антеградная мошоночная склеротерапия – простой в выполнении и малотравматичный метод ликвидации варикоцеле.

2. Антеградная мошоночная склеротерапия легче переносится больными по сравнению с традиционно выполняемой операцией Иванисевича.

3. Количество рецидивов и осложнений при выполнении антеградной мошоночной склеротерапии варикоцеле меньше, чем при ликвидации последнего по Иванисевичу.

4. Метод может применяться у всех пациентов с варикозным расширением вен семенного канатика за исключением случаев, обусловленных венной почечной гипертензией органического происхождения.

## **ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ**

***Фомин А.А., Жотковская Т.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Маслакова Н.Д.*

На сегодняшний день в мировой практике методом выбора лечения желчекаменной болезни признана лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Однако критерии к показаниям и противопоказаниям к ЛХЭ при остром холецистите до настоящего времени четко не определены. ЛХЭ может быть сопряжена с опасностью возникновения различных осложнений как интра-, так и послеоперационных. Знание потенциальных сложностей и связанных с ними возможных осложнений позволяет предупреждать возникновение целого ряда осложнений.

В военно-медицинском центре г. Гродно ЛХЭ начали выполняться с 31.08.

2005 г. на аппарате «Элипс» производства Казань. К 2007 г. была выполнена 61 операция, с диагнозом острый холецистит - 5 больных. Возраст больных от 23 до 82 лет. Продолжительность операции от 45 мин. до 2 час. 30 мин. Наибольшая длительность операции связана с выраженным спаечным процессом (3 случая), эмпиемой желчного пузыря, диагностированной во время операции (5), внутрипеченочное расположение желчного пузыря (2). Сопутствующие заболевания: ИБС, артериальная гипертензия, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, хронический обструктивный бронхит, сахарный диабет, бронхиальная астма. Предшествующие операции: срединная лапаротомия по поводу язвенной болезни желудка, рака желудка (резекция желудка) - 2, тупая травма живота с разрывом тонкой кишки - 1. Операционный доступ: умбиликальный - 7, при расширенном пупочном кольце, в остальных - разрезом, окаймляющим пупок снизу. Инсуффляция CO<sub>2</sub> в брюшную полость путем лапароцентеза - 7. Внутрибрюшное давление устанавливалось до 10 мм рт. ст. В трех случаях снижали до 8-7 мм рт. ст. (возраст - 70-82 года). Во время операции: висцеролиз выполнен в 13 случаях, желчеиссечение из ходов Люшка - клипированы -1, трудности визуализации общего желчного и пузырного протока из-за выраженной инфильтрации гепатодуоденальной связки - 5, интраоперационное кровотечение из дополнительно-пузырной артерии - 1. Размеры пузыря от 5 до 16 см, напряженный желчный пузырь, при котором производились пункция и удаление желчи - 7, выпадение конкрементов из желчного пузыря - 4, удалены манипуляторами. Переход на открытую лапаротомию произведен: в 3 случаях - в связи с выраженным спаечным процессом, 5 - эмпиема желчного пузыря, диагностированная после операции, 1 - внутрипеченочное расположение желчного пузыря и перевизикальный спаечный процесс. Симультанные операции: ЛХЭ + герниопластика паховой грыжи - 1, ЛХЭ + пупочная грыжа - 7. Во всех случаях ставился дренаж в подпеченочное пространство, который удаляли на следующий день. Антибиотикотерапия назначалась в 10 случаях: 5 - деструктивный холецистит, 2 - трудности при выделении пузыря, 3 - желчеистечение при выделении пузыря.

Анализируя наш опыт, считаем, что важным моментом оперативной техники при остром обструктивном холецистите является дозированная декомпрессия желчного пузыря. При атипичных анатомических вариантах отхождения пузырной артерии считаем необходимым тщательное выделение ее на протяжении. При возникновении кровотечения захват зажимом, выделение с последующим клипированием. При близком расположении пузырной артерии к ложу желчного пузыря производилось клипирование на протяжении. Зная возможности ятрогенных повреждений желчных протоков, при значительной инфильтрации гепатодуоденальной связки, наличие синдрома Мириззи, значительных технических трудностях при выделении, необходим переход на открытую холецистэктомию.

Литература:

1. Галеев М.А., Тимербулатов В.М. «Желчнокаменная болезнь и холецистит». Уфа, 1998.
2. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. «Клиническая хирургия». Минск 1998.