

отростка – 3 пациента (30%), ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка – 3 ребёнка (30%). Гистологическое исследование удаленного червеобразного отростка выявило флегмонозный аппендицит 7 случаев (70%), гангренозный аппендицит у 3 пациентов (30%). Наиболее частыми осложнениями были: гнойный оментит - 6 пациентов, местный неотграниченный перитонит у 1, местный отграниченный перитонит у 2, разлитой перитонит у 1. В послеоперационном периоде инфильтрат в правой подвздошной области наблюдался в 2 случаях (20%). Средний койко-день составил 11,7 дня. Исход заболевания был следующий: выписано с выздоровлением 90% пациентов, выписано с улучшением 10%.

Выводы:

1. Наиболее частые причины конверсии – ретроцекальное и ретроперитонеальное расположение основания червеобразного отростка.
2. Ультразвуковое исследование в 100% случаев позволяет выявить изменения в червеобразном отростке.
3. Лейкоцитоз выявлен у подавляющего количества пациентов.
4. Инфильтрат брюшной полости наблюдался у 20% пациентов.
5. Исход заболевания во всех случаях был благоприятным.

Литература:

1. Исаков, Ю.Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / Исаков Ю. Ф., Дронов А. Ф. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009 г. 427 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АУТОФИБРИННОЙ ПЛЕНКИ ПРИ ПОСТ-ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРФОРАЦИЯХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

Рудницкая И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Алешик И.Ч.

Актуальность. Сохраняется высокое количество посттравматических перфораций барабанной перепонки. Аутофибриновая пленка – это биологический препарат, полученный из крови самого пациента, который ускоряет процессы заживления.

Цель: изучение эффективности использования аутофибриновой пленки при посттравматических перфорациях барабанной перепонки.

Материал и методы. Для приготовления аутофибриновой пленки используют методику В.Я. Гапановича [1]. Стерильным шприцем из вены берется кровь, которая выливается в стерильный флакон, куда заранее помещают 3–4 стеклянные бусины. При быстром и многократном встряхивании флакона кровь дефибринируется. После этого дефибринированная кровь из флакона сливается, а оставшаяся в нем аутофибриновая пленка тщательно отмывается дистиллированной водой. Пластика перфорации барабанной перепонки проводится под внутривенным наркозом. Во время вмешательства под контролем операционного микроскопа проводится ревизия барабанной перепонки, барабанной полости, по возможности цепи слуховых косточек, во время которой удаляются сгустки крови, инородные тела (окалина и др.), расправляются края перфорации. В случаях, когда наступает эпителизация места разрыва (при обращении пациента в сроки 10 дней и более) обязательно проводится освежение краев перфорации. Предварительно приготовленная аутофибриновая пленка плотно укладывается на перфорацию, перекрывая ее на 0.2 - 0.3 мм. Для прижатия и удержания пленки используется тампонада наружного слухового прохода тонкой стерильной полиэтиленовой пленкой и порономом по методике О.Г. Хорова. Тампоны из наружного слухового прохода удаляются на 5-7 день.

По данным ЛОР-отделения ГКБ№2 г. Гродно, за 2012-2015 годы было пролечено 135 пациентов с посттравматическими перфорациями барабанной перепонки. Возраст от 25 до 56 ($40,5 \pm 1,6$) лет, мужчины 103 (76,3%), женщины 32 (23,7%). Слух ШР – $3,1 \pm 0,8$ м, РР – $5,1 \pm 0,1$ м. Основными причинами были: удар по уху (99 (73,3%) пациентов); баротравма

(взрыв петарды) (12 (8,9%) пациентов); травма острым предметом (14 (10,4%) пациентов); ожог окалиной (10 (7,4%) пациентов).

Сроки обращения составили от 3 часов до 15 суток после травмы ($7,5 \pm 0,5$ суток). У 125 (92,6%) пациентов наблюдалось снижение слуха по кондуктивному типу, у 10 (7,4%) - по смешанному типу.

Результаты. Всем пациентам было проведено комплексное лечение по описанной выше методике. По результатам лечения и контрольных осмотров через 3 месяца после пластики полное закрытие перфорации и восстановление слуха наступило у 129 пациентов (95,6%). Слух: ШПР – $4,8 \pm 0,8$ м, РР – $5,6 \pm 0,1$ м

У 6 пациентов (4,4%) (2 после взрыва петарды и 4 после ожога окалиной) наступило полное закрытие перфорации, но сохранилось нейросенсорное нарушение слуха.

Выводы:

1. Аутофибринная пленка является хорошим материалом для закрытия посттравматических перфораций барабанных перепонок в раннем сроке обращения.
2. Пластику аутофибринной пленкой лучше проводить в сроки до 5 суток после травмы.
3. В отдаленном периоде анатомические и функциональные результаты достигнуты у 95,6% пациентов.

Литература:

1. Гапанович, В. Я. Аутогенные фибриновые пленки в оториноларингологии / В. Я. Гапанович. – Мн., 1979. – 79 с.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Синицкий В.А., Синицкая Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Иодковский К.М

Актуальность проблемы. Бесплодие — неспособность пары в детородном возрасте зачать ребёнка при регулярной половой жизни. Супружескую пару считают бесплодной, если беременность у женщины не наступает в течение года регулярной половой жизни (половые контакты не реже, чем 2 раза в неделю) без использования средств и методов контрацепции. Согласно данным ВОЗ «...около 8% супружеских пар в течение репродуктивного периода жизни сталкиваются с проблемой бесплодия».

Цель: изучение основных причин бесплодия у мужчин в г. Гродно и других районах Гродненской области, обратившихся в кабинеты андролога-уролога за 2014-2015 г.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явились амбулаторные карты пациентов из кабинетов андролога – уролога Областного перинатального центра и Областной поликлиники.

Результаты. Количество обратившихся мужчин за 2014-2015г. составило 1146 человек в возрасте от 18 до 64 лет (в возрастной категории 56-64 было 8 пациентов). Жители г. Гродно составили 755(65,9%), а жители других районов Гродненской области 391(34,1%). По поводу первичного бесплодия обратились 780(68%), а по поводу вторичного 366(32%). Из числа всех пациентов была выявлена следующая патология: инфекции передаваемые половым путем (микоплазмоз, уреаплазмоз, хламидиоз, вирусные половые инфекции) наблюдались у 365(31,8%) пациентов; хронический простатит в диагнозе имели 94(8,2%) пациента; эпидемический паротит в анамнезе наблюдался у 298(28%) из числа обратившихся; варикоцеле наблюдалось у 218(19%) пациентов, из которых 118(54%) были прооперированы, а 100(46%) не подвергались оперативному вмешательству; количество лиц с крипторхизмом составило 25(2,2%), из которых 3(12%) не были прооперированы; гипоплазия яичка выявлена у 19(1,7%) обратившихся, монорхизм и гипотрофия наблюдались у 9(0,8%) человек; травмы половых органов, перекрут яичка и операции на яичках в анамнезе имели 32(2,8%);