

2. Доброквашин С. В. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных / С. В. Доброквашин, А. Г. Измайлов, Д. Е. Волков, Е. А. Бердникова // Практическая медицина. - 2010. — № 8.-С.79-80.

Регистрационная форма

Фамилия, имя отчество автора	Семенюк Елена Андреевна
Фамилия, имя отчество автора (ов)	
Научный руководитель (должность, уч.степень, уч.звание)	Профессор, д.м.н., профессор Климович И.И. 2-ая кафедра хирургических болезней
Название университета, страна	Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Статус участника (студент*, молодой ученый) *указать факультет, курс	Студентка ЛФ, 6 курс
Название работы	Острый аппендицит у беременных
Форма участия (устное выступление, стенд)	Устное выступление

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ

Толстик В.Е., Оскирко Д.В., Лепешко О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Колоцей В.Н.

Актуальность. Острый аппендицит является самой частой причиной острой хирургической патологии органов брюшной полости. Клиническая картина воспаления червеобразного отростка многолика и порой требует проведения достаточно большого количества диагностических процедур, особенно у женщин и пациентов пожилого возраста. Мониторная лапароскопия, широко внедряемая в последнее время и выполненная под общим обезболиванием способна решить наибольшее количество диагностических задач. При лечении этого заболевания могут применяться как открытая, так и лапароскопическая аппендэктомия, однако в последние годы лапароскопическая аппендэктомия постепенно вытесняет стандартный «открытый» способ лечения острого аппендицита.

Целью исследования является анализ результатов лечения пациентов с острым аппендицитом.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ результатов лечения 1088 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2012 по 2015 годы, которым была выполнена аппендэктомия. Это были пациенты в возрасте от 16 до 82 лет, мужчин было 521 (47,9%), женщин – 567 (52,1%). Верификация диагноза той или иной формы аппендицита основывалась на данных патогистологического исследования червеобразного отростка.

Результаты. Лапароскопическая аппендэктомия произведена 349 пациентам, что составило 32,0% от общего количества аппендэктомий. В 2015 году 48,6% аппендэктомий было выполнено лапароскопическим способом. Более широкое внедрение лапароскопического метода сдерживается вследствие недостаточного количества наборов инструментов. Острый катаральный аппендицит был выявлен у 84 (24,0%) пациента. Острый флегмонозный аппендицит диагностирован у 248 (71,1%) пациентов. В связи с острым гангренозным аппендицитом были оперированы 17 (4,9%) пациентов. В 142 случаях произведено наложение клипс на основание червеобразного отростка (40,7%), При этом у 2 пациентов были отмечены тяжелые интраабдоминальные осложнения – при прорезывании клипс с культи отростка развился распространенный перитонит, что потребовало повторного оперативного вмешательства – лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости. 112 (32,1%) пациентам на основание отростка накладывали эндопетли. В этой группе повторное вмешательство выполнено 2

пациентам, что было связано с недостаточно адекватной санацией брюшной полости. Еще в 95 (27,2%) случаях культя отростка погружалась кيسетным швом. При применении этого способа осложнений отмечено не было. Следует сказать, что с 2014 года в клинике отказались от клипирования червеобразного отростка и отдают предпочтение использованию петель Редера и кисетного шва по причине их более высокой надежности.

Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд преимуществ над открытой операцией: лапароскопический доступ практически исключает нагноение послеоперационной раны, минимальная площадь повреждения брюшины снижает риск развития спаечного процесса в брюшной полости, уменьшение послеоперационного болевого синдрома, раннее восстановление перистальтики кишечника, сокращение сроков пребывания в стационаре, раннее восстановление трудоспособности, лучший косметический эффект. Улучшение материальной базы, оснащение urgentных отделений современной техникой позволило бы значительно повысить процент лапароскопических аппендэктомий.

Литература:

1. Место лапароскопической аппендэктомии в работе хирургического отделения городской больницы / Н. А. Краснолуцкий [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009.- №1. – С. 129.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ С МИНИМАЛЬНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

В.С. Трепачко

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней,

Руководитель работы канд. мед. наук, доцент Нечипоренко А.Н.

Актуальность. Одну из особенностей недержания мочи при напряжении (НМпН) у женщин с ГП представляют случаи с крайне малыми объемами теряемой мочи. Такая потеря мочи проявляется только ощущением влаги на белье. Такое НМпН можно определить как «НМпН с минимальными клиническими проявлениями».

Цель: улучшить диагностику НМпН у женщин.

Задачи. Разработать диагностику НМпН с минимальными клиническими проявлениями и лечебную тактику при этой форме НМпН.

Методы исследования. Среди 209 женщин с различными формами и степенями выраженности ГП осложненного НМпН у 19 (9,1%) имело место минимальное НМпН. Для подтверждения НМпН с минимальными проявлениями использовали часовой PAD-test в модификации курса урологии ГрГМУ. Внутривенно пациентке вводили 40 мл 76% верографина и 5,0 мл индигокармина. Взвешивали гигиеническую прокладку с точностью до 1 грамма. Прокладка укладывается в белье и пациентке проводили Pad-test, включающий ряд физических нагрузок в течение 1 часа. По истечении 60 минут прокладка осматривается на предмет появления синего пятна и взвешивается для количественной оценки произвольно выделенной мочи. Для документального подтверждения минимальной потери мочи выполняется рентгенограмма прокладки для подтверждения наличия контрастного вещества на прокладке.

Результаты. По окончании проведения Pad-test'a у всех 19 женщин на прокладке визуально определялось голубое пятно, а при рентгенограммах прокладок определялась слабо контрастная тень – результат попадания контрастного вещества на прокладку. Взвешивание прокладок позволило установить потерю мочи от 1,5 до 5 г. Оперированы 4 женщины с опущением матки и стенок влагалища II-III ст. и минимальным НМпН. Выполнена кольпопексия протезами по принципу Prolift anterior и posterior. Через 1 месяц после операции континенция полностью восстановилась у 1 женщины с опущением матки и стенок влагалища II ст. У 3 женщин коррекция ГП не позволила восстановить механизм удержания мочи. 15