

пациентам, что было связано с недостаточно адекватной санацией брюшной полости. Еще в 95 (27,2%) случаях культя отростка погружалась кисетным 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

женщин от предложенного хирургического лечения по поводу ГП воздержались. Тренировка мышц тазового дна позволила им добиться улучшения функции удержания мочи.

Выводы.

1. Подтвердить минимальное НМпН позволяет часовой Pad-test с предварительным внутривенным введением индигокармина и водорастворимого контрастного вещества для визуального и рентгеновского подтверждения непроизвольной потери мочи.

2. Метод лечения женщин с минимальным проявлением НМпН зависит от степени опущения МП: при опущении I-II ст. целесообразно проводить консервативное лечение в виде упражнений укрепляющих мышцы промежности. При отсутствии эффекта от консервативного лечения, показана уретеропексия синтетической лентой.

Литература:

1. Нечипоренко, А. Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А. В. Строчкин. – Минск: «Вышейшая школа», 2014. – 399 с.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА

Д.В. Филиппович

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь.

2-ая кафедра хирургических болезней

Научный руководитель к.м.н, доцент Филиппович В.А.

Актуальность. Варикоцеле встречается у 15% мужчин в популяции, а среди мужчин, имеющих проблемы с фертильностью доля лиц с варикоцеле составляет около 40%. В Беларуси ежегодно выполняется более трех тысяч операций различных операций по поводу варикоцеле. Применяется открытое и лапароскопическое лигирование внутренней семенной вены, микрохирургические операции, сосудистые анастомозы, рентгено-эндоваскулярная эмболизация, эндоваскулярную коагуляция. В последнее время применяется эндоваскулярное склерозирование путем антеградного заполнения внутренней семенной вены склерозирующим препаратом под рентгеновским контролем, что резко снижает травматичность хирургического вмешательства при варикоцеле.

Цель. Целью работы являлось изучение эффективности эндоваскулярного склерозирования варикоцеле, изучение его осложнений, частоты рецидивов и их причин, сравнение клинической и экономической эффективности данного метода с традиционно применяемой операцией Иванисевича.

Материалы и методы. С 2001 по 2016 год проведено эндоваскулярное склерозирование 146 пациентам с варикоцеле 1-3 степени в возрасте от 15 до 28 лет. Все операции выполнены под местной анестезией и заключались в заполнении внутренней семенной вены склерозирующим препаратом от уровня пункции до впадения в почечную вену. Все больные осмотрены при выписке и через месяц после операции.

Результаты и обсуждение. Все пациенты удовлетворительно перенесли операцию, длительностью от 10 до 30 минут. Подавляющее число больных (136 или 93%) было выписано на следующий день. 8 пациентов были задержаны на 2-3 дня и провел в стационаре неделю. У 145 чел. при выписке варикоцеле пальпаторно не определялось. У 1 пациента варикоцеле не исчезло. Через месяц у 2 (1.37%) пациентов был диагностирован рецидив, что потребовало повторного вмешательства, после чего варикоцеле исчезло. У 3 пациентов в области пункции отмечено образование небольших подкожных гематом, не потребовавших вскрытия и дренирования, у 5 – умеренно выраженная отечность мягких тканей мошонки, проходящая самостоятельно, у 5 – небольшие уплотнения мягких тканей в области семенного канатика, связанные с экстравазацией склерозирующего препарата, которые исчезли самостоятельно. У 1 больного развился орхит, потребовавший стационарного лечения. Причиной последнего явилась ошибочная пункция яичковой артерии с введением в последнюю склерозирующего препарата.