

водится доступ в проекции наружного отверстия пахового канала [2, 3]. Однако после применения данного доступа у пациентов остается видимый косметический дефект.

Цель исследования: оценка результатов разработанного нами косметического доступа при выполнении операции по Мармару, оценка полученных результатов в сравнении с классическим доступом.

Материалы и методы: выполнено 38 операций при варикоцеле у мужчин в возрасте 20–40 лет. 18 операций выполнено классическим доступом по Мармару, 20 операций — с помощью модифицированного доступа по пахово-мошоночной складке. Для оценки субъективного восприятия пациентами послеоперационного рубца использован опросник.

Результаты: все операции выполнялись под внутривенной анестезией, средняя длительность операций составила 28 минут, средняя длительность госпитализации в обеих группах — 4 койко-дня. В течение шести месяцев наблюдения после операций как с применением классического доступа, так и с применением разработанного нами модифицированного доступа, рецидивы у прооперированных пациентов отмечены не были. Кроме того, у пациентов, прооперированных с применением косметического доступа по пахово-мошоночной складке, наблюдалось отсутствие грубых рубцовых изменений в области оперативного вмешательства. По результатам разработанного нами опросника в группе пациентов, прооперированных с помощью модифицированного доступа, отмечается большая удовлетворенность состоянием и расположением послеоперационного дефекта, чем в группе пациентов, прооперированных с использованием классического доступа.

Выводы: хирургическое лечение варикоцеле по методике Мармара с применением модифицированного пахово-мошоночного доступа является простым и надежным способом оперативного лечения варикоцеле. По сравнению с существующими хирургическими доступами, при предложенном нами доступе отмечено существенное уменьшение косметического дефекта в области оперативного вмешательства без снижения эффекта операции.

Литература

1. Клинические рекомендации. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Эотар-Медиа, 2007. 368 с.
2. Клинические рекомендации ЕАУ от 2017 года;
3. Степанов В.Н., Кадыров З.А. Диагностика и лечение варикоцеле. М.: 2001. 169 с.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕАНАСТОМОТИЧЕСКИХ БИЛИАРНЫХ СТРИКТУР ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Листунов К.О., Кохан О.А.

Научный руководитель: д. м. н., доцент Щерба А.Е.

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: трансплантация печени является единственным эффективным способом лечения пациентов с заболеваниями печени в терминальной стадии [1]. Несмотря на развитие трансплантационных технологий, увеличение количества трансплантаций, проблема посттрансплантационных билиарных осложнений актуальна в настоящее время [2].

Цель исследования: определить факторы риска развития неанастомотических билиарных стриктур после трансплантации печени.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели исследованы данные 528 пациентов, трансплантация печени которым была выполнена с апреля 2008 по февраль 2018 года в условиях УЗ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

Результаты: результаты проведенных нами исследований позволили установить, что артериальные осложнения являются фактором, определяющим вероятность возникновения билиарных осложнений, в частности, неанастомотических стриктур ($p=0,0003$); определить,

что выполнение артериальной реконструкции на этапе back-table операции повышает вероятность наступления артериальных осложнений, в частности, стеноза печеночной артерии ($p=0,02$); определить, что вероятность возникновения артериальных осложнений выше у реципиентов, возраст которых составляет менее 38 лет ($p=0,01$); установить, что выполнение артериальной реконструкции на этапе back-table операции, а также наличие других факторов риска (гипотензией и применением вазопрессоров у умершего донора, возрастом донора видом консерванта, длительностью периода общей и тепловой ишемии) не оказывает непосредственного влияния на возникновение неанастомотических билиарных стриктур и билиарных осложнений в целом.

Выводы: данное исследование позволило установить частоту и выявить факторы риска развития ишемических неанастомотических билиарных стриктур после трансплантации печени. Определено, что выполнение артериальной реконструкции на этапе back-table операции повышает вероятность наступления артериальных осложнений. Установлено, что артериальные осложнения являются фактором, определяющим вероятность возникновения билиарных осложнений.

Литература

1. Руммо, О.О. Семь лет трансплантации печени в Республике Беларусь / О.О. Руммо // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2015. № 2. С. 100–104.
2. Otto, G. Liver Preservation by Aortic Perfusion Alone Compared With Preservation by Aortic Perfusion and Additional Arterial Ex Situ Back-Table Perfusion With Histidine-Tryptophan-Ketoglutarate Solution: A Prospective, Randomized, Controlled, Multicenter Study / G. Otto, M. Heise, J. Thies // Transplantation direct. 2017. Vol. 1. P. 1–7.

ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Милкина С.А.

Научный руководитель: к. м. н. Жиборев А.Б.

Кафедра урологии и нефрологии

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Актуальность: нарушение эрекции оказывает огромное влияние на психоэмоциональное состояние мужчины, снижению настроения вплоть до развития различной выраженности депрессивных состояний. Все это вызывает снижение работоспособности, ухудшает взаимоотношения с окружающими и ведет к снижению качества жизни в целом [1, 2].

Цель исследования: на клиническом примере продемонстрировать эффективность перевязки глубокой дорсальной вены при нарушении эрекции сосудистого генеза по типу венозной утечки.

Материалы и методы: больной N жалуется на преждевременное снижение эрекции, происходящее до семяизвержения с невозможностью завершить половой акт. Лечился инг.ФДЭ-5. Диагностика: МИЭФ-5 (9 баллов), дуплексное сканирование (кровоток по дорсальной вене: 16см/с). Проведена перевязка глубокой дорсальной вены

Результаты: отмечаем улучшение качества полового акта, эрекция удерживается до семяизвержения. МИЭФ-5: 20 баллов. Находится на амбулаторном наблюдении у уролога.

Выводы: 1. Таким образом, эректильная дисфункция является актуальной медико-социальной проблемой, в решении которой необходимо широкое участие врачей общетерапевтической практики и специалистов различного профиля.

2. Перевязка глубокой дорсальной вены является весьма эффективным методом лечения эректильной дисфункции сосудистого генеза.

Литература

1. 2017 клинические рекомендации «Эректильная дисфункция» (Российское общество урологов).
2. Коган М.И. Эректильная дисфункция. Ростов-на-Дону, 2005 336 с.
3. Пушкарь Д.Ю., Вёрткин А.Л. Эректильная дисфункция: кардиологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2005.