

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. — СПб., «Пит-Тал», 1997. — 392 с.
2. Детская хирургия: национальное руководство/под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1168 с.
3. Алянгин В. Г. Оптимизация методов диагностики и лечения желчнокаменной болезни у детей. Дисс... к. м. н. — Уфа, 2000. — С. 128.
4. Гальперин Э. И. Лечение повреждений внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопической холецистэктомии. Хирургия. 2001. — № 1. — С. 51-52.
5. Применение магнитно-резонансной томографии в хирургической гепатологии./А. М. Гранов // Вестник рентгенологии и радиологии. — 2002. — № 3. — С. 32-36.

С. Ю. Комарова, С. Ю. Гайдышева, И. В. Бородулин, М. Ю. Тимошинов, М. Н. Екимов

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРЮШНОЙ ФОРМОЙ КРИПТОРХИЗМА

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница № 9*

Аннотация

Лапароскопический поиск неопустившегося яичка — наиболее объективный и достоверный метод диагностики абдоминальной формы крипторхизма. Это исследование позволяет установить локализацию яичка, оценить состояние сосудов, длину семявыносящего протока. Оптимизация методов оперативной коррекции крипторхизма у детей с брюшной формой крипторхизма — актуальный раздел современной детской уроandroлогии. За период 2009-2014 гг. произведена оперативная коррекция 705 детям с патологией расположения яичка. Доля детей с брюшной ретенцией яичка составляет 9,9%. При синдроме «непальпируемого» яичка выполняли диагностическую лапароскопию, которая в 70% закончилась обнаружением аплазированного яичка. У 6% детей с брюшной ретенцией и высокой паховой ретенцией при выраженном дефиците длины семенного канатика и невозможности низвести яичко в мошонку выполнялось этапное низведение.

Ключевые слова: крипторхизм, дети, лапароскопическая орхопексия.

Для выбора оптимальной тактики при брюшной форме крипторхизма необходимо до операции установить тяжесть процесса. Особое значение при непальпируемом яичке и двустороннем процессе приобретают такие методы диагностики, как сцинтиграфия яичек, КТ, МРТ, лапароскопия. Прежде всего, при непальпируемом яичке необходимо установить половую принадлежность, исключив нарушения хромосомного пола. В алгоритм обследования детей с синдромом непальпируемого яичка входит сонография брюшной полости, но, к сожалению, данный метод диагностики не всегда оказывается достоверным. Современные высокотехнологичные методы диагностики тяжелых форм крипторхизма — ангиография, радио-

зотопные методы, КТ, МРТ — не всегда могут быть применены в педиатрической практике. Лапароскопическое исследование наиболее объективный и достоверный метод диагностики абдоминальной формы крипторхизма [1, 2, 3, 4]. Это исследование позволяет установить точную локализацию яичка, оценить состояние сосудов, длину семявыносящего протока. При выраженной дисплазии яичка необходимо провести орхифуникулэктомию. В сомнительных случаях выполняют биопсию яичка. Помимо бесплодия, пациенты с данным пороком имеют более высокий риск развития у них рака яичка и гипогонадизма [1, 2, 5].

Все известные методы лечения крипторхизма подразделяются на две группы: одноэтапные и двухэтапные. К первой группе

одноэтапных операций относятся наиболее распространенные методы Петривальского (1932), Шумахера (1931), Омбредана (1910), Перрони (1963). В последнее время широко используется метод Петривальского-Шумахера, позволяющий низвести гонаду в мошонку и зафиксировать ее в подкожном кармане на дне мошонки [1, 2].

Ко второй группе относят операции, при которых выраженный дефицит длины семенного канатика не позволяет низвести яичко в мошонку. В этих случаях выполняют поэтапное низведение. Во время первого этапа производят обработку влагалищного отростка брюшины и фиксацию яичка в точке максимального низведения. Через 6 месяцев производят выделение гонады и фиксацию ее в мошонке. Недостаток метода — выраженный спаечный процесс. К этой же группе относят операцию «длинной петли протока» Фоулера-Стефенса. Принцип операции заключается в пересечении сосудов яичка [1, 2].

Частота снижения фертильности у пациентов с крипторхизмом далеко не всегда зависит от степени дисгинезии гонад. Нередко причиной бесплодия может быть необоснованно выбранный метод оперативной коррекции порока, приводящий к ишемии яичка и развитию вторичного бесплодия [1, 2, 4].

Цель исследования — оптимизация методов оперативной коррекции крипторхизма у детей с брюшной формой крипторхизма.

В клинике детской хирургии УГМУ на базе планового хирургического отделения ДГКБ №9 за период 2009-2014 гг. произведена оперативная коррекция 705 детям с патологией расположения яичка. Ежегодно отмечается увеличение количества мальчиков с крипторхизмом (рис. 1).

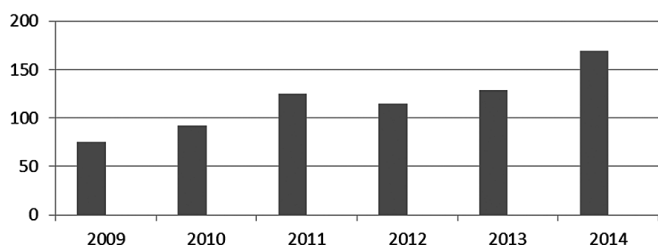


Рис. 1. Динамика роста детей с крипторхизмом

Распределение по возрасту следующее: 1-2 года — 48,4%, 3-6 лет — 25,4% больных, 7-10 лет — 13,3% детей, 11-15 лет — 12,9%

пациентов. Оперативные вмешательства выполнялись в основном детям до 2-х лет, однако больше половины мальчиков были старше оптимального возраста для устранения порока развития хирургическим путем, что обусловлено диагностическими и тактическими дефектами, в том числе несвоевременным обращением родителей. Большинство пациентов имели одностороннюю форму крипторхизма — 91% ребенок, существенно реже встречается двусторонняя форма крипторхизма — 9% детей. У мальчиков с односторонним крипторхизмом преобладала паховая ретенция яичка, которая была выявлена у 90,1% детей, брюшная ретенция яичка установлена у 9,9% пациентов.

При синдроме «непальпируемого» яичка выполняли диагностическую лапароскопию, которая в 70% закончилась обнаружением аплазированного яичка. При брюшной ретенции крипторхизма выполняли диагностическую лапароскопию и первый этап операции Фоулера-Стефенса — пересечение тестикулярных сосудов. Все случаи брюшной ретенции яичка сопровождаются его гипоплазией. Размеры яичка определяли, ориентируясь на рабочую поверхность инструментов. При выраженной гипоплазии выставлялись показания для орхидэктомии у 3% пациентов. Второй этап выполняли через 6-12 месяцев. Низведение и фиксация яичка в мошонку после повторной диагностической лапароскопии. Если яичко жизнеспособное (оценивается цвет, консистенция и размер гонады), выполняется низведение. Производили обработку влагалищного отростка брюшины по стандартной методике и фиксировали яичко по Петривальскому.

У 6% детей с брюшной ретенцией и высокой паховой ретенцией при выраженном дефиците длины семенного канатика и невозможности низвести яичко в мошонку выполнялось поэтапное низведение. Во время первого этапа производим обработку влагалищного отростка брюшины и фиксацию яичка в точке максимального низведения. Учитывая выраженный спаечный процесс при выполнении второго этапа, в раннем послеоперационном периоде назначали аппликации тизоль с лидазой 128 ЕД.

Послеоперационный клинический, сонографический и доплерографический контроль размеров и состояния низведенной гонады не выявил атрофических изменений.

Таким образом, данная хирургическая тактика лечения брюшной формы крипторхизма показывает ее состоятельность и эффективность.

Выводы:

1. Выбор метода оперативной коррекции напрямую зависит от тяжести процесса. При паховой ретенции и всех формах эктопии необходимо устанавливать степень гипоплазии яичка и своевременно назначать хирургическое лечение и консервативную реабилитацию на основании выявленных структурных и гемодинамических нарушениях.

2. При синдроме непальпируемого яичка необходимо проведение диагностической лапароскопии. При брюшной ретенции необходимо дифференцированно ставить показания к операции Фоулера-Стефенса.

3. В отдаленные сроки после орхиопексии у 83,5% мальчиков и подростков регистрируются гипоплазия, гипотрофия гонад, снижение тестикулярного кровотока.

4. При выраженной гипоплазии необходимо проводить орхидэктомия при проведении диагностической лапароскопии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. — СПб., «Пит-Тал», 1997. — 392 с.
2. Детская хирургия: национальное руководство/под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1168 с.
3. Детская урология: Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 832 с.: ил.
4. Schwenter C., Oswald J., Kreczy A., Lunacek A., Bartsch G., Deibl M., Radmayr C. Neoadjuvant gonadotropin releasing hormone therapy before surgery may improve the fertility index in undescended testes — a prospective randomized trial. J Urol 2005; 173 (3): 974-7. <http://ncbi.nlm.gov/pubmed/15711353>.
5. Eric Chung, Gerald B. Brock. Cryptorchidism and its impact on male fertility: a state of art review of current literature.// Division of Urology of Western Ontario, London, ONCan Urol Assoc J 2011; 5 (3): 210-4.

О. Х. Конобейцев

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

*Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Приведен обзор «пограничных» состояний в практике педиатра и гастроэнтеролога с трактовкой данных лабораторной диагностики.

Ключевые слова: дети, гиперферментемии.

Определение нормы и патологии в медицине — вопрос, актуальный как для теории и философии медицины, так и для реальной медицинской практики. Лабораторная диагностика в определении нормы находится в относительно выгодном положении, в ней используется понятие референтного диапазона, в который должны попадать значения результатов лабораторных исследований 95% здоровых людей. Статистические и математические методики установления референтного

диапазона обеспечивают наилучшее соотношение чувствительности и специфичности для каждого параметра, но не отменяют факта, что у 5% здоровых людей лабораторные показатели могут выходить за рамки предложенной нормы. Понимание возможности факта вариативности показателей в популяции может уберечь клинициста от гипердиагностики, настроить на осторожную и комплексную оценку лабораторных показателей с учетом данных других лабораторных анализов и,