

личности как в личном, так и в профессиональном плане. Механизм этого процесса выступает в качестве своеобразного транслятора ценностей. На каждой стадии профессионального самоопределения личностью осознаются и формулируются определенные цели и задачи, которые соотносятся с общественно выработанными требованиями, нормативами и реализуются в соответствии с ними и собственными «ресурсами», интересами, потребностями и ценностными ориентациями. То есть в определенной среде и условиях формирующая личность врача — детского хирурга.

Профессия детского хирурга предъявляет требования, связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объеме информации.

Работа детского хирурга необычайно сложна, напряженна, порой протекает в недостаточно благоприятных условиях. К последним относится режим труда, неблагоприятный микроклимат (высокая температура воздуха в операционной, увлажненность), необходимость выполнять свои обязанности в экстремальных условиях и при дефиците времени, постоянный прямой контакт с больными. При этом бросается в глаза, что сре-

ди отрицательных сторон профессии очень часто появляются эмоциональные стороны, вызванные душевными переживаниями за пациентов.

Самоотверженность детского хирурга проявляется во многих его действиях, начиная от обыденных для него дежурств у постели больного, неожиданных выездов к больным независимо от времени суток и погоды, выполнения жизненно показанных больному сложных оперативных вмешательств в условиях отсутствия даже подобия операционной и заканчивая истинно героическими поступками, связанными с риском для собственной жизни.

Таким образом, профессия детского хирурга остается самой почитаемой и необходимой. Между тем она предъявляет к медицинскому работнику свод этических принципов и требований, так как на нем лежит огромная ответственность за жизнь и охрану здоровья детей. Важную роль играет наличие определенных индивидуально-психологических особенностей: представляет ли собой врач гармонически развитую личность с морально-этическими устоями, обладает ли терпением и спокойствием, умением найти правильный подход к каждому больному? Все это также является составляющим личности детского хирурга как профессионала.

Литература

1. Соловьева, С. Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача / С. Л. Соловьева. — СПб.: ГОУВПО, 2001.
2. Ермолаева, Е. П. Психология социальной реализации профессионала / Е. П. Ермолаева. — М.: Институт РАН, 2008.
3. Ильин, Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2008.
4. Петленко, В. П. Мудрость взаимности / В. П. Петленко, И. А. Шамов. — Л.: Лениздат, 1989.
5. Косарев, И. И. Путь в медицину / И. И. Косарев, Т. Л. Бухарина. — Челябинск: Мед-пресс, 1983.

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

УДК 616.672-002.1-053.2

Е.В. Рябченко, С.Ю. Комарова, В.Б. Чудаков, О.А. Наумова

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация
Областная детская клиническая больница № 1, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье представлены результаты ретроспективного анализа лечения 64 новорожденных и детей грудного возраста с острыми заболеваниями органов мошонки, поступивших в отделение хирургии новорожденных ОДКБ № 1 г. Екатеринбурга с 2007-го до 2017 год. Проанализированы структура острых заболеваний органов мошонки у детей раннего возраста, особенности клиники, сроки оказания специализированной помощи. Определены наиболее значимые факторы, выделены группы риска. Установлено, что внутриутробный заворот яичка составляет наибольшую группу риска.

Ключевые слова: новорожденные, заворот яичка, инфаркт яичка, травма яичка, орхоэпидимит, перекут гидатиды.

ACUTE DISEASES OF THE SCROTUM IN NEWBORN INFANTS AND CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE

E.V. Ryabchenko, S.Yu. Komarova, V.B. Chudakov, O.A Naumova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation
Regional Children's Clinical Hospital № 1, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents the results of a retrospective analysis of the treatment of 64 newborns and infants with acute diseases of the scrotal organ received by the department of surgery of the newborn Regional Children's Clinical Hospital №1 of Yekaterinburg from 2007 to 2017. The structure of acute diseases of the scrotum organs in infants, the features of the clinic, specialized assistance. The most significant factors were identified, and risk groups were identified. It is established that the intrauterine testicle is the largest risk group.

Keywords: newborns, intrauterine testicular tachycardia, testicular infarction, testicle trauma, orcoepidymitis, torsion of the hydatina morgani.

Введение

Изучение особенностей этиологии, клиники, диагностики и лечения острых заболеваний яичка у новорожденных и детей грудного возраста в последнее время становится актуальным, учитывая улучшение диагностики. Применение аппаратов УЗИ экспертного класса дает возможность дифференцировать заворот яичка от других острых заболеваний органов мошонки (ОЗОМ) и оптимизировать тактику ведения пациентов этой группы [1; 2].

У младенцев заворот яичка развивается преимущественно антенатально и является наиболее тяжелым заболеванием из всех ОЗОМ. По данным литературы, частота встречаемости заворота яичка у новорожденных — от 0,06 до 0,13 на 1000 живорожденных детей. Относительно редкая встречаемость, недостаточно изученный этиопатогенез, отсутствие литературных данных по ультразвуковой семиотике ведет к трудностям дифференциальной диагностики «дородового» и «послеродового» заворота. Антенатальная ультразвуковая диагностика заворота яичка описана в единичных публикациях [2; 3].

Основными причинами развития заворота яичка у новорожденных являются: врожденные anomalies развития строения наружных половых органов, anomalies присоединения придатка к яичку, отсутствие нормального крепления яичка ко дну мошонки, врожденные пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (грыжа, водянка, крипторхизм). Во многих исследованиях отмечается высокая частота заворота неопустившегося яичка у детей первого года жизни. Отягощенная беременность и сложные роды, по некоторым источникам, могут служить преморбидным фоном для ОЗОМ, в т.ч. антенатальном завороте яичка [1; 4].

Наиболее часто клинические симптомы (выраженный отек и гиперемия мошонки, боль при пальпации) наблюдаются, с одной стороны. В литературе описано двустороннее поражение яичка.

Все авторы, несмотря на различные данные УЗИ, рекомендуют выполнение оперативного вмешательства. А часть авторов предпочитают не тратить «драгоценное» время на выполнение сонографического исследования перед хирургической деторсией [3; 4; 5].

Принимая во внимание, что заворот яичка встречается лишь в 30% случаев от всех ОЗОМ, некоторые авторы говорят о том, что большинство можно лечить консервативно [4]. Но большая часть авторов предпочитают выполнять ревизию органов мошонки и орхидэктомия некротизированного яичка с фиксацией контрлатерального [5; 6].

Целью данной работы является изучение особенности клиники острых заболеваний органов мошонки у новорожденных и детей грудного возраста.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 64 историй болезни новорожденных и детей грудного возраста, проходивших лечение в отделении хирургии новорожденных ОДКБ № 1 г. Екатеринбург за период 2007—2017 гг. с диагнозом «острое заболевание органов мошонки». Возраст детей на момент поступления — от 1 суток и до 5,1 месяца. Клинически у всех мальчиков был выявлен отек и гиперемия мошонки разной степени выраженности. По нозологии все случаи острого заболевания органов мошонки нами разделены на следующие группы: I группа — мальчики с заворотом яичка — 27(42,2%); II группа — дети с орхоэпидимитом — 25 (39,1%); III группа — мальчики, у которых при ревизии мошонки был выявлен перекрут гидатиды — 5 (7,8%); IV группа — пациенты, которым был установлен диагноз различных сосудистых нарушений (инфаркт правого яичка, тромбоз семенных сосудов) — 5 (7,8 %) мальчиков; V группа — дети с травматическим повреждением яичка — 2 (3,13%). Всем мальчикам с острыми

заболеваниями органов мошонки при поступлении проводилось ультразвуковое исследование. В большинстве случаев выявлялись сонографические признаки орхоэпидидимита.

Результаты

При анализе I группы выявлено, что заворот яичка встречается у новорожденных и детей первого года жизни, преимущественно справа — в 56% случаев. Клиническая картина и степень ишемизации яичка зависели от сроков заболевания и степени заворота. Вторая степень заворота выявлена наиболее часто у 59,3% мальчиков. Реже встречается первая и третья степень — 14,8% и 25,9% соответственно. У всех детей отмечалось увеличение мошонки, выраженный отек, гиперемия. Яичко не определялось у 57% мальчиков. Точные сроки заболевания установить не удалось. Возраст на момент поступления от 1 суток до 4 месяцев (табл. 1).

Таблица 1
Возраст новорожденных и грудных детей на момент поступления с заворотом яичка

Возраст на момент поступления	N	%
1 сутки	10	37%
2 дня	5	18,6%
3 дня	3	11,1%
4 дня	2	7,4
5 дней	1	3,7%
7 дней	1	3,7%
14 дней	1	3,7%
19 дней	1	3,7%
1 месяц	1	3,7%
4 месяца	2	7,4%
Всего	27	100%

Как видно из таблицы, наиболее часто, в 67%, новорожденные поступают в первые 3 суток с момента рождения. Несмотря на это, интраоперационно после проведения деторсии во всех случаях яичко признано нежизнеспособным. Всем детям была выполнена орхэктомия.

При изучении II группы выявлено, что орхоэпидимит встречается чаще слева — 60% случаев. Возраст детей на момент поступления — от 3,8 до 5,1 месяца. Время с начала заболевания составило более 48 часов. Клинически у всех мальчиков этой группы отмечался выраженный отек и гиперемия мошонки, увеличенное и болезненное яичко при пальпации, сонографические признаки орхоэпидидимита. Интраоперационно выявляли увеличенные и гиперемированные яичко и придаток, мутный выпот. В послеоперационном периоде детям этой группы назначалась антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения).

В III группе перекрут гидатиды выявлен у 3 (60%) слева и у 2 (40%) справа. Длительность заболевания — более 48 часов. Возраст — от 4,5–4,7 месяца. Клинически отмечались жалобы на постепенное увеличение одной половины мошонки. Позже (2 сутки) появлялись отек и гиперемия мошонки. Сонографически диагноз перекрут гидатиды не установлен. Интраоперационно выявлена гидатида темного цвета у верхнего полюса яичка, размерами лт 0,3 до 0,7 см в диаметре, прозрачный выпот. Яичко и придаток не изменены. Выполнена гидатидэктомия. Послеоперационный период без назначения антибактериальной терапии.

В IV группе — сосудистые нарушения — выявлены следующие заболевания: у 1 (20%) ребенка — инфаркт правого яичка, патология была установлена на 23 сутки, ребенку выполнена орхэктомия; у 2 (40%) мальчиков выявлен тромбоз яичковых сосудов. Сроки поступления у 1 ребенка — 1 сутки, у второго — 16 суток. В обоих случаях поражено правое яичко. Во время выполнения ревизии органов мошонки яичко некротизировано, выполнена оргоуносящая операция; у 1 (20%) ребенка 1 суток жизни выявлен тромбоз сосудов обоих яичек, была выполнена ревизия органов мошонки, по результатам которой яички признаны нежизнеспособными, выполнена орхэктомия с двух сторон; микротромбозы сосудов правого и левого яичка выявлены у 1 (20%) ребенка в возрасте 3 суток, после выполнения ревизии органов мошонки яички признаны жизнеспособными. В большинстве случаев (80%) при сосудистых нарушениях в яичке наступает его некроз. Структура сосудистых нарушений яичка у новорожденных и детей грудного возраста и возраст установления диагноза представлены в таблице 2.

Таблица 2
Структура сосудистых нарушений яичка у новорожденных и детей грудного возраста и возраст установления диагноза

Выявленная патология	N	%	Сроки поступления (возраст жизни)
Инфаркт правого яичка	1	20%	23 сутки
Тромбоз семенных сосудов правого яичка	2	40%	1 сутки 16 сутки
Тромбоз семенных сосудов правого и левого яичка	1	20%	1 сутки
Микротромбозы сосудов правого и левого яичка	1	20%	3 сутки

Как представлено в таблице, наиболее часто, в 60% случаев, встречается тромбоз семенных сосудов, в 40% процесс двусторонний.

К V группе нами отнесена травма яичка, которая установлена у 2-х мальчиков: у 1 ребенка первых суток жизни родовая травма правого яичка, патология выявлена, выполнена ревизия мошонки, яичко признано жизнеспособным.

Ушиб правой половины мошонки, патология выявлена у ребенка в возрасте 3,5 месяца (механизм травмы не выяснен). При ревизии мошонки, проведенной через 3/1 часа после травмы, яичко признано жизнеспособным.

Выводы

1. Наиболее часто в структуре острых заболеваний органов мошонки у новорожденных и детей грудного возраста встречается заворот яичка и орхоэпидимит — 42,2% и 39,1% соответственно.

2. Заворот яичка у новорожденных является антенатальным, и при выполнении интраоперационной деторсии устанавливается диагноз — некроз яичка.

3. Возраст мальчиков с орхоэпидимитом на момент поступления — от 3,8 до 5,1 месяцев.

4. Перекрут гидатид в структуре острых заболеваний органов мошонки встречается редко — 7,8%, в возрасте старше 4 месяцев.

5. В 7,8% среди всех острых заболеваний органов мошонки установлен диагноз различных сосудистых нарушений (инфаркт правого яичка, тромбоз семенных сосудов). Наиболее часто, в 60% случаев, встречается тромбоз семенных сосудов, в 40% процесс двусторонний.

6. Травматические поражения яичка выявлены в 1,6%, что говорит о редкости данной патологии.

Литература

1. Ольхова, Е. Б. Ультразвуковая диагностика перекрута яичка у новорожденных / Е. Б. Ольхова, М. С. Юткина // Радиология — практика. — 2015. — № 2 (50). — С. 14–22.
2. Intrauterine Testicular Torsion // Thejournalof urology. Vol. 191, 217-218, January, 2014
3. Casolam, G. Intrauterine/Newborn Testicular Torsion / G. Casolam, W. Scheible // J Ultrasound Med. — 1963. — № 2. — P. 563–564.
4. Driver, C. P. Neonatal testicular torsion / C. P. Driver, P. D. Losty // British Journal of Urology. — 1998. — № 82. — P. 855–858.
5. Riaz-Ul-haq, M. Neonatal. Testicular Torsion / M. Riaz-Ul-haq, E. U. Elhassan // Review Article Iran J Pediatr. — 2012. — Vol. 22 (№ 3). — P. 281–289.
6. Bombinsk, P. Extravaginal testicular torsion in neonates — review of clinical symptoms with ultrasound and intraoperative photo documentation / P. Bombinsk, M. Brzewski // ECR. — 2014. — P. 1013.
7. Doll, D. Perinatal testicular torsion — An emergency with grave consequences / D. Doll, J. Erkel // Case Reports in Clinical Medicine. — 2013. — Vol. 2. — №1. — P. 66–69.
8. Bombiński, P. Ultrasonography of Extravaginal Testicular Torsion in NeonatesPol / P. Bombiński, S. Warchol // J Radiol. — 2016. — № 81. — P. 469–472.
9. Zelik, F. Z. A newborn with antenatal testis tortion / F. Z. Zelik, T. Ayzizek // Turk Pediatri Arsivi. — 2014. — № 49. — P. 254–256.
10. Callewaert, P. R. H. New insights into perinatal testicular torsion / P. R. H. Callewaert, P. V. Kerrebroeck // Eur J Pediatr. — 2010. — № 169. — P. 705–712.
11. Arena, F. A case of bilateral prenatal testicular torsion: Ultrasonographic features, histopathological findings and management / F. Arena, P. A. Nico`tina // Journal of Pediatric Urology. — 2005. — № 1. — P. 369–372.
12. Jensen, R. Low success rate of salvage surgery for testicular torsion in newborns / R. Jensen, M. Ellebжк // Danish medical journal. — 2015. — № 62/1. — P. 1–3.