

В детской городской клинической многопрофильной больнице № 9 на базе планового хирургического отделения лапароскопическая холецистэктомия выполняется с 1997 года.

При отсутствии показаний к оперативному лечению больным проводилось консервативное лечение в специализированном гастроэнтерологическом отделении, включающее в себя: лечебное питание (5-а лечебный стол), специфическая терапия (препараты хенодезоксихолевой и урсодезоксихолевой кислоты) и лечение сопутствующей патологии.

Все дети с холелитиазом до операции и после оперативного лечения наблюдаются в консультативной поликлинике ДГКМБ № 9 у хирурга и гастроэнтеролога, отслеживаются отдаленные результаты функционального состояния желчевыводящей системы.

КРИПТОРХИЗМ, КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПЕДИАТРИИ

Долгинская В.Г., Холманских Е.Г.

Крипторхизм следует определять как патогенное расположение одного или обоих яичек вне мошонки и невозможность полного его (их) низведения в мошонку руками.

Следует выделять ложный крипторхизм, при котором в результате осмотра яички поднимаются в нижнюю треть пахового канала или до выхода из него из-за сокращения cremasterных мышц. Различают паховую и брюшную ретиции, являющиеся истинными формами крипторхизма, а также эктопию яичек.

Актуальность вопроса обусловлена распространенностью крипторхизма: 2-4% среди доношенных новорожденных и 9-30% — среди недоношенных.

Исследование ткани неопустившихся яичек показывает, что изменения сперматогенного эпителия и герминативных клеток начинаются очень рано - с 2-3 лет, а к 7 годам становятся столь выраженными, что больные оказываются бесплодными, несмотря на оперативное и медикаментозное лечение. В случаях отсутствия лечения 72-85% детей в будущем имеют бесплодные браки. Сроки консервативного и оперативного лечения крипторхизма по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения следующие: медикаментозное лечение следует начинать в возрасте 6 мес. При его безуспешности в возрасте 2 лет показано хирургическое низведение яичка.

В течение ряда лет мы наблюдали 89 больных крипторхизмом. Представляем возможным выделить три группы. В первую группу включены больные, у которых нет показаний для операции. Им проводится комплексное обследование, включая исследование гормонального статуса, а именно лютеинизирующего гормона. При показателях гормона ниже физиологических

нормативов проводятся курсы лечения хорионическим гонадотропином по схеме: детям с 6 мес. до 2 лет вводят по 250 Ед препарата 2 раза в неделю; с 2 до 6 лет – по 500 Ед 2 раза в неделю, старше 6-ти лет – 1000 Ед 2 раза в неделю. На курс лечения назначают 10 инъекций с повторением его через 1,5-2 месяца. При неэффективности проводят хирургическое лечение. Если уровень лютеинизирующего гормона в норме, терапевтическое лечение не проводят. Таким больным показана операция. В наших наблюдениях число случаев успешного низведения яичек в результате медикаментозного лечения около 20-25%.

Во вторую группу включены больные, которым производилась орхипексия. Им проводится гормональное обследование, а именно, лютеинизирующего гормона. При значении ниже возрастных норм проводится медикаментозное лечение в виде хорионического гонадотропина по той же схеме дважды в год до 10 летнего возраста. Затем следует ожидать наступления спонтанного пубертата до 12,5 лет.

Третью группу составляют больные, имеющие сочетанную хирургическую патологию, например, грыжу или водянку оболочек яичек. Им проводится операция.

После операции мальчики состоят на учете до 15 лет. Им проводится комплексное обследование, включающее осмотр хирурга, андролога, определение гонадотропинов в крови. При показателях ниже возрастных проводится гормональное лечение в виде хорионического гонадотропина в тех же дозировках до 10 лет. При отсутствии пубертата, начиная с 12,5 лет, лечение гонадотропином возобновляется. В возрасте 16-17 лет при развившемся гипогонадизме следует включать в схему лечения половые гормоны «Амнодрен» и «Сустанон». В 16-17 лет у юношей исследуют сперматогенез, выявляя активные, подвижные сперматозоиды.

Для лечения крипторхизма мы проводим внутрияичное введение гонадотропина, что является более эффективным методом, чем внутримышечное введение. Схема лечения такая же, как при внутримышечных инъекциях.

В послеоперационном периоде (II-я группа детей) наблюдение проводилось совместно эндокринологом и хирургом. Дети осматривались через 1, 3, 6, 12 месяцев после операции и далее 1 раз в год. Всем детям определялся гормональный фон. Размеры яичек контролировались УЗИ. В 1998-1999 гг. наблюдалось 65 человек, которые распределились по возрасту следующим образом:

до 3 лет	- 27 (41%);
с 4 до 7 лет	- 24 (37%);
старше 7 лет	- 14 (22%),

т.е. только 41% детей оперировано в возрасте до 3 лет. Это связано с поздним направлением детей на оперативное лечение хирургами и эндокринологами участковых поликлиник.

Во время оперативного вмешательства оценивались размеры неопущившегося яичка. Гипоплазия яичка выявлена у 25 из 65 человек (38%), аплазия - у 4 (6%). Дети распределились по возрасту следующим образом:

до 3 лет	- 11 (44%).
с 4 до 7 лет	- 7 (28%).
старше 7 лет	- 7 (28%).

Прямой зависимости между степенью развития яичка и уровнем гормонов не выявлено. Детям с гипоплазией яичка проводилось лечение хорионическим гонадотропином в дозе 250-1000 Ед. 5-10 инъекций внутримышечно или в паховый канал. Положительный эффект (увеличение размеров гипоплазированного яичка) наблюдался у 14 человек (48%). Лучший эффект был у детей до 3 лет. В процессе наблюдения в группе детей старше 4 лет отставание в росте оперированного яичка отмечалось еще у 5 человек.

При своевременном лечении приблизительный прогноз фертильности у детей с двухсторонним крипторхизмом составляет 30-75%, с односторонним 70-90%. У детей, пролеченных по поводу неопущенных гонад старше 6 лет, прогноз фертильности не более 25%.

Мы обращаем внимание врачей-педиатров на необходимость детального осмотра мальчиков с целью раннего выявления крипторхизма. Только своевременно проводимая терапия с учетом клинической формы крипторхизма, гормонального фона позволит повысить процент фертильности и уменьшить число бесплодных браков.

РУБЦОВЫЙ КРИПТОРХИЗМ

Копуриков О.Ю., Швецова О.Б., Трубицина И.А., Цап Н.А.

Рубцовый крипторхизм (РК) - приобретенная патология яичек, проявляющаяся внешнемошоночным положением яичек после первичного оперативного вмешательства и (или) травм в пахово-мошоночной области. Как и первичный крипторхизм РК представляет серьезную проблему в плане перспективы фертильности у мальчиков. Частота встречаемости до 6%.

Ретракцию яичка, прежде всего, связывают с порочностью оперативного пособия в связи с отсутствием и (или) низкой обработкой влагалищного отростка брюшины, неадекватной мобилизацией элементов семенного канатика и вследствие чего яичко фиксировано с натяжением при относительном или абсолютном укорочении семенного канатика.

С 1990 по 1999 г.г., в отделении плановой хирургии ОДКБ № 1 оперировано 111 детей с диагнозом рубцовый крипторхизм. 2-х сторонний вариант у 3 детей, односторонний - 108 детей. Возраст детей варьировал от 2,9 до 12 лет: до 3-х лет - 8 (7%), 4 - 10 лет - 78 (70%), после 10 лет - 25 (23%). Первичное хирургическое вмешательство осуществлялось в неотложном по-