



ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

Д.Б.Дженалаев, Б.М.Майлыбаев, Е.К. Нартбаев
Национальный Научный Центр материнства и детства, Астана, Казахстан

БАЛАЛАРДАҒЫ КРИПТОРХИЗМНІҢ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ

Д.Б.Дженалаев, Б.М.Майлыбаев, Е.К. Нартбаев
Ұлттық ана және бала ғылыми орталығы, Астана, Қазақстан

THE OPPORTUNITIES OF ENDOVIDEOSURGERY IN THE TREATMENT OF CRYPTORCHIDISM IN CHILDREN

D.B.Dzhenalaev, B.M.Maylibaev, E.K.Nartbaev
National Research Centre for Mother and Child Health, Astana, Kazakhstan

Ультрадыбыстық және клиникалық зерттеудің негізінде 53 науқастағы крипторхизмнің шаптық және абдоминальдық түрлерінің емдік нәтижелері көрсетілген. Жүргізілген салыстырмалық анализдің нәтижесінде эндовидеохирургиялық әдістің дәстүрлі емнен жоғары екендігі байқалған.

Өзекті сөздер: лапароскопия, эндовидеохирургия, крипторхизм.

The results of treatment with inguinal and abdominal forms of cryptorchidism in 53 patients have been presented on the basis of clinical and ultrasound studies. The comparative analysis with traditional methods has shown significant advantages of using endovideosurgery treatment of cryptorchidism in children.

Key words: laparoscopy, endovideosurgery, cryptorchidism.

Несмотря на более чем столетнюю историю развития хирургического лечения крипторхизма у детей, до сих пор вопросы выбора наиболее рациональной хирургической тактики этой категории пациентов представляют собой один из сложных вопросов хирургии детского возраста [1, 2, 3]. Само наличие более 250 модификаций методов оперативного лечения неопущенных яичек говорит об актуальности этой проблемы [4, 5, 6].

Активное внедрение в педиатрическую практику эндовидеохирургии позволяет значительно расширить диагностические и хирургические возможности в лечении разнообразной патологии детского возраста. На современном этапе развития медицины детскую хирургию уже невозможно представить без эндовидеохирургических операций [7, 8, 9, 10]. Одним из наиболее перспективных направлений развития эндовидеохирургии является детская урология [11, 12, 13, 14].

Целью данной работы явилась сравнительная оценка результатов лечения детей с неопущением яичка, оперированных «открытым» и эндовидеохирургическими способами.

В основу работы положен анализ наблюдений за 53 пациентами с высокими формами крипторхизма (высокая паховая и абдоминальная формы), находившимися на лечении в отделении урологии АО «Национальный Научный центр материнства и детства» за период с августа 2007 по декабрь 2010 года.

В зависимости от метода оперативного лечения пациенты были распределены на две группы. Основную группу составили пациенты, которым выполнялась лапароскопическая орхиопексия

(n = 29). Контрольную – пациенты, которым проведена «открытая» орхиопексия с фиксацией по Петривальскому-Шумакеру (n = 24). Распределение пациентов по возрасту и форме крипторхизма представлено в таблицах 1, 2.

Таблица 1. Распределение пациентов с крипторхизмом в зависимости от возраста

Возраст, годы	Основная группа (n = 29)	Контрольная группа (n = 24)
1-2	7 (24,1%)	5 (20,8%)
2-4	16 (55,2%)	14 (58,3%)
4-7	4 (13,8%)	4 (16,7%)
Старше 7 лет	2 (6,9%)	1 (4,2%)

По данным таблицы 1 в обеих группах большинство пациентов составили дети от 1 года до 4 лет (79,3% и 79,1% соответственно).

Распределение пациентов по локализации неопустившегося яичка представлено в таблице 2. У двух пациентов основной группы и одного пациента контрольной группы отмечался двухсторонний крипторхизм.

Таблица 2. Локализация и количество неопустившихся яичек в группах пациентов с крипторхизмом

Локализация	В основной – 31	В контрольной – 25
Высокая паховая форма	12 (38,7%)	9 (36%)
Абдоминальная форма	19 (61,3%)	16 (64%)



Таблица 3. Расположение яичек в мошонке после низведения

Расположение	Основная группа (n = 25)		Контрольная группа (n=24)	
	Непосредственно после операции	Через 6 месяцев после операции	Непосредственно после операции	Через 6 месяцев после операции
Нижняя треть мошонки	18 (72%)	14 (56%)	14 (58,3%)	9 (37,5%)
Средняя треть мошонки	7 (28%)	10 (40%)	9 (37,5%)	11 (45,8%)
Верхняя треть мошонки	-	1 (4%)	1 (4,2%)	3 (12,5%)
Паховый канал	-	-	-	1 (4,2%)

Таблица 4. Увеличение объема яичек (см³) после лапароскопического и традиционного низведения яичка, %

Возраст	Основная группа			Контрольная группа		
	До	Через год	Увеличение	До	Через год	Увеличение
1-4 года	0,68±0,14	1,08±0,16	58,8%	0,65±0,18	0,87±0,15	33,8%
Старше 4 лет	1,16±0,19	1,76±0,22	51,7%	1,12±0,17	1,48±0,19	32,1%

При ультразвуковом исследовании нами проведено измерение размеров яичка до и после операции (длина, ширина, толщина). На основании линейных размеров яичек мы рассчитывали тестикулярный объем по формуле $V = 0,5236 \times \text{длина} \times \text{ширина} \times \text{толщина}$ (см³). Кроме того оценивались: положение оперированного яичка непосредственно после операции и через 6 месяцев после оперативного вмешательства, а также объем оперированного яичка непосредственно и через 1 год после операции.

Эндовидеохирургическая операция состояла из следующих этапов: диагностической лапароскопии с целью уточнения уровня ретенции; визуальной оценки яичка, его сосудов и фиксирующего аппарата; пересечения Гунтерова тяжа; мобилизации сосудистого пучка и d.defferens, формирования канала из брюшной полости в мошонку, низведения и фиксации яичка в мошонку.

В контрольной группе выполнялось «открытое» низведение и фиксация яичка по Петривальскому-Шумакеру.

Результаты положения яичка в мошонке после лапароскопических и традиционных операций представлены в таблице 3. Так как временной промежуток между проведенными исследованиями составлял 6 месяцев в это исследование не вошли 4 пациента, оперированных после июня 2010 года.

Анализ результатов расположения яичек в мошонке после операций показал функционально

более лучшее положение яичек в мошонке после лапароскопических операций. Это, по-видимому, связано с меньшей травматизацией окружающих тканей при выполнении лапароскопической операции (отсутствие манипуляций в просвете пахового канала) и, тем самым, со снижением риска образования спаек, которые в последующем могут привести к изменению положения гонады.

Динамика объемов оперированных яичек представлена в таблице 4.

Из таблицы 4 следует, что после лапароскопических операций достигается более выраженное увеличение объемов яичек. Так, в группе пациентов от одного года до 4 лет отмечалось увеличение объемов оперированных гонад на 58,8% в основной и на 33,8% контрольной группе, в группе детей старше 4 лет – на 51,7% и 32,1% соответственно.

Эта разница, по-видимому, связана с мобилизацией сосудистого пучка на большем протяжении при выполнении лапароскопических операций и, вследствие этого меньшим его натяжением и лучшей васкуляризацией яичка.

Таким образом, проведенное исследование показывает несомненные преимущества эндовидеохирургических методов лечения крипторхизма у детей и обосновывает необходимость их широкого внедрения в клиническую практику детской хирургии.

Литература:

1. Лоншаков Б.В. Оптимизация методов хирургического лечения крипторхизма с учетом уровня ретенции яичек: Дисс. ... канд.мед.наук. Иркутск 2006; 123.
2. Морозов Д.А., Болотова Н.В., Седова Л.Н. и соавт. Половое развитие мальчиков, оперированных по поводу крипторхизма. Детская хирургия 2010; 2: 46-50.
3. Латышев О.Ю. Крипторхизм: исходы и их профилактика: Дисс. ... канд.мед.наук. Москва 2008; 143.
4. Васильев В.И. Хирургическая тактика при крипторхизме. Андрология и генитальная хирургия 2001; 1: 68-71.
5. Cortes D., Thorup J.M., Visfeldt J. Cryptorchidism: aspects of fertility and neoplasms. Horm Res. 2001; 55: 21-27.
6. Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Юсуфов А.А. Выбор объективных критериев для оценки результатов оперативного лечения детей с различными формами крипторхизма. Детская хирургия 2003; 5: 35-38.



7. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002; 440.
8. Разумовский А.Ю., Митупов З.Б. Эндоскопические операции в торакальной хирургии у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 304.
9. K.Slim., J.Chipponi. Laparoscopy surgery today. British Journal of Surgery 2006; 93: 779-780.
10. Дронов А.Ф., Холостова В.В. Лапароскопия в диагностике у новорожденных и грудных детей и их лечении. Эндоскопическая хирургия 2004; 6: 50-57.
11. Медведев В.Л., Костюков С.И., Вакуленко И.Т. и др. Лапароскопическая уретеролитотомия и ее место в хирургии камней мочеточников. Эндоскопическая хирургия 2004; 1: 106.
12. Оловянный В.Е., Кислов В.А., Селезнев В.Е. Опыт внедрения видеозендоскопической технологии в урологию. Эндоскопическая хирургия 2006; 2: 98-99.
13. Дербенев В.В., Савчук О.Б., Иудин А.А. и др. Видеолапароскопические вмешательства у детей с левосторонним идиопатическим варикоцеле. Эндоскопическая хирургия 2005; 1: 41-42.
14. Носков А.В., Белоус Р.А., Болгов Д.Ф. Эндовидеохирургическое лечение солитарных кист почек у детей. Эндоскопическая хирургия 2004; 1: 112-113.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ, МНОЖЕСТВЕННЫХ И ПОЛИСТРУКТУРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Н.Б.Дуйсенов

Республиканская детская клиническая больница «Аксай», Алматы, Казахстан

БАЛАЛАРДЫҢ ҮЙЛЕСКЕН, КӨПТЕГЕН ЖӘНЕ КӨПҚҰРЫЛЫМДЫ ЗАҚЫМДАРЫ КЕЗІНДЕ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУДІҢ ЕМІДІК ШАРАЛАРЫ

Н.Б.Дуйсенов

MEASURES FOR REHABILITATION THERAPY UNDER CHILDREN'S CONCOMITANT, MULTIPLE AND POLYSTRUCTURAL INJURIES

N. Duisenov

Восстановление целостности костных структур и функционального состояния 72 детей с множественными, сочетанными и полиструктурными повреждениями должно происходить комплексно, сочетая хирургическое вмешательство и послеоперационное поэтапное проведение реабилитационного лечения, позволяющих добиться восстановления функции до уровня компенсации.

Көптеген, үйлескен және көпқұрылымды зақымдары бар 72 баланың сүйек құрылымының тұтастығы мен қызметтік жағдайын қалпына келтіру, орнын толтыру деңгейіне дейін қызметтік жағдайды қалпына келтіруге мүмкіндік беретін хирургиялық ем мен қатар функционалды оңалту шараларын кезеңді түрде үйлестіре отырып, кешенді жүргізілуі тиімді нәтиже берген.

Regeneration of bone structure integrity and functional state of 72 children with multiple, concomitant and polystructural injuries shall be complex, combining step-by-step operative therapy and rehabilitation measures which allow to reach the regeneration of function to the level of compensation, however in several cases the issue was only partial compensation of functional state.

Тяжесть состояния при множественной, сочетанной и полиструктурной травме у детей обуславливается характером и степенью повреждения внутренних органов, длительностью и своеобразием посттравматической реакции организма. Большинство таких больных поступали в реанимационные отделения, где в первые сутки проводили противошоковые мероприятия, лечение дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, связанных с остро возникшим дефицитом кислорода в тканях вследствие кровотечения и выраженных расстройств микроциркуляции [1,2].

Однако помимо успешного проведения хирургической коррекции немаловажным аспектом лечения травм конечностей является адекватный комплекс реабилитационных мероприятий [3].

Хирургическая коррекция и тяжесть травмы изменяет вектор направленности реабилитационного процесса. Для восстановления функциональной пригодности сегмента конечности в зависимости от этапа лечения необходимо решение нескольких задач реабилитации конечностей мероприятия функциональной терапии, проводимые в послеоперационном периоде, направлены на купирование болевого синдрома и отека, улучшение трофики тканей. Соответственно в последующем требуется профилактика или устранение контрактур смежных суставов и гипокинезии. Конечная цель реабилитации – восстановление или компенсация функции конечностей [4,5,6].

Материалы и методы исследования. Нами проведена послеоперационная восстанови-