

А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. – М., 2002. – С. 390-423.

3. Файзуллина, Р.А. Общие представления о панкреатитах у детей / Р.А. Файзулина // Лечащий врач. – 1998. – № 1. – С. 53-60.

4. Cho, C.H. Current role of nitric oxide in gastrointestinal disorders / C.H. Cho // J. Physiol. Paris. – 2001. – Vol. 95 (1-6). – P. 253-256.

5. New issues about nitric oxide and its effects on the gastrointestinal tract / M.J. Martin [et al.] // Curr. Pharm. Des. – 2001. – Jul. 7 (10). – P. 881-909.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРУТА ЯИЧЕК У МАЛЬЧИКОВ

*Мелевич Е.Р., Иодковский К.М.**

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

кафедра детской хирургии, Гродно, Беларусь

Введение. Ни одно заболевание органов мошонки не требует столь срочной постановки диагноза, как заворот яичка. Промедление в несколько часов может оказаться роковым. Этот принцип особенно важен в первые 6 часов заболевания, когда сохраняется вероятность благоприятного результата лечения [4]. Перекрут яичка в течение 4 часов приводит к необратимому повреждению эпителия половых клеток, в течение 6-8 часов – к тотальному некрозу [2]. Причинами данной патологии считают изменения гормонального фона, а также избыточная возрастная подвижность яичек при сокращении кремастерных мышц во время физической нагрузки или эрекции [3].

Перекрут яичка – острое заболевание мошонки, требующее неотложного оперативного лечения. Правильный подход в лечении данных больных является весьма важной и актуальной проблемой, так как запоздалая диагностика и лечение приводят не только к потере одного яичка, но и к нарушению гематотестикулярного барьера, запуску аутоиммунных процессов, в результате которых происходит повреждение клеток сперматогенного эпителия и в контралатеральном яичке, что в дальнейшем приводит к снижению его как секреторной, так и инкреторной функции, может вызвать его атрофию, стать причиной бесплодия в будущем [1, 3].

Объект и методы исследования. Произведен анализ 32 историй болезни мальчиков, пролеченных в УЗ «ГОДКБ» в течение 5 лет с 2010 по 2014 года в возрасте от периода новорожденности до 17 лет.

Результаты и их обсуждение. В течение 5 лет данная патология встречалась с разной частотой: в 2010 году – 2 случая, в 2011 – 9, в 2012 – 4, в 2013 – 9, в 2014 – 8 случаев.

Установлено, что перекрут яичка встречался в разных возрастных группах. Из них в возрасте 7 часов – 1 пациент, до 1 года – 1, до 3 лет – 2, от 4 до 12 лет – 5 пациентов, 13-14 лет – 16 и от 15 до 18 лет – 7 пациентов. Наиболее часто это были мальчики 13-14 лет – 16 человек, т.е. находящиеся в периоде полового созревания.

Время поступления в стационар колебалось от 1 часа до 3 недель. Среди них спустя 1 час с момента начала заболевания госпитализировано 3 пациента, в срок до 12 часов – 10 пациентов, с 12 до 24 часов – 6, 1-3 суток – 6 пациентов, 3-5 суток – 4 пациента, спустя 14 дней – 1, спустя 21 день – 1 пациент,

внутриутробный перекрут яичка выявлен у 1 пациента (госпитализирован на 7 часу жизни).

7 пациентов были доставлены в приемное отделение своими родителями, 25 были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, либо направлены детскими хирургами, урологами детских поликлиник г. Гродно, районными хирургами, педиатрами.

Диагноз направляющих врачей звучал: у 11 пациентов – острый орхит, острый орхоэпидидимит; у 5 – перекрут гидатиды яичка; у 3 – синдром отёчной гиперемированной мошонки; у 1 – ущемлённая паховая грыжа; у 1 – острый аппендицит?; у 3 – перекрут яичка. В приёмном покое 20 пациентам выставлен диагноз синдром отёчной гиперемированной мошонки, у 12 пациентов сразу возникло подозрение на перекрут яичка.

При анализе клиники основной жалобой у всех мальчиков была боль в правой (левой) половине мошонки, либо иррадиирующая в паховую область или живот; у 29 мальчиков к боли присоединялись гиперемия и отёк половины мошонки разной степени выраженности; у 2 – также беспокоила тошнота, у 3 – отмечалась 3-4 кратная рвота, у 2 – повышение температуры тела до 37-37,5°C; у 2 мальчиков яичко было подтянуто кверху к наружному паховому кольцу.

9 пациентам при поступлении выполнялось ультразвуковое исследование мошонки. Основными УЗ-признаками перекрута яичка, согласно нашим наблюдениям, являлись: неоднородность структуры яичка, нечёткость его контуров, увеличение размеров по сравнению со вторым, наличие гипо- и гиперэхогенных участков в структуре яичка, признаки тестикулярного микролитиаза, наличие полосы жидкости в оболочках яичка. У 8 пациентов было проведено ультразвуковое исследование с доплером. У 4 пациентов, несмотря на перекрут яичка, кровоток был сохранён и приблизительно одинаков с кровотоком здорового яичка. При анализе лабораторных показателей в общем анализе крови были выявлены следующие изменения: лейкоцитоз – у 11 пациентов, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево – у 1, эозинофилия – у 2, ускорение СОЭ – у 4 пациентов; в общем анализе мочи у 4 пациентов выявлена лейкоцитурия, у 2 – эритроцитурия.

Всем пациентам под общей анестезией была выполнена ревизия мошонки. 20 пациентов были оперированы в первые 2 часа от момента поступления в стационар, 12 пациентов были оперированы через 2-4 часа от момента поступления. При ревизии у 21 пациента выявлен перекрут яичка, у 11 – перекрут с некрозом яичка. Чаще отмечался перекрут левого яичка – у 21 пациента, правого – у 11. Оболочки яичка вскрывались продольным либо поперечным к шву мошонки разрезом. При ревизии яичко имело синюшно-багровый, серый либо черный цвет.

Перекрут отмечался по оси семенного канатика у 1 пациента – на 180°, у 3 – на 270°, у 15 – на 360°, у 1 – на 570°, у 10 – на 720°.

Перекрут устранялся (деторсия), производилась блокада семенного канатика 0,25-0,5% раствором новокаина, яичко согревалось. Если в результате данных мероприятий в течение 20-25 мин яичко приобретало обычный цвет, надсекалась белочная оболочка и, при появлении кровоточивости, – яичко признавалось жизнеспособным. Проводилась фиксация яичка к оболочкам. При

отсутствии эффекта в результате данных мероприятий консилиумом врачей выставлялся диагноз некроз яичка и производилась орхфуникулэктомия.

У 5 пациентов оперативное лечение проводилось в 2 этапа: первый этап – ревизия, устранение перекрута, мероприятия для восстановления васкуляризации яичка; второй этап проводился на следующие сутки, если во время ревизии признаки жизнеспособности яичка были сомнительны, также в случаях, если сохранялся сильный болевой синдром, нарастал отёк мошонки, пациент лихорадил. При повторной ревизии в 2 случаях яичко было жизнеспособным и сохранялось, в 3 случаях был выявлен его некроз – яичко удалялось. При сохранении яичка назначались медикаменты улучшающие его васкуляризацию: ацетилсалициловая кислота, дротаверин, пентоксифиллин, антибиотики (амикацин, цефотаксим), аевит, вобензим.

При гистологическом исследовании удалённого яичка у всех 11 пациентов был выявлен геморрагический некроз.

Срок пребывания пациентов в стационаре варьировал от 3 до 19 суток, в среднем 8 койко-дней.

Выводы:

1. Чаще всего перекрут яичка наступает в периоде полового созревания, в возрасте 13-14 лет.
2. Ревизия мошонки является единственным достоверным методом диагностики перекрута яичка.
3. При отсутствии признаков жизнеспособности яичка показано его удаление незамедлительно.
4. При сохранении яичка обязательной является терапия, направленная на улучшение его васкуляризации.
5. Достоверных признаков перекрута яичка не существует, поэтому у детских хирургов, урологов должна быть настороженность в отношении больных с синдромом отёчной и гиперемированной мошонки.

Список литературы:

1. Баиров, Г.А. Острые заболевания яичка: Неотложная хирургия детей / Г.А. Баиров. – Медицина, 1983 – С. 347-349.
2. Катько, В.А. Острая мошонка: Детская хирургия / В.А. Катько. – Высшая школа, 2009 – С. 273- 76.
3. Тиктинский, О.Л. Заболевания половых органов у мужчин / О.Л. Тиктинский. – Л., 1985 – С. 85-104.
4. Острые заболевания органов мошонки у детей. / Я.Б. Юдин [и др.]. – М.: Медицина, 1987. – С. 144.

ВУЛЬВОВАГИНИТЫ У ДЕВОЧЕК В ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Милош Т.С., Гутикова Л.В.¹, Разина С.А.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра акушерства и гинекологии, Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский клинический областной перинатальный центр», Гродно, Беларусь

Введение. Значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в