

4. Буйлов В. М. Лучевая диагностика дивертикулов чашечно-лоханочных систем почек (УЗИ, урография, КТ и МРТ). — М., 2007.
5. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии. — М., 1998. — Т. 1. — С. 161—179.
6. Руководство по нефрологии / Под ред. Дж. А. Витворт, Дж. Р. Лоренс. — М., 2000. — С. 277—289.
7. Akinci D., Gumus B., Ozkan O. S. et al. // *Pediatr. Radiol.* — 2005. — Vol. 35. — P. 155—158.
8. Bertolotto M., Quaia E., Galli G. et al. // *J. Clin. Ultrasound.* — 2000. — Vol. 28. — P. 267—276.
9. Bisgrove B. M., Yost H. J. // *Development.* — 2006. — Vol. 133, N 21. — P. 4131—4143.
10. Ohta S., Fujishiro Y., Fuse H. // *Urol. Int.* — 1997. — Vol. 58. — P. 145—147.

Поступила 22.03.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.681-007.41-053.2-089.12

В. В. Сизонов^{1,2}, А. Х. Азашиков¹, М. И. Коган¹

ИЗМЕНИЛСЯ ЛИ ПОДХОД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ?

¹Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии (зав. — проф. М. И. Коган) ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета;

²Областная детская больница Ростова-на-Дону (главный врач В. Л. Павленко)

Сизонов Владимир Валентинович, e-mail: vsizonov@mail.ru, Азашиков Аскер Хасанович, Коган Михаил Иосифович

В основу исследования положен опыт лечения 196 пациентов с крипторхизмом с июня 2009 г. по ноябрь 2011 г. В течение исследуемого периода выполнено 207 орхидопексий: 133 (64,3%) — паховым доступом, 51 (24,6%) — скротальным и 23 (11,1%) — лапароскопически. При использовании скротального доступа конверсия в двунадрезный способ не выполнялась. При наблюдении от 3 до 32 мес после операции Бианки осложнения, требующие повторное оперативное вмешательство, не отмечены. Атрофия яичка отсутствовала. У пациентов, оперированных с помощью ингинального доступа, в одном случае наблюдали ретракцию яичка в паховый канал. Атрофию яичка не отмечали. Частота использования скротального доступа в нашей клинике за 2,5 года увеличилась с 9 до 35%, доля операций, проводимых стандартным паховым разрезом, снизилась с 91 до 65%. Количество лапароскопических операций за исследуемый период увеличилось с 4 операций в 2009 г. до 11 в 2011 г. Первые полученные нами результаты позволяют предположить, что скротальный доступ при крипторхизме применим при любой локализации пальпируемого яичка у мальчиков по крайней мере до 5-летнего возраста.

Ключевые слова: крипторхизм, дети, скротальный доступ

The study included 196 patients with cryptorchism examined from June 2009 to November 2011. A total of 133 (64.3%) and 51 (24.6%) orchidopexies were performed through the inguinal and scrotal approaches respectively and 23 (11.1%) laparoscopically. Double incision in the scrotum was not practiced. No cases of testicular atrophy were documented. Complications within 3-32 months after Bianchi's operation requiring repeated surgery were absent. Testicle retraction into the inguinal canal occurred in one patient after surgery through the inguinal approach. The frequency of the use of the scrotal approach in our clinic during 2.5 yr increased from 9 to 35% whereas the use of standard inguinal incision decreased from 91 to 65%. The number of laparoscopic interventions increased from 4 to 11. The preliminary results suggest the possibility of using the scrotal approach to treat cryptorchism regardless of testicle localization in boys under the age of 5 yr.

Key words: cryptorchism, children, scrotal approach

Среди хирургических заболеваний органов репродуктивной системы крипторхизм является одной из наиболее распространенных аномалий, ведущих к нарушению экскреторной и инкреторной функции яичек. У новорожденных крипторхизм встречается в 2,7% случаев (у недоношенных детей в 7 раз чаще), к 1-му году жизни — в 2%, к достижению периода полового созревания — в 1% и у взрослых — в 0,3% случаев [1, 3, 4]. Каждая третья плановая операция на паховом канале выполняется у детей именно по поводу данной патологии. Оптимальные сроки хирургической коррекции — 12—18 мес, т. е. до начала развития дистрофических процессов в паренхиме гонад, некоторые авторы считают целесообразным начинать лечение в 6-месячном возрасте [7]. Паховый доступ (операция Шемакера), предложенный в 40-е годы XX века, обрел много сторонников у нас в стране и более чем на полвека стал стандартным подходом при лечении крипторхизма [2]. Однако в 1989 г. А. Bianchi и В. Squire [6] предложили орхипексию через одиночный (скротальный) разрез при пальпируемых яичках.

Принимая во внимание возрастающее количество публикаций, посвященных методике Bianchi и Squire, можно предположить, что технология получает все более широкое применение.

Материалы и методы

В основу исследования положен опыт лечения 196 пациентов с крипторхизмом с июня 2009 г. по ноябрь 2011 г. Возраст детей от 12 до 173 мес (средний возраст 38±2 мес). Левосторонний крипторхизм выявлен у 77 (39,5%) детей, правосторонний — у 66 (33,9%) мальчиков и двусторонний — у 11 (5,7%) детей, у 41 (20,9%) пациента яичко не пальпировалось. В исследование не включали пациентов с повторной орхипексией и наличием заболеваний органов мошонки в анамнезе.

Яичко в паховом канале располагалось у 57 (36,7%) больных. Среди этих больных тестикула пальпировалась у наружного пахового кольца у 72 (46,4%) мальчиков и у входа в мошонку — у 26 (16,7%).

На каждого мальчика заполняли авторскую таблицу, включающую данные о локализации и объеме яичка перед операцией, а также результаты последующего мониторинга.

чение которых проводили посредством скротального доступа в течение периода исследования, что отражает увеличение доверия к этой методике. Одновременно с этим частота применения пахового доступа снижается. Анализ наших результатов показал, что осложнения после одноразрезного доступа встречаются не чаще, чем при использовании стандартного двуразрезного доступа. Наши результаты практически соответствуют данным других опубликованных серий исследований. Проведенное нами исследование имеет ряд ограничений. Прежде всего это анализ медицинских случаев из практики только одного центра. Помимо обычных послеоперационных осмотров, пациентов наблюдали только через 6 мес, а затем они переходили под наблюдение амбулаторных структур. По данным обзора послеоперационных заключений, у всех пациентов яички были без признаков атрофии и не отмечались рецидивы крипторхизма (подтягивания яичка к паховому каналу) после скротальной орхипексии. Мы продолжаем исследования, направленные на изучение значения возраста и положения яичка перед операцией для выбора доступа при орхипексии. Первые полученные нами результаты позволяют предположить, что этот способ применим при

любой локализации пальпируемого яичка у мальчиков по крайней мере до 5-летнего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. Т. 2. — СПб.: "Пит-Тал", 1997.
2. Детская урология / Под ред. А. Г. Пугачева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Детская хирургия. Национальное руководство / Под ред. Ю. Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Урология. Национальное руководство / Под ред. Н. А. Лопаткина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
5. Berkowitz G. S., Lapinski R. H., Dolgin S. E. et al. // Pediatrics. — 1993. — Vol. 92. — P. 44.
6. Bianchi A., Squire B. R. // Pediatr. Surg. Int. — 1989. — Vol. 4. — P. 189—192.
7. Campbell-Walsh Urology / Eds Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi. — 10th ed. — 2012. — Vol. 4.
8. Cuda S. P., Srinivasan A. K., Kalisvaart J., Kirsch A. J. // J. Urol. — 2011. — Vol. 185. — P. 2451—2454.
9. Hinman's atlas of pediatric urologic surgery / Eds. F. Hinman, L. S. Baskin. — Philadelphia: Saunders / Elsevier, 2008.
10. Kwanjin Park, Hwang Cho // Korean J. Urol. — 2010. — Vol. 51, N 3. — P. 155—160.
11. Operative pediatric urology / Eds J. David Frank et al. — London et al., 2002.

Поступила 26.04.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 615.277.3.03:616-006.31

А. И. Окунева³, Н. А. Окунев¹, А. П. Власов¹, А. В. Герасименко², С. А. Маркосян¹, Ю. Б. Мадонova¹

МЕСТНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ТКАНИ ПРЕПАРАТА "КЕНАЛОГ" НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ СОСУДИСТОЙ ОПУХОЛИ

¹Курс детской хирургии кафедры факультетской хирургии Медицинского института и кафедра генетики Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарева; ²Республиканский перинатальный центр; ³РМ ГБУЗ Детская республиканская клиническая больница, Саранск

Изучены теоретические аспекты репаративной регенерации тканей после местного применения кеналога для лечения гемангиом на модели сосудистой опухоли — гребне живых кур в сравнении со склерозирующей терапией 70% этиловым спиртом. Выявлено, что после введения в ткань гребня кеналога происходит накопление препарата в межтканевой ткани. Нарастающий отек препятствует всасыванию гормона в кровяное русло, пролонгирует его местное действие и уменьшает резорбтивное действие (нежелательное для организма). Первоначально происходит сдерживание пролиферации клеток (фибробластов), их активации и притока из сосудов (клеток воспаления). Рубец формируется в условиях сниженной активности клеточного компонента. Кеналог разрушает ткани с образованием пустот на месте жировых клеток, способствует появлению коллагеновых нитей, без определенной их ориентации. С 14-х суток наблюдается конденсация коллагена с формированием к 30-м суткам нежной фиброзной ткани из тонких коллагеновых нитей без образования грубых рубцовых изменений в межтканевой ткани. Вследствие этого не происходит деформации гребня в отличие от терапии спиртом, при которой формируется грубый келоидный рубец с деформацией тканей.

Ключевые слова: гемангиома, кеналог, этиловый спирт, эксперимент, репаративная регенерация, склерозирующая терапия, гистологическое исследование

The study included 48 children to whom Kenalog was locally administered for the treatment of cavernous and combined hemangiomas after a series of inefficient cryodestructions. The method is safe and produces good cosmetic and functional results. Occasional subcutaneous fat atrophy is reversible. Hormonal studies revealed the initially low level of cortisol although the overall hormonal profile was not significantly different in boys and girls excepting the 3-fold higher testosterone level in the former.

Key words: hemangioma, children, kenalog, local administration, hormonal profile, sexual identity

Методы лечения гемангиом чрезвычайно разнообразны. Одним из эффективных и простых методов лечения гемангиом является склерозирующая терапия, предусматривающая воздействие на стенки опухоли разнообразных цитоплазматических ядов.

Последние являются причиной асептического некроза ткани, влияют на последующее рубцевание и исчезновение гемангиомы. Недостатками склерозирующей терапии гемангиом, по мнению многих авторов, являются болезненность и длительность