

Д.Ф. Болгов, А.А. Малаев, В.Н. Завгородний,
А.В. Носков, П.Г. Семеняк, Е.В. Новожилов,
Е.В. Редозубов, Р.А. Белоус

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Амурская областная детская клиническая больница,
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск*

Изучение результатов оперативного лечения варикоцеле играет одну из основополагающих ролей в хирургической практике данной патологии. Эффективность этого или иного метода оценивается всесторонним анализом результатов оперативного лечения.

За период с 1996 по 2000 г. в урологическом отделении Амурской областной детской клинической больницы с применением эндовидеохирургических методов было оперировано 733 больных с варикоцеле в возрасте 9-18 лет.

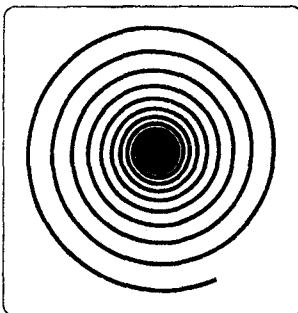
При неоспоримых преимуществах лапароскопических методик (возможность ревизии органов брюшной полости, малая травматичность доступа, укорочение послеоперационного периода и реабилитации пациентов, лучший косметический эффект) риск осложнений при таких операциях сохраняется. Среди послеоперационных осложнений следует отметить водянку оболочек яичка (7 случаев) и рецидив варикоцеле (14 случаев).

Первые 4 рецидива варикоцеле отмечены нами при выполнении лапароскопической окклюзии и клипировании яичковых вен без их пересечения. У них наблюдалась реканализация венозных стволов, что заставило нас отказаться от этой методики оперативного вмешательства с 1998 г. В двух случаях данное осложнение было обусловлено аномальным вариантом венозного оттока, что подтверждено флебографически. Еще в 7 случаях рециди-

вы связаны, на наш взгляд, с сохранением венозного сброса по расширенной вене семенного протока. Во всех этих случаях наблюдалось варикозное расширение вены протока, что потребовало повторных оперативных вмешательств, во время которых она перевязывалась. Из них 6 операций произведено лапароскопическим, а 3 — паховым доступом. Повторного рецидива варикоцеле не отмечалось.

Всем больным, которым была произведена перевязка вены семявыносящего протока, были проведены анализы спермограммы до операции и через 6 мес. после нее. Результаты первичных исследований следующие: олигозооспермия — в 3 случаях, астенозооспермия — в 5, нормальные показатели — в 1. Следует отметить заметное улучшение лабораторных показателей после операции — нормализация спермограммы у 3 больных с астенозооспермией и у 3 с олигозооспермией. В 2 случаях лабораторная картина осталась без существенных изменений.

Следовательно, перевязка яичковых вен вместе с веной семявыносящего протока не вызывает депрессии сперматогенеза. Данный факт позволяет нам рекомендовать сочетанную перевязку и пересечение яичковых и протоковых вен при их расширении, что будет способствовать снижению рецидивов при лапароскопическом лечении варикоцеле у детей и подростков.



Д.Ф. Болгов, А.А. Малаев, В.Н. Завгородний,
А.В. Носков, П.Г. Семеняк, Е.В. Новожилов,
Е.В. Редозубов, Р.А. Белоус

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ВОДЯНОК ЯИЧЕК

*Амурская областная детская клиническая больница,
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск*

В настоящее время с внедрением в широкую практику новых медицинских технологий суще-

ственно изменились методики лечения больных в плановой детской урологии. Весьма эффективны-

ми оказались эндовидеохирургические методы лечения патологии вагинального отростка брюшины. Они позволяют значительно снизить операционную травму и вероятность ишемии яичка.

В нашей клинике эндовидеохирургия применяется с 1996 г. При врожденных водянках яичка выполнено 64 плановые операции. Возраст больных был от 1 до 56 лет, продолжительность операции — 20-30 мин. Койко-день составил 2-4 сут.

Методика операции заключается в трансперитонеальном вскрытии оболочки вагинального отростка брюшины ниже уровня пахового кольца диаметром 1—2 см. На следующем этапе кисетным швом ушивается вагинальный отросток брюшины в проекции латеральной паховой ямки. Перед завязыванием кисетного шва водяночная

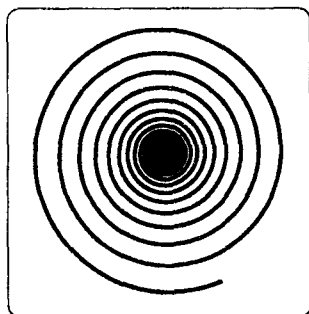
жидкость эвакуируется из оболочек яичка путем ручного давления на мошонку.

Вскрытие оболочки вагинального отростка является важным этапом при лапароскопическом лечении врожденных водянок яичек, которое предупреждает образование кист семенного канатика.

Описанная выше методика позволяет избежать малейшего нарушения кровоснабжения яичка во время операции и в послеоперационном периоде, исключает отек яичка и мошонки.

Отдаленные результаты прослежены у 54 больных через год — рецидивов не выявлено.

Считаем целесообразным более широкое применение малоинвазивных эндохирургических методов лечения в урологии, в частности при лечении врожденных водянок яичек.



Д.Ф. Болгов, А.А. Малаев, В.Н. Завгородний, А.В. Носков,
П.Г. Семеняк, Е.В. Новожилов, Е.В. Редозубов, Р.А. Белоус

К ВОПРОСУ О ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

*Амурская областная детская клиническая больница,
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск*

Среди хирургических заболеваний органов репродуктивной системы крипторхизм является одной из наиболее распространенных аномалий полового развития, ведущих к нарушению экскреторной и инкреторной функции яичек.

В настоящее время лапароскопия как наиболее информативный диагностический метод позволяет визуально оценить анатомические взаимоотношения при синдроме непальпируемых яичек. Возможности лапароскопической хирургии стали использоваться при проведении корректирующих операций при различных вариантах абдоминального крипторхизма у детей.

С 1996 по 2002 г. диагностическая лапароскопия выполнена у 38 больных от 2 до 14 лет. В соответствии с полученными данными был сделан выбор между тактикой открытой ревизии па-

хового канала и лапароскопическим удалением значительно недоразвитого яичка.

При установлении диагноза абдоминального крипторхизма в последнее время методом выбора стало проведение двухэтапной орхопексии, предполагающей пересечение сосудистого пучка яичка на первом этапе с последующим (через 6 мес.) низведением гонады в мошонку на сосудистой ножке, формируемой вдоль семявыносящего протока с сопровождающими его сосудами. Подобная схема лечения выполнена у 22 пациентов.

Послеоперационный клинический, ультразвуковой и доплерографический контроль размеров и состояния низведенного яичка у 20 больных в период от 3 мес. до 3 лет не выявил атрофических изменений яичка.

