

телем гигиены ротовой полости показал наличие достоверной средней силы прямой связи между уровнями ИПГПР и возрастом ($K_{\text{ч}} = 0,54$; $P < 0,05$), а также сроком пользования протезами ($K_{\text{ч}} = 0,49$; $P < 0,05$).

Таким образом, использование интегрального показателя гигиены полости рта у лиц со съёмными протезами позволит объективно диагностировать и контролировать уровень индивидуального гигиенического ухода. Также возможно его применение в эпидемиологических исследованиях с целью реализации научных, клинических, лечебно-профилактических программ для определенной категории населения.

Выводы

У 50,4% обследованных пациентов со съёмными протезами диагностированы значения индекса «плохой» и «очень плохой» инте-

грального показателя гигиены полости рта. По динамике индекса установлено, что факторами, достоверно влияющими на состояние гигиены, являются возраст и наличие соматической патологии. В частности, достоверно различными были значения ИПГПР между представителями групп без соматической патологии и с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, болезнями обмена веществ, другими заболеваниями и с комбинированной патологией. Значимо различными по состоянию гигиены полости рта были представители возрастных групп до 65 и 65 лет и более, а также лица со сроком пользования протезами до 0,5 года и больше 3-х лет.

Это подтверждает актуальность изучения взаимосвязи между различными факторами и интегральным индексом гигиены полости рта.

Сведения об авторе статьи:

Михайленко Татьяна Николаевна – к.м.н., доцент кафедры стоматологии факультету последипломного образования ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МОЗ Украины. Адрес: 76000, Украина, г. Ивано-Франковск, ул. Грушевского, 2. E-mail: ddm1972@ukr.net.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стоматологическая профилактика у детей: руков. для студентов и врачей / В. Г. Сунцов [и др.]. – М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 344 с.
2. Лебеденко, Л. Ю. Особенности ортопедического лечения больных старческого возраста при полном отсутствии зубов / Л. Ю. Лебеденко, Н. К. Вураки, А. П. Воронов // Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии: V съезд стоматологов Белорусии: матер. конф. – Брест, 2004. – С. 322-323.
3. Жолудев, С. Е. Гигиена полости рта у лиц со съёмными зубными протезами и некоторые способы ее улучшения / С. Е. Жолудев, М. Л. Маренкова // Панорама ортопедической стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 36-38.
4. Михайленко, Т. М. Клінічне вивчення та взаємозв'язок стану гігієни ротової порожнини з іншими складовими зубощелепної системи у осіб із знімними конструкціями зубних протезів / Т. М. Михайленко, М. М. Рожко // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 6. – С. 57-63.
5. Улитовский, С.Б. Гигиена при зубном протезировании: учебное пособие/Улитовский С.Б.– М.: МЕДпресс-информ, 2009.– 112с.
6. Казанский, М. Р. Состояние гигиены полости рта и протезов у пациентов с наличием частично-съёмных ортопедических конструкций / М. Р. Казанский, Г. Д. Ахмедов // Здоровый образ жизни с раннего возраста: 8-я Всеросс. н.-пр. конф.: сб. тр. / под ред. О. О. Янушевича, И. Ю. Лебеденко. – СПб.: Человек, 2011. – С. 65-66.
7. Пат. № 101919 Україна, МПК51 А 61 В 1/24, А 61 С 8/00. Спосіб інтегральної оцінки гігієнічного стану ротової порожнини у осіб із знімними протезами / Михайленко Т. М., Рожко М. М., Іванишин І. М. – № а201205384; заявл. 25.12.2012; опубл. 13.05.2013 Бюл. № 9.
8. Пат. № 80649 України на винахід, МПК (2006) А 61 С 17/00 G 01 J 3/28. Спосіб визначення індексу гігієни знімних протезів за допомогою рідини „Колор-тест”/ Михайленко Т. М. – №а 200606329; заявл. 07.06.06; опубл. 25.07.07, Бюл. №11; Бюл. №16.

УДК 616.147.22-007.64-036.87-053.6-089-072.1

© А.Р. Насыров, 2014

А.Р. Насыров

ВИДЕОРЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВАХ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В работе представлена методика видеоретроперитонеоскопического лечения варикоцеле у детей. Исследовались подроски с рецидивом варикоцеле, ранее оперированные различными хирургическими методами. Всем больным были произведены УЗИ с доплерографией, исследование якулата и флеборентестигулография. Пациентам, у которых был выявлен ренотестигулярный гемодинамический тип варикоцеле, была проведена видеоретроперитонеоскопическая операция, которая выполнялась под общим обезболиванием с интубацией трахеи и применением мышечных релаксантов. После формирования оптического пространства и наложения карбоксиретроперитонеума вводили троакар с телескопом и производили ревизию левой почки и её сосудистой ножки. Затем под видеоконтролем устанавливались два рабочих троакара. После выделения всего сосудистого пучка дифференцировалась яичковая вена и производилось её клипирование. Проведена сравнительная оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения варикоцеле у детей. Показатели спермограммы через 6 и 12 месяцев улучшились по сравнению с дооперационным периодом.

Ключевые слова: варикоцеле, рецидив, видеоретроперитонеоскопия.

A.R. Nasyrov
**VIDEORETROPERITONEOSCOPIC METHOD OF TREATMENT
OF VARICOCELE RELAPSE IN CHILDREN**

The work presents a videoretroperitoneoscopic technique of treatment varicocele in children. Adolescents with varicocele relapse after surgical treatments have been examined by Doppler ultrasound, ejaculate test and phleborenostesticulography. Patients with renotesticular hemodynamic type of varicocele underwent videoretroperitoneoscopic surgery under general anesthesia with trachea intubation and muscular relaxants. After the optic space has been formed and carboxylic retroperitoneum has been made, a trocar with a telescope has been inserted in order to revise the left kidney and its vascular pedicle. Then 2 operational trocars were set under video control. After the whole vascular bundle has been revealed, the testicular vein has been differentiated and clipped. The immediate and long-term results of this treatment have been evaluated. The indices of spermogram after 6 and 12 months improved when compared to preoperational period.

Key words: varicocele, relapse, videoretroperitoneoscopy.

Демографическая ситуация в стране свидетельствует об актуальности вопроса о мужском бесплодии. Повышение мужского фактора в снижении рождаемости в стране утверждается многими исследованиями последних лет. Одним из самых распространенных заболеваний среди мужского населения является варикозное расширение вен семенного канатика (варикоцеле). Многие столетия проблема варикоцеле не теряет своей актуальности. По сводной статистике варикоцеле встречается у 15-20% мужчин, по данным ВОЗ – у 36% [2]. На сегодня в 40-60% случаев причиной бесплодия в браке являются заболевания репродуктивного аппарата у супруга. Заболеваемость варикоцеле в большей степени выявляется среди подростков (до 19% в возрасте 14-15 лет) и юношей (до 18% в возрасте 16-25 лет) [3]. Большая распространенность варикоцеле, низкий процент положительных результатов оперативных вмешательств (отрицательный результат у 3-23% пациентов) [4], нарушение фертильности более чем у 30% больных явились основанием для выделения этого заболевания в качестве важнейшей темы среди ключевых программ ВОЗ[3].

Цель работы – совершенствование хирургического лечения варикоцеле у детей и изучение их репродуктивного здоровья в отдаленные сроки после операции.

Материал и методы

В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета в течение 2008-2010 гг. наблюдались 19 мальчиков с рецидивом варикоцеле. Пациенты были оперированы различными хирургическими методами: операция Иванисевича – 12, операция Паломо – 5, лапароскопическое клипирование – 2. Один пациент ранее был безуспешно оперирован 2 раза (первично – операция Иванисевича, повторно – лапароскопическое клипирование яичковых сосудов).

Пациенты предъявляли жалобы на боль в мошонке и по ходу семенного канатика сле-

ва. У всех больных при пальпации определялось расширение вен гроздевидного сплетения мошонки слева различной степени выраженности. По классификации ВОЗ вторая степень (расширенные вены не визуализировались, но пальпировались без пробы Вальсальвы) наблюдалась у 5, третья степень (расширенные вены определялись сквозь кожу мошонки) у 9 пациентов. Возраст детей составил 14-16 лет, в среднем 14,7 года.

Всем больным были произведены УЗИ с доплерографией, исследование эякулята и флеборенотестикулография. При ультразвуковом исследовании и доплерографии проводили измерение объема яичек, измерение диаметра вен яичка, скорости и направление кровотока по венам яичка в покое и на высоте пробы Вальсальвы. При определении гемодинамического типа рецидивного варикоцеле использовалась методика ультразвуковой диагностики [1], при которой определяется ретроградный венозный сброс по классификации Coolsaet [5]. У всех пациентов была изучена спермограмма, взятая при согласии родителей и самого пациента. При исследовании эякулята было выявлено, что снижены те параметры, которые определяют уровень фертильности эякулята: подвижность и морфология сперматозоидов. В настоящее время стандартным и информативным методом диагностики рецидивного варикоцеле считается флеборенотестикулография. Левосторонняя флеборенотестикулография проводилась по методике Сельдингера. По подвздошным венам и нижней полой вене в левую почечную вену и левую яичковую вены под контролем вводился катетер и производилось контрастирование сосудов 10-15 мл рентгеноконтрастным веществом Омнипак, затем производились 2 снимка.

В результате исследований у 15 пациентов из 19 был выявлен ренотестикулярный гемодинамический тип варикоцеле, при котором показано проведение повторной окклюдизирующей операции. При ренотестикулярном гемодинамическом типе рецидивного варико-

цели нами предложена методика видеоретроперитонеоскопической операции.

Для выполнения оперативного вмешательства применялось стандартное оборудование как для эндоскопической операции. В состав эндоскопической стойки входили два монитора, электронный автоматический инсуфлятор, ксеноновый автоматический осветитель, эндовидеокамера, видеоманитофон, электрохирургический блок. Инструментальный набор включал в себя набор для лапароскопических операций и дополнительный набор инструментов, используемых для закрытого доступа к почке. Также использовался ригидный баллонный гидродиссектор – устройство для расслоения забрюшинной клетчатки, представляющий собой L-образную металлическую трубку, оканчивающуюся штуцером с фиксируемым на нем латексным баллоном.

Видеоретроперитонеоскопическая операция выполнялась под общим обезболиванием с интубацией трахеи и применением мышечных релаксантов. Вводный наркоз осуществлялся внутривенным введением пропофола 1% и фентанила 0,005%, в поддержание – фентанил болюсно в сочетании с пропофолом, 6-10 мг/кг·в ч; мышечные релаксанты – дитилин при интубации трахеи, затем переход на ардуан.

Оборудование и операционная бригада располагались как и при лапароскопической операции. Эндоскопические стойки размещались по обе стороны головного конца операционного стола напротив хирурга и ассистента. Операционная бригада состояла из оперирующего хирурга, ассистента хирурга и операционной сестры.

После обработки операционного поля на уровне заднеподмышечной линии по биссектрисе угла, образованного латеральным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник, и XII ребром, производился разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки длиной не более 1,5 см. Тупым путем разводились мышцы. С помощью ранорасширителей разводились края раны. Перфорировалась поперечная фасция. Тупо разводилась забрюшинная клетчатка. Вскрывалась и подшивалась к краям раны фасция Герота. Затем пальцем формировался максимально возможный промежуток вокруг почки, куда устанавливался баллонный гидродиссектор Цырьяка. После введения гидродиссектора под контролем УЗИ путем нагнетания жидкости в латексный баллон формировалась полость в забрюшинном пространстве в области нижнего полюса левой почки.

После формирования оптического пространства и наложения карбоксиретроперитонеума вводили 10-миллиметровый троакар с телескопом и производили ревизию левой почки и её сосудистой ножки. Инсуфляцией углекислого газа создавалось рабочее пространство в области нижнего полюса левой почки. В последующем под видеоконтролем устанавливались два рабочих троакара 5 и 10 мм каждый.

После создания рабочего пространства и изучения топографической анатомии в забрюшинном пространстве начинали поиск и мобилизацию левой семенной вены (рис.1).

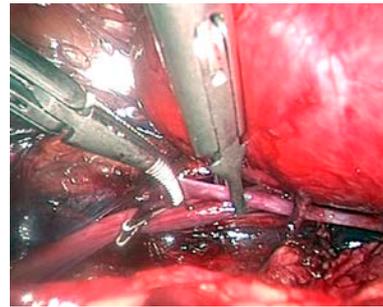


Рис.1. Рабочее пространство в области нижнего полюса левой почки

После установки троакаров с помощью диссектора производилось выделение нижнего полюса левой почки и мобилизация мочеточника. Манипуляции производили двумя руками. Правая рука использовалась для манипуляции диссектором, левой рукой выполнялись пассивные действия (захват, фиксация). С помощью диссектора производилось тупое циркулярное выделение всего сосудистого пучка на протяжении 1,5-2 см до места бифуркации с левой почечной веной. Яичковая вена тщательно дифференцировалась от артерии и лимфатических сосудов (рис. 2).

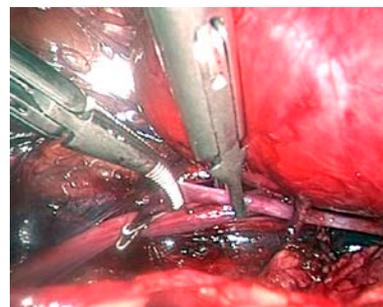


Рис.2. Выделение и клипирование левой семенной вены

Яичковая вена тщательно дифференцировалась от артерии, лимфатических сосудов и после клипирования пересекалась. Затем производилась ревизия забрюшинного пространства и почки в целях исключения кровоточивости и нарушения целостности брюшины. Тщательно проводили ревизию культи вены и поиск коллатералей, которые обраба-

тывались аналогично. Троакары удалялись под оптическим контролем. Необходимости в дренировании не возникало. Доступы ушивались узловыми швами (рис. 3).

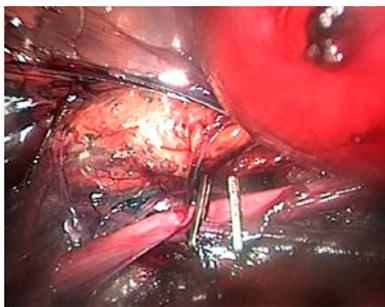


Рис.3. Клипирование и пересечение левой яичковой вены

Непосредственные результаты лечения оценивали на основании пальпаторного обследования, ультрасонографии на 1- и 7-е сутки после операции. Через 6 и 12 месяцев после оперативного лечения производилось исследование эякулята.

Результаты и обсуждение

Продолжительность операции составила 60 мин. Активизация пациентов происходила через 6-8 часов с момента экстубации. Обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками в пределах возрастной дозировки. Восстановление физической активности происходило в среднем на 4-5-е сутки. Ни в одном случае осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах не отмечено.

Результаты лечения больных оценивали на основании осмотра, пальпации, ультрасонографии с доплерографией и показателей спермограммы. Осмотр проводился в первые сутки после операции, а также через 1 и 6 месяцев. В первые сутки после операции при физикальном обследовании у всех пациентов исчезли клинические симптомы варикоцеле. При ультрасонографии с доплерографией признаков обратного сброса крови в гроздевидное сплетение ни у одного из больных также не было выявлено. Кровоток в покое и при выполнении пробы Вальсальвы в грозде-

видном сплетении не определялся ни у одного из пациентов. Диаметр вен варьировал от 2 до 2,6 мм.

При исследовании спермограммы отмечались снижение концентрации сперматозоидов в 1,0 мл (32,8) и их подвижность (в среднем 39,6%) Отмечались также снижение количества нормальных сперматозоидов (49,3%) и увеличение количества патологических форм (49,7%). Качественные показатели спермограммы через 6 и 12 месяцев улучшились по сравнению с дооперационным периодом. Концентрация сперматозоидов в 1,0 мл выросла до 39,7%. Подвижность сперматозоидов увеличилась до 48,5%. Также отмечалась положительная динамика в определении количества нормальных сперматозоидов (54,2%) и снижении патологических форм (41,2%).

Выводы

1. Видеоретроперитонеоскопический метод лечения при рецидивах варикоцеле у детей позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

2. Первичные операции необходимо проводить только после определения гемодинамического типа варикоцеле у детей для профилактики рецидива заболевания.

3. Показаниями к видеоретроперитонеоскопическому методу лечения является гемодинамический тип с клапанной недостаточностью яичковой вены.

4. Противопоказаниями к видеоретроперитонеоскопическому методу лечения являются ранее перенесенные операции на почке и типы гемодинамики, при которых данный метод усугубит венозную гипертензию и приведет к гипертензионной нефропатии.

5. Прекращение патологического кровотока по левой яичковой вене в ближайшем послеоперационном периоде и нормализация показателей спермограммы в отдаленные сроки после оперативного вмешательства являются залогом адекватной и в полном объеме выполненной операции.

Сведения об авторе статьи:

Насыров Айрат Рашитович – аспирант кафедры детской хирургии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8 (347) 229-08-11. E-mail: nasirov66@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахунзянов, А.А. Классификация синдрома варикоцеле у подростков / А.А. Ахунзянов, Н.Р. Акрамов, И.Н. Нурмеев // Казанский медицинский журнал. – 2006. – Т. 87, № 4. – С. 251-253.
2. Варикоцеле в детском возрасте / С.Л. Коварский, Л.Б. Меновщикова, Т.И. Дерунова, Т.А. Скларова // Детская хирургия. – 2008. – № 6. – С. 50-53.
3. Пугачев, А.Г. Детская урология / А.Г.Пугачев. – М., 1009. – 347 с.
4. Видеоэндоскопические операции у больных варикоцеле: обзор литературы / З.А. Кадыров [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 4. – С. 29-35.
5. Выбор метода оперативного лечения рецидивов варикоцеле / Н.И. Тарасов [и др.] // Урология. – 2007. – № 6. – С. 65-69.
6. Дронов, А.Ф. Лапароскопическое лечение рецидива варикоцеле у детей / А.Ф. Дронов // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 1. – С. 45.