

Соблюдение правильной тактики в проведении диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с ОЗМ, возникшей на фоне ДГП, позволяет улучшить эффективность лечения и снизить количество осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев В.В., Ракутин К.В., Беляев Д.В. и др. // Материалы 10 Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 76-77.
2. Горюнов В.Г., Давидов М.И. // Урология. – 1994. – №4. – С.44-48.
3. Поздняков К.В. Острая задержка мочи при доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 164 с.
4. Adel M., Philip T., Matthew F. et al. // Abstracts from the XIIIth Congress of the EAU. – Barcelona, 1998. – P. 620.
5. Brancato T., Alvaro R. // Abstracts from the XIVth Congress of the EAU. Stockholm, 1999. – P. 128.
6. Horgan A., Prasad B., Waldron D. et al. // Brit. J. Urol. – 1992. – V.70, №2. – P.149-51.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ВАРИКОЦЕЛЕ

И.В. Харченко, В.М. Чекмарев, А.Е. Машков

Видновская районная больница, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

В настоящее время демографическая ситуация в России, как и в подавляющем большинстве развитых стран, характеризуется прогрессивным падением рождаемости и высоким уровнем смертности. Помимо комплекса социальных причин, поддерживающих кризисное состояние демографии, огромную роль играет прогрессивное ухудшение состояния репродуктивного здоровья населения. ВОЗ вкладывает в это понятие состояние полного физического, психического и социального благополучия, обеспечивающее возможность вести безопасную и эффективную половую жизнь в сочетании со способностью воспроизводить здоровое потомство в количестве и сроки, определенные самим индивидуумом. А между тем, частота первичного бесплодия в браке продолжает прогрессивно расти. Так, по выборочным данным, бесплодным является каждый 6 брак в России. При этом примерно половина случаев бесплодия причинно обусловлена мужской составляющей.

Одной из наиболее частых причин мужского бесплодия является варикоцеле. Среди страдающих бесплодием число больных с варикоцеле составляет 14-39%.

По данным ВОЗ (1992), варикозное расширение вен гроздевидного сплетения и семенного канатика встречается в мужской популяции в 36% наблюдений. В 40-90% случаев варикоцеле сопровождается нарушением сперматогенеза. Нарушение фертильности у взрослых больных варикоцеле выявлено в 20-83% наблюдений, а среди страдающих бесплодием семейных пар больные варикоцеле составляют от 30 до 40%.

С 2002 по 2006 г. в Видновской районной больнице по поводу варикоцеле оперированы 110 детей в возрасте от 9 до 18 лет (табл. 1). Варикоцеле выявлялось при плановых осмотрах в школах, детской поликлинике. Все больные были обследованы амбулаторно. Проводились следующие исследования: визуальный осмотр, УЗИ мошонки и доплерография гроздевидного сплетения и тестикулярной вены, а с 13-14 лет спермограмма (по информированному согласию родителей).

Основным методом рутинной диагностики варикоцеле у детей является осмотр мошонки в горизонтальном, вертикальном положениях и при пробе Вальсальвы (при натуживании).

При доплерографии вен гроздевидного сплетения и тестикулярной вены определялась скорость венозного кровотока и диаметр сосудов в клиностазе, ортостазе и при пробе Вальсальвы. При УЗИ яичка оценивались размеры, объем и структура тестикул. Анализ эякулята включал в себя определение количественного и качественного морфологического состава сперматозоидов при помощи визуального подсчета в камере Горяева и специальной окраски.

У 96 детей варикоцеле было 2 степени (классификация по Bomalasky M.D. (1993). У 14 детей варикоцеле было 3 степени.

Всем детям выполнялось лапароскопическое клипирование семенных вен и артерий по способу Паломо-Ерохина с оставлением 3-4 лимфатических сосудов, которые хорошо визуализируются при оптическом увеличении. Продолжительность операции составляла от 15 до 70 минут (в начале освоения методики), в среднем – 34,7 минуты.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст				Всего больных
До 12 лет	13-14 лет	15-16 лет	Старше 17 лет	
13 (12%)	32 (29,3%)	41 (37%)	24 (21,7%)	110

У нескольких больных выполнялись симультанные операции:

- лапароскопическое клипирование по Паломо-Ерохину + рассечение спаек брюшной полости – 4 пациента;
- лапароскопическое клипирование по Паломо-Ерохину + коагуляция гемангиомы печени – 1 пациент;
- лапароскопическое клипирование по Паломо-Ерохину + пластика дефекта белой линии (1 пациент), пупочного кольца (3 пациента);
- лапароскопическое клипирование по Паломо-Ерохину + циркумцизия – 3 пациента.

Средний койко-день составил 6,3.

Обезболивание в послеоперационном периоде (при наличии боли) выполнялось нестероидными противовоспалительными анальгетиками, только первые сутки после операции. У всех пациентов заживление ран произошло первичным натяжением с хорошим косметическим эффектом. Швы снимались на 7-8 сутки, как правило, амбулаторно.

В послеоперационном периоде дети с выявленными до операции патологическими изменениями в спермограмме получали курс консервативного лечения по разработанной нами методике, направленной на активацию антиоксидантной системы организма и уменьшение тканевой гипоксии.

В нее входят:

- 1) Применение инфракрасного лазера на область мошонки. Использовался лазерный физиотерапевтический аппарат «Узор», генерирующий низкоинтенсивное лазерное излучение в импульсном режиме с длиной волны 0,8-0,9 мкм и

мощностью 10-100 мВт/см. Длительность терапии составляет 5 минут. Проводилось 10 сеансов, ежедневно.

2) Применение гипербарической оксигенации. Проводилось 10 сеансов, ежедневно, при давлении 2 АТА и продолжительности основного режима 60 минут.

3) Применение комплекса поливитаминов «Аевит».

4) Применение препарата «Спеман». Препарат предназначен для стимуляции сперматогенеза, повышения подвижности сперматозоидов и вязкости спермы.

Такой курс проводился у оперированных больных через 6 месяцев после операции.

Все больные в послеоперационном периоде находились на диспансерном наблюдении у детского хирурга (осмотр больного, данные спермограммы, УЗИ мошонки и доплерография сосудов гроздевидного сплетения 1-2 раза в год). Рецидив варикоцеле возник у 3 больных (2,7%). 2 больных оперированы повторно: у обоих на повторной лапароскопической операции выявлены и клипированы варикозноизмененные сателлитные вены, не замеченные при первой операции. Повторных рецидивов заболевания не было. Одному больному с рецидивом варикоцеле произведена ретроградная флеботестикулография и эндоваскулярная имплантация спирали с целью эмболизации просвета вены, с положительным эффектом.

В 2 (1,8%) случаях был диагностирован лимфостаз в области мошонки слева, который разрешился после проведения консервативного лечения.

При исследовании эякулята (спермограмму до и через полгода после операции сдали 43 больных) получены следующие показатели (табл. 2).

Таблица 2

Показатели эякулята

Показатели спермограммы	До операции (n = 43)	После операции (n = 43)
Количество сперматозоидов, млн в 1 мл	48,3±1,1	54,2±1,4
% активноподвижных	26,6±0,5	43,6±0,8
% слабоподвижных	30,3±0,7	24,1±0,5
% неподвижных	43,1±0,9	32,4±0,8
% патологических	34,0±0,6	32,7±0,7

Достоверное улучшение показателей спермограммы происходило через полгода после проведенной операции и курса консервативной терапии.

В заключение можно сделать следующие выводы.

1. Больные варикоцеле должны обследоваться с применением современных методов диагностики: УЗИ тестикул, доплерографии вен гроздевидного сплетения и тестикулярной вены, исследованием качественного и количественного состава спермы.

2. Операцией выбора является лапароскопическое клипирование по Паломо-Ерохину слева с оставлением 3-4 лимфатических сосудов.

3. Для устранения циркуляторной гипоксии больным в послеоперационном периоде показано проведение курса консервативной терапии, включающей в себя гипербарическую оксигенацию, применение инфракрасного лазера на область мошонки и комплекса поливитаминов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артифексов С.Б. // Урол. нефрол. – 1991. – № 5. – С. 50-52.
2. Даренков И.А. Лапароскопия в хирургическом лечении варикоцеле у детей / Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1996.
3. Долецкий С.Я. Общие вопросы детской хирургии. М., 1984.
4. Ерохин А.П. Варикоцеле у детей (клинико-экспериментальное исследование) / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1979.
5. Лопаткин Н.А., Морозов А.В., Щитникова Л.Н., Черепанова Т.С. // Урол. нефрол. – 1981. – № 5. – С. 3-8.
6. Минаев С.В., Доронин В.Ф. // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии / Материалы II Рос. конгресса детских хирургов. – М., 2003.
7. Минаев С.В., Доронин В.Ф., Павлюк Н.Н. // Хирургия. – 2003. – № 1. – С. 16-18.
8. Мурга В.В. Диагностика и лечение варикоцеле: сравнительная характеристика способов оперативного лечения / Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Тверь, 1995.
9. Поддубный И.В., Даренков А.И., Дронов А.Ф. и др. // Эндоскоп. хир. – 1996. – № 1. – С. 17-19.
10. Поддубный И.В., Дронов А.Ф., Корзникова И.Н. и др. // Детская хир. – 1998. – № 1. – С. 31-35.
11. Степанов В.Н., Мумладзе Р.Б., Кадыров З.А. и др. // Урол. нефрол. – 1997. – № 1. – С. 3-5.
12. Тарусин Д.И., Румяшев А.Г., Аюбян А.С. и др. // Детское здравоохранение России: стратегии развития / Материалы IX съезда педиатров России. – М., 2001. – С. 12-16.
13. Palomo A. // J. Urol. (Baltimore). – 1949. – V.61. – P. 604-607.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО ЛУЧА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В.М. Чекмарев, М.Т. Александров, А.Е. Машков, М.А. Ахмедов, В.В. Осокин
Видновская районная больница, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

До настоящего времени мало изучена проблема применения различных видов лазерного излучения при воспалительных заболеваниях хирургического профиля у детей. Не разработаны методики диагностики, оперативного лечения, техника операций с помощью лазерного скальпеля, показания к операции и ее применения в различные фазы течения хирургической инфекции, методы комплексного применения СО₂-лазерного скальпеля, дозировка низкоинтенсивного лазерного (НИЛ) излучения в зависимости от характера патологии и возраста ребенка, методы контроля за течением воспаления с помощью лазерной биофотометрии (ЛБФМ) и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). В доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы нашли лишь единичные сообщения на эту тему. Исследованиями последних лет доказана безвредность использования лазерного облучения в адекватных дозах [2, 4, 8]. Все вышеизложенное обуславливает необходимость исследований в этом направлении. Эти данные подтверждают хирурги многих регионов России и за рубежом [3, 5, 6, 7].

Нами было обследовано и пролечено 95 детей раннего грудного возраста с хирургической инфекцией, в комплексном лечении которых применялся СО₂-лазерный скальпель ($\lambda=10,6$ мкм), ЛБФМ ($\lambda=0,63$ мкм; $\lambda=0,89$ мкм), ЛДФ ($\lambda=0,63$ мкм), местное НИЛ-воздействие ($\lambda=0,63$ мкм; $\lambda=0,89$ мкм) в дозе 0,25 Дж/см² и 0,01 Дж/см² соответственно. Кроме этого, все больные дети по показаниям получали инфузионно-трансфузионную терапию, симптоматическое лечение, антибиотики, биопрепараты, перевязки.

Обоснованием к применению высокоинтенсивного лазерного излучения в