

ти до перехода в ВС. Изучение ОММ СВС показало скачкообразное увеличение  $\Sigma$ Ссеч. на всем протяжении. После резкого увеличения  $\Sigma$ Ссеч. в области средней трети ЗМЖБ выявлен неравномерный его подъём до впадения в ВС.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что динамика изменений  $\Sigma$ Ссеч. субэпикардальных отделов основных вен системы ВС в подростковом и юношеском возрасте коррелирует с различными уровнями формирования, топографией, а также с вариантами распределения вен, что нашло отражение в особенностях конструкции разработанных ОММ изученных сосудов.

#### ИЗМЕНЕНИЯ СУММАРНОГО СЕЧЕНИЯ СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО РУСЛА СЕРДЦА В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н. В. НЕЙЖМАК, А. А. КОРОБКЕЕВ,  
О. Ю. ЛЕЖНИНА

**Ключевые слова:** венечный синус, распределение вен, суммарное сечение, морфоматематические модели, подростки, юношеский возраст

#### Литература

1. Автандилов, Г. Г. Медицинская морфометрия / Г. Г. Автандилов // М., Медицина, 1990. – 383 с.
2. Коробкеев, А. А. Возрастная характеристика вариантной анатомии кровеносных сосудов сердца / А. А. Коробкеев, В. В. Соколов // – Ставрополь, 2004. – С. 79–96.
3. Коробкеева, Я. А. Морфофункциональная характеристика артериального субэпикардального русла сердца у подростков и юношей (от 12 лет до 21 года) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Я. А. Коробкеева. – Волгоград, 2005. – 23 с.
4. Чазов, Е. И. Обращение к участникам I конгресса ассоциации кардиологов стран СНГ / Е. И. Чазов // Тез., докл. I конгресса ассоц. кардиол. стран СНГ. – М., 1997. – С. 3.

#### CHANGE OF TOTAL CIRCUMCISION OF HUMAN HEART SUBEPICARDIAL VEIN BLOODSTREAM IN ADOLESCENCE AND JUVENILE AGE NEYZHMAK N. V., KOROBKEYEV A. A., LEZHNIINA O. YU.

**Key words:** coronary sinus, ramification of veins, total circumcission, optimal morfomathematical models, adolescences, juvenile age

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 616.681-005.8-053.31

## ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ЖИЗНИ

С. В. Минаев, Ю. Н. Болотов, А. Э. Альберт, Д. А. Прислегина, М. В. Бутко  
Ставропольская государственная медицинская академия

**В**первые перекрут яичка описал Delasiauve в 1840 году. Заворот яичка является самым тяжёлым заболеванием из патологии, входящей в синдром «острой мошонки» [1]. Частота встречаемости этой патологии в урологических стационарах составляет 1 / 500 [2]. До 20 % случаев приходится на детей первых 10 лет жизни и 50 % наблюдений до наступления половой зрелости [4]. Заворот гонады всегда требует экстренного оперативного вмешательства, т.к. уже через 12 часов от начала заболевания происходит некроз пораженного органа. Клиническая картина перекрута яичка зачастую сходна с проявлениями перекрута гидатид, остро-

го орхита, эпидидимита и некоторых других заболеваний [5]. Сложность клинической диагностики перекрута яичка требует от хирурга расширения показаний к оперативной ревизии органов мошонки при малейшем подозрении на это заболевание. После внедрения в клиническую практику доплерографического ультразвукового исследования мошонки появилась возможность объективной диагностики острых хирургических заболеваний яичка [3]. Приведем собственное наблюдение точной дооперационной диагностики перекрута яичка у мальчика раннего возраста, основанной на ультразвуковом доплерографическом исследовании.

Мальчик К., 4 месяцев жизни, поступил в ДХО № 1 краевой детской клинической больницы г. Ставрополя 25.02.2011 с жалобами на беспокойство, увеличение в размерах и покраснение кожи левой половины мошонки. Со слов матери, указанные явления появились утром этого же дня, в связи с чем родители обратились в поликлинику по месту жительства, откуда ребенок был направлен в стационар для обследования и решения вопроса о тактике дальнейшего лечения.

Из анамнеза жизни установлено, что ребенок от 5 беременности (исход предыдущих беременностей – медицинские аборт), протекавшей на фоне гестоза в первой половине и завершившейся срочными родами путем операции кесарева сечения. Масса при рождении – 3270 г, длина – 52 см. Закричал сразу. Выписан из роддома на 6 сутки. Вскармливание естественное. Социальный и генеалогический анамнез не отягощены.

Объективный статус. Состояние при поступлении среднетяжелое, обусловленное болевым синдромом. В сознании, на осмотр реагирует негативно. Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы бледно-розовой окра-

Минаев Сергей Викторович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652) 357870, 357530; e-mail: sminaev@yandex.ru.

Болотов Юрий Николаевич, кандидат медицинских наук ассистент кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652) 357870; e-mail – b-y-n@rambler.ru.

Альберт Анатолий Эрвинович, соискатель кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Ставропольской государственной медицинской академии, врач уролог НПО «Полет», г. Ставрополь; тел.: (8652) 357870.

Прислегина Дарья Александровна, студентка 6 курса педиатрического факультета Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89624487357; 89187532118; e-mail: daria775@rambler.ru.

Бутко Марина Владимировна, студентка 6 курса педиатрического факультета Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89097693697; e-mail: butkomw@mail.ru.

ски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Костно-мышечная система развита соответственно возрасту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно – пуэрильное дыхание. ЧДД 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы, аускультативно тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 128 в 1 минуту. АД – 70/45 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания; при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание и стул не нарушены.

Локальный статус: левая половина мошонки гиперемирована, отечна, на коже участок кровоизлияния, левое яичко увеличено в размерах в 2 раза по сравнению с правым. Яичко плотное, подвижное, подтянуто к корню мошонки. При пальпации резко выражена болевая реакция.

Предварительный диагноз: Перекрут левого яичка? Гематома? Орхоэпидидимит?

По экстренным показаниям выполнено УЗИ органов мошонки: правое яичко – в мошоночной камере, однородной эхоплотности, размером 17,1×8,4 мм, V = 0,85 см<sup>3</sup>, головка придатка – 3,5 мм. Левое яичко также в мошоночной камере, размерами 21,3×2,6×15,2 мм, V = 2,14 см<sup>3</sup>, эхогенность – неоднородная и неравномерная за счет наличия зоны пониженной эхоплотности размером 5,2×4,4×8,8 мм, V = 0,30 см<sup>3</sup>, головка придатка – 4,4 мм, пониженной эхогенности.

При доплеровском сканировании в режиме ЦДК гипозоногенная зона аваскулярна (рис.). ЛСК в артериальном сосуде яичка 13,7 см/сек (N – 4-6 см/сек), IR 1,0 (N – 0,65-0,66). Жидкость в мошоночной камере не определяется.

ОАК при поступлении: эритроциты  $5,17 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 135 г/л, лейкоциты  $17,4 \times 10^9/л$ , эозинофилы 0,

нейтрофилы палочкоядерные 4 %, сегментоядерные 42 %, лимфоциты 46 %, моноциты 8 %, СОЭ 3 мм/ч.

Наличие у больного подозрения на перекрут левого яичка с учетом данных УЗИ (аваскулярная зона) являлось показанием к экстренному оперативному вмешательству.

Под масочным ингаляционным наркозом разрезом длиной 2 см в левой половине мошонки послойно рассечены оболочки яичка, при этом выделилось скудное количество геморрагического экссудата. В рану выведено яичко с придатком, последнее темно-синего цвета, с перекрутом вокруг семенного канатика на 360°. Произведено устранение перекрута яичка с блокадой семенного канатика 3 мл 0,25 % раствора новокаина и 0,1 мл 2 % раствора трентала. Выполнено согревание яичка. Существенного изменения цвета придатка не произошло, яичко незначительно посветлело. С учетом данных УЗИ и макроскопической оценки, а также сроков заболевания решено выполнить операцию Пулатова. Сформировано ложе для яичка под кожей мошонки с дополнительным разрезом для визуализации яичка и дренирования ложа резиновым выпускником. Основная рана ушита, на кожу наложены кетгутовые швы и асептическая повязка.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (хемомицин 80 мг 1 раз в сутки per os № 5, затем цефотаксим 350 мг в/м 2 раза в сутки № 5), патогенетическая терапия (трентал 100 мг по 1/4 таблетки 2 раза в сутки № 10), дополнительное лечение (линекс по 1 капсуле 3 раза в сутки № 10).

Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны шло первичным натяжением. Кожа мошонки приобрела нормальную окраску. В ходе визуального наблюдения и УЗИ контроля яичко признано жизнеспособным. Резиновый выпускник удален на 7 сутки после операции.

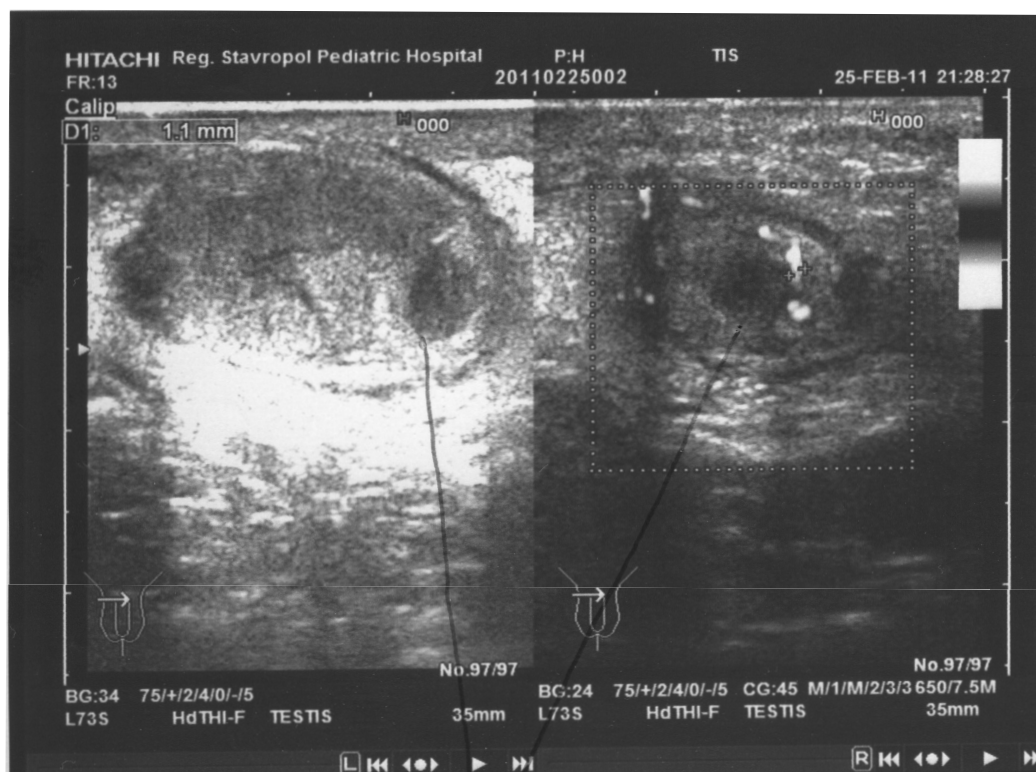


Рис. Больной К., 4 мес. Диагноз: перекрут левого яичка. УЗИ. Анохогенная васкулярная зона в паренхиме левого яичка (указана стрелкой)

При выписке жалоб нет. Локально мошонка не увеличена в размерах, симметрична. Кожа обычной окраски, слева – свежий послеоперационный рубец длиной 2 см. При пальпации яички мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Выписан из отделения в удовлетворительном состоянии под наблюдение детского хирурга и детского уролога-андролога поликлиники.

Наблюдение показывает высокую информативность УЗИ – органов мошонки при перекруте яичка у ребенка в грудном возрасте, которая в нашем случае позволила выбрать адекватную тактику лечения и сохранить пациенту гонаду.

### Литература

1. Костенко, А.А. Ущемление яичка в паховом канале у новорожденного с крипторхизмом / А.А. Костенко, И.П. Аврамченко, Н.П. Годова

### ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ЖИЗНИ

С. В. МИНАЕВ, Ю. Н. БОЛОТОВ, А. Э. АЛЬБЕРТ, Д. А. ПРИСЛЕГИНА, М. В. БУТКО

Приводится описание клинической картины заворота левого яичка у мальчика 4 месяцев жизни. Описана УЗИ картина данной патологии у грудного ребенка. Выбранная тактика дальнейшего лечения позволила сохранить перекрученную гонаду.

**Ключевые слова:** перекрут яичка, ребенок, УЗИ

[и др.] // Детская хирургия. – 2006. – № 4. – С. 58.

2. Пулатов, А.Т. О консервативном расправлении перекрута яичка у детей / А.Т. Пулатов, О.В. Карасева, И.В. Медведев // Детская хирургия. – 2004. – № 2. – С. 6-9.
3. Geiger, J. The fountain sign: a novel color Doppler sonographic finding for the diagnosis of acute idiopathic scrotal edema / J. Geiger, M. Epelman, K. Darge // J. Ultrasound Med. – 2010. – Vol.29, № 8. – P. 1233-1237.
4. Roth, C.C. Salvage of bilateral asynchronous perinatal testicular torsion / C.C. Roth, G.C. Mingin, J. Ortenberg // J. Urol. – 2011. – Vol.185 (6 Suppl). – P. 2464-2468.
5. Yang, C.Jr. Acute scrotum in children: an 18-year retrospective study / C.Jr. Yang, B. Song, X. Liu [et al.] // Pediatr Emerg Care. – 2011. – Vol.27, № 4. – P. 270-274.

### THE TORSION OF TESTIS IN 1 YEAR OLD INFANT

MINAEV S. V., BOLOTOV YU. N., ALBERT A. E., PRISLEGINA D. A., BUTKO M. V.

The clinical case of acute scrotum in 4<sup>th</sup> months old boy was presented. Color Doppler sonographic finding for the diagnosis of the torsion of testis was described for infant. The assessment of treatment was successful.

**Key words:** torsion of testis, child, Doppler sonography

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 616.131-005.755(048)

## ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПЕРИОДА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

А. А. Ермолаев<sup>1,2,3</sup>, Н. Ф. Плавун<sup>2</sup>, Е. А. Спиридонова<sup>3,4,5</sup>, Л. Л. Стажадзе<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Поликлиника № 1 управления делами Президента Российской Федерации, Москва

<sup>2</sup> Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова департамента здравоохранения города Москвы

<sup>3</sup> Учебно-научный медицинский центр управления делами Президента Российской Федерации, Москва

<sup>4</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет

<sup>5</sup> Центр детской гематологии, онкологии и иммунологии, Москва

Ермолаев Андрей Александрович, врач анестезиолог-реаниматолог отделения скорой медицинской помощи ФГУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ, врач СМП подстанции 24 ГБУ ССНМП им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения г. Москвы, соискатель кафедры СМП ИТ ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ, тел.: 89055485247; e-mail: ermolaev5000@rambler.ru.

Плавун Николай Филиппович, доктор медицинских наук, главный врач ГБУ СС и НМП им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения г. Москвы; тел.: (495) 6329670; e-mail: mos03@mosgorzdrav.ru.

Спиридонова Елена Александровна, доктор медицинских наук, заведующий координации и планирования НИР ФГУ ФНКЦ ДГОИ, профессор кафедры анестезиологии – реаниматологии МГМСУ, доцент кафедры СМП ИТ ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ; тел.: 89104782285; e-mail: spiridonova.e.a@gmail.com.

Стажадзе Леван Лонгинович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой СМП ИТ ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ; тел.: (495) 6286836; e-mail: stazhadze@mail.ru.

**А**ктуальность проблемы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) обусловлена не только тяжестью течения, распространенностью и высокой летальностью, но и трудностями ее своевременной диагностики из-за полиморфизма клиники острого периода [16, 28, 47]. Имеются многочисленные свидетельства о том, что среди умерших от ТЭЛА при жизни предположительный диагноз эмболии устанавливается только в 30–70 % случаев [21]. К сожалению, хорошо известен и тот факт, что первым клиническим проявлением эмболии является внезапная смерть больного (до 25 % случаев) [38, 45]. Вместе с тем, аналитические ретроспективные исследования утверждают, что более чем 50 % смертельных случаев потенциально предотвратимы за счет использования этапных диагностических протоколов выявления факторов риска в преморбидном и остром периодах течения заболевания [36].