

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ДЕВОЧКИ С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

А.И. Бахтиярова, А.К. Закиров

**Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Российская Федерация**

Одним из заболеваний, приводящих к нарушению формирования пола, является врожденная дисфункция коры надпочечников. У детей женского пола данное состояние сопровождается формированием уrogenитального синуса с вирилизацией или без неё и клоакальных аномалий, которое в большинстве случаев требует хирургической реконструкции. Новым направлением в хирургическом лечении данной патологии является сохранение пациенткам чувствительности клитора, за счет чего появляется возможность достижения ими оргазма, влияющего не только на биологические процессы, но и на психологическую и социальную адаптацию.

Под нашим наблюдением находилась девочка 8 лет с врожденной дисфункцией коры надпочечников, сольтерющей формы с вирилизацией 4 степени по Prader. Впервые родители девочки обратились в клинику с жалобами на «непонятный пол ребенка» в возрасте 4 лет. После клинического обследования, включающего кариотипирование, определение гормонального статуса, рентгенологических и эндоскопических методов исследования, был выставлен диагноз «Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтерющая форма, уrogenитальный синус». В условиях эндокринологического отделения была определена терапия, корригирующая гормональный дисбаланс. В рекомендациях было указано на необходимость хирургической реконструкции наружных половых органов, но на повторное плановое лечение ребенок госпитализирован лишь в 8 лет, когда повторно у родителей и что немаловажно у одноклассников девочки возник вопрос: «Каков истинный пол ребенка?». Внешний вид девочки при осмотре: телосложение по мужскому типу, широкоплечее, короткие конечности, гипертрофия мышечной и костной ткани, признаки вирильного гипертрихоза, половые губы представлены недоразвитой мошонкой, длина клитора 4 см. Для определения формы и размеров уrogenитального синуса интраоперационно было выполнено эндоскопическое исследование мочеполовой системы, по результатам которого определена схема оперативного вмешательства. Первым этапом проводилась резекция кавернозных тел с сохранением головки клитора, дорзального сосудисто-нервного пучка, уретральной пластинки и пластика малых половых губ. Вторым этапом были выполнены уретропластика и вагинопластика. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. При выписке из стационара тактильная чувствительность клитора сохранена, мочеиспускание свободное, не затруднено, диаметр влагалища в пределах возрастных норм.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМУ ЯИЧКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.В. Бороздина, Г.В. Ширшова

**Пермская государственная медицинская академия,
Пермь, Российская Федерация**

Часто причиной нарушения репродуктивной функции у мужчин в зрелом возрасте являются острые заболевания органов мошонки, перенесенные в детстве. Несмотря на активную тактику детских хирургов при острых заболеваниях органов мошонки, в том числе при травме яичек, по-прежнему остается высоким риск осложнений.

Цель работы: оценка результатов лечения травматических повреждений яичка у детей для выявления эффективных мер профилактики нарушений фертильности у мужчин в зрелом возрасте.

Проведен анализ 30 историй болезней детей с травмой мошонки и её органов, пролеченных в клинике детской хирургии г. Перми в течение последних пяти лет, проведен осмотр этих детей в срок от 1 до 4 лет после перенесенной травмы.

Установлено, что при изолированном повреждении мошонки и при ушибе яичка применялась консервативная терапия: холод в первые сутки, возвышенное положение таза, аппликации димексида, магнит. При наличии гематомы паренхимы яичка и гематомы в области мошонки проводилось вскрытие и дренирование гематомы. Во всех случаях разрыва яичка удалось ушить дефект белой оболочки.

В катамнезе помимо клинического обследования мы использовали ультразвуковое исследование и доплерокартирование органов мошонки.

С помощью доплера регистрировали нарушение кровотока как на стороне повреждения, так и со стороны контрлатерального яичка.

Мы выявили зависимость исхода травмы яичка от возраста, в котором было повреждение, характера травмы, сроков и тактики проводимой терапии.

В группе детей, получивших травму в возрасте до 8 - 9 лет, результаты лечения лучше, у подростков повреждения имели большие последствия.

Лучшими были результаты у детей, прооперированных в ранние сроки после получения травмы. В группе детей, получивших консервативную терапию, в отдаленные сроки в двух случаях наблюдали атрофию яичка, в других – изменение размеров и консистенции яичка.

Таким образом, исход травмы наиболее благоприятен при выполнении раннего оперативного вмешательства, направленного, прежде всего, на декомпрессию яичка. Необходимо расширение консервативной терапии в раннем послеоперационном периоде с включением препаратов, улучшающих микроциркуляцию в зоне повреждения (вазодилататоры, дезагреганты, антикоагулянты, антиоксиданты) и оказывающих противовоспалительное действие (антибиотики и нестероидные противовоспалительные средства). Соблюдение принципов комплексной терапии, а так же профилактика детского травматизма позволят снизить вероятность нарушений фертильности в отдаленные сроки.