

А.В. Максимов

СКРОТОСКОПИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Разработка и внедрение в практику нового малоинвазивного метода диагностики и оперативного лечения при острых заболеваниях органов мошонки у детей.

Материалы и методы. В основу исследования положен опыт диагностики, лечения и изучения исходов у 16 больных в возрасте от 4 до 15 лет с диагнозом: синдром отечной мошонки.

Выводы. Предлагаемая методика скротоскопии позволяет выполнить все необходимые диагностические и лечебные манипуляции для ликвидации заболевания с минимальной травматизацией, что улучшит качество проводимого лечения.

Ключевые слова: синдром отечной мошонки, гидатида Морганьи, эндоскопия, скротоскопия.

The purpose of research. Development and introduction in practice of new smallinvasive method of diagnostics and operative treatment at sharp diseases of scrotum in children.

Materials and methods. Experience of diagnostics, treatment and studying of outcomes is put into basis of research in 16 patients in the age of from 4 till 15 years with the diagnosis: a syndrome of hydropic scrotum.

Conclusions. The offered technique of scrotoscopy allows to execute all necessary diagnostic and medical manipulations for liquidation of disease with minimal traumatisation, that will improve quality of treatment.

Keywords: a syndrome of hydropic scrotum, Morgagni hydatid, endoscopy, scrotoscopy.

В последнее время детскими хирургами уделяется пристальное внимание острым заболеваниям органов мошонки у детей. Это связано с тем, что трудность дифференциальной диагностики данных патологических состояний, ограниченность во времени, невозможность своевременной консультации детского уролога зачастую приводят к выбору неправильной тактики лечения больных, что приводит к тяжелым, а порой и к непоправимым осложнениям. [1,4,7].

Данные жалоб, анамнеза, общего и локального осмотра, выполненные инструментальные исследования (УЗИ мошонки, диафаноскопия) не всегда могут позволить точно установить диагноз при синдроме отечной мошонки: перекрут гидатиды или перекрут самого яичка, неспецифический орхит или орхитидидимит [3,5]. С диагностической и лечебной целью приходится проводить скрототомию и ревизию органов мошонки, что не всегда оправдано при катаральных орхитах и орхитидидимитах.

Предлагаемый нами метод эндоскопического исследования органов мошонки – скротоскопия позволяет с минимальной травматизацией получить наиболее информативную и достоверную визуальную картину патологического процесса. Дополнив скротоскопическое исследование эндоскопическими манипуляциями, можно выполнить оперативное лечение при некоторых патологических состояниях.

МАКСИМОВ Александр Васильевич – детский хирург-уролог ПЦ РБ №1-НЦМ.

Материалы и методы

За период с сентября 2006 по февраль 2008 г. нами проведено 16 скротоскопий пациентам в возрасте от 4 до 15 лет с синдромом отечной мошонки.

Описание метода: под масочным или внутривенным наркозом в положении больного на спине производится небольшой (3-5 мм) линейный разрез кожи мошонки и оболочек по передней поверхности до появления экссудативной жидкости. В образовавшееся отверстие в полость мошонки погружают цистоскоп Karl Storz 10 Ch (в диаметре 3,5 мм), подключенный к системе инсуффляции углекислого газа (система видеолароскопического оборудования). На оболочки мошонки вокруг цистоскопа накладывается кисетный шов (Safil 4/0) для создания герметичности. Включается подача углекислого газа до 12 мм рт.ст. Создавшееся при этом пространство в полости мошонки позволяет посредством оптической системы цистоскопа провести визуальный осмотр органов мошонки (яичко, придаток, подвески яичка и придатка), установить точный диагноз и провести необходимые лечебные манипуляции. При наличии перекрученной гидатиды Морганьи – рудиментарного остатка парамезонефрального протока, посредством крючка-электрода для электрокоагуляции и щипцов, установленных через рабочий канал цистоскопа, выполняется гидатидэктомия. Далее – через мочеточниковый катетер диаметром 1 мм производится туалет антисептическими растворами, введение антибиотиков в полость мошонки и удаление цистоскопа с ушиванием раны

наглухо или с оставлением дренажной системы при катаральных воспалениях яичка и придатка. При обнаружении перекрута яичка, гнойно-деструктивного орхитидидимита выполняется скрототомия с последующей ревизией и оценкой жизнеспособности органов мошонки. Данная методика заявлена на получение патента РФ, регистрационный номер 2007108474.

Результаты и обсуждение

Из 16 проведенных нами скротоскопий первые две операции носили исключительно пробный характер: определялась техническая возможность выполнения скротоскопии, были установлены параметры работы системы видеолароскопического оборудования (освещенность, необходимое давление инсуффляции газа), проверялась осуществимость манипуляций в полости мошонки инструментами (щипцами, электродами), были определены точки установки эндоскопа.

В процессе скротоскопии у обоих больных диагностированы перекрут и некроз гидатиды яичка, что и явилось причиной возникновения заболевания. Выполненная открытая ревизия органов мошонки подтвердила диагностическую находку: в обоих случаях кроме перекрута гидатиды Морганьи (рис.1) патологических процессов в полости мошонки не обнаружено, что доказало достоверность проведенной эндодиагностики. Последующая открытая скрототомия произведена этим больным с лечебной целью – удаление гидатиды. Убедившись в технической возможности выполнения скротоскопических манипуляций, в дальнейшем при обнаружении перекрученной ги-

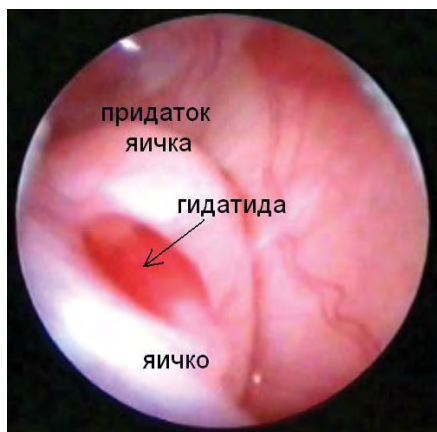


Рис.1. Перекрут гидатиды Морганьи левого яичка

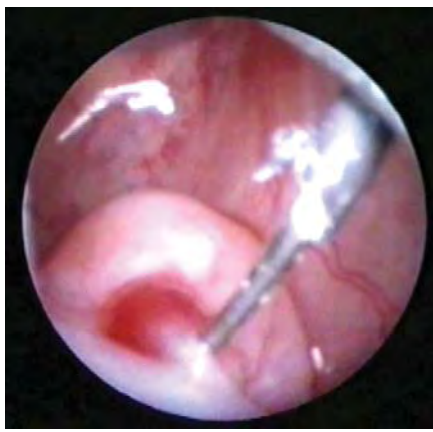


Рис.2. Гидатидэктомия электродом-крючком



Рис.3. Удаление гидатиды эндощипцами

диды Морганьи мы пользовались эндохирургическим инструментарием: электродом-крючком для коагуляции и эндощипцами. Для более полной ревизии яичка и его придатка выполнялось пальпаторное пособие: оператор свободной рукой через мошонку разворачивает яичко в наиболее выгодное для осмотра положение. При необходимости в гидатидэктомии электрод-крючок вводился в полость мошонки через рабочий канал цистоскопа или через инъекционную иглу с просветом 1,2 мм, введенную в полость мошонки в бессосудистой зоне под эндовидеоконтролем (рис.2). Последний способ более предпочтителен, так как появляется большая свобода в манипуляциях электродом.

После введения крючка инъекционная игла удалялась из полости мошонки для избежания травматизации. Электрокоагуляцией в режиме резки перекрученная ножка гидатиды пересекалась. Санация полости раствором антисептика (водный р-р хлоргексидина 0,02% 3-5 мл) производилась мочеточниковым катетером, введенным в полость мошонки через рабочий канал цистоскопа.

Удаление гидатиды Морганьи посредством эндощипцов, введенных через рабочий канал, не представляло технических трудностей: отсеченный орган захватывался щипцами и цистоскоп извлекался вместе с материалом из полости мошонки (рис 3). Операции завершались введением в полость мошонки 1,0 мл р-ра диксина (антибиотик широкого спектра для применения в серозных полостях) и

последующим ушиванием раны наглухо. Интраоперационных осложнений не было, видимых кровотечений из зоны оперативного интереса не отмечалось. Самопроизвольные выпадения цистоскопа из полости мошонки, удлинявшие время операции, устранены путем плотного насаживания на дистальный отдел цистоскопа резинового кольца соответствующего диаметра. Продолжительность операции составляла в среднем 20 мин. В послеоперационном периоде на 1-е сутки имелся незначительный локальный отек оболочек яичка в месте операционной травмы, там же слабая болезненность при контрольной пальпации. Эти явления регрессировали со вторых суток и к концу недели исчезали. Послеоперационное консервативное лечение включало антибиотик – цефазолин парентерально в возрастной дозировке, физиолечение – УВЧ на область мошонки 2-3 сеанса и местное лечение – суспензорий с мазью Вишневского – и ничем от принятой тактики послеоперационного лечения таких больных не отличалось. Дальнейшее динамическое наблюдение за больными показало отсутствие болевого и отека синдромов. Больные выписывались на 5-е – 7-е сутки с выздоровлением.

Выводы

Предлагаемая методика диагностической и лечебной скротоскопии позволит выполнить все необходимые лечебные манипуляции для ликвидации заболевания, что несомненно улучшит качество проводимого лечения. С точки зрения операционной травмы скро-

томия аналогична лапаротомии, а скротоскопия есть подобие лапароскопии со всеми вытекающими отсюда преимуществами. В полости мошонки после перенесенной открытой ревизии образуется спаечный процесс той или иной степени выраженности с вовлечением в него органов мошонки. Спаечный процесс на уровне извитых канальцев придатка грозит обернуться в последующем для больного непроходимостью и бесплодием. Эндоскопический метод оперативного лечения и диагностики острых заболеваний органов мошонки у детей позволит избежать такого рода осложнений.

Литература

1. **Абоев З.А.** Острые заболевания органов мошонки. Клиника, диагностика и лечение: автореф. дис... канд. мед. наук / З.А. Абоев. - М., 2001.
2. **Арбулиев М.Г.** Выбор метода лечения больных с острыми воспалительными заболеваниями придатка и яичка / М.Г. Арбулиев, А.Р. Гасанов // Южно-Российский медицинский журнал. – 2001. – № 3–4.
3. **Баиров Г.А.** Неотложная урология детского возраста. / Г.А. Баиров, И.Б.Осипов. - СПб.: Питер, 2000.
4. **Бучуменский В. Б.** Перекрут гидатиды Морганьи / В. Б. Бучуменский // Урология и нефрология. 1990. – №1. – С. 64-65.
5. **Игнашин Н.С.** Ультразвуковая диагностика заболеваний органов мошонки / Н.С. Игнашин // Ультрасонография в диагностике и лечении урологических заболеваний. – М.: Видар, 1997.
6. **Момотов А. Г.** Синдром отека мошонки у детей / А. Г. Момотов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1994. – №7-12. – С. 80-83.
7. **Острые заболевания органов мошонки у детей / Я.Б. Юдин [и др.].** -М.: Медицина, 1987. – С. 144.