

© R.Z.Tandilava, Z.R.Tandilava, 2007

Р.З.Тандилава, З.Р.Тандилава

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИПТОРХИЗМА У ДЕТЕЙ

*Департамент хирургии государственного университета Шота Руставели
Республиканский центр охраны материнства и детства
Батуми, Грузия*

АБСТРАКТ

Авторами анализируется 15 летний опыт хирургического лечения крипторхизма у детей. Описан способ фиксации яичка в мошонке, примененный у более 600 детей. Отдаленные результаты изучены у 160 пациентов. Сделаны соответствующие выводы. Подтверждена целесообразность раннего оперативного лечения всех форм крипторхизма.

Ключевые слова:

крипторхизм, детская хирургия, хирургическое лечение, бесплодие, атрофия яичка, орхиопексия, репродуктивная функция яичек.

Крипторхизм относится к распространенным аномалиям полового развития. Частота его в популяции составляет 1-4%. Сопровождаясь морфо-функциональными нарушениями половых желез, заболевание приводит к гипогонадизму, бесплодию и импотенции. Неопустившееся яичко, особенно в случаях интраабдоминального расположения, подвержено опухолевому превращению.

Большинство хирургов считают, что наиболее благоприятные сроки операции у детей в возрасте до 3-х лет, пока не произошли заметные дегенеративные изменения тестикул. Своевременное низведение их в мошонку создает благоприятные условия для развития. Заподздалая операция далеко не всегда оказывается эффективной, поскольку поврежденные тестикулярные структуры у части больных навсегда утрачивают свою функцию, у других - восстановление бывает неполным и происходит за счет компенсаторной гипертрофии сохранившихся морфологических структур. С течением времени существенно изменился характер хирургических вмешательств. На смену травматических операции пришли новые, более деликатные методы. Принято считать, что основным этапом хирургического лечения крипторхизма являются различные способы фиксации гонады. Однако, при орхиопексии очень опасна тракция за элементы семенного канатика, так как это ведет к натяжению тестикулярных сосудов, механическому сужению и рефлекторному спазму артерии и вен яичка. Также неприемлемо вывихивание органа из собственной влажной оболочки для проведения лигатуры за обнаженную нижнюю связку придатка или белочную оболочку с целью фиксации яичка в мошонке или к бедру. Это вызывает в послеоперационном периоде грубые сращения семенного канатика и яичка, дискомфорт гонады, необратимые изменения герминативного эпителия, ведет к атрофии яичка, к нарушению его репродуктивной функции.

В клинике хирургии детского возраста на базе республиканского центра охраны материнства и детства г. Батуми для хирургического лечения крипторхизма с 1992 применяется модифицированный способ Петривальского-Шумакара. Оперировано более 600 детей в возрасте от 2-х до 15 лет. Для достижения физиологических условий жизнедеятельности яичка после его низведения в мошонку и улучшения результатов оператив-

ной коррекции крипторхизма, нами выделены два этапа применяемой операции - мобилизация семенного канатика и фиксация гонады после низведения в мошонку. При выполнении первого этапа разрезом по кожной складке в паховой области обнажают апоневроз наружной косой мышцы живота, рассекают переднюю стенку пахового канала. Яичко, семенной канатик и вагинальный отросток брюшины выделяют единым блоком. Элементы семенного канатика отделяют тупым путем на ограниченном участке вагинального отростка брюшины на уровне глубокого пахового кольца. Вагинальный отросток брюшины прошивают, перевязывают, пересекают, обязательно сохраняя оболочки яичка, оставляя их дистальную часть. Мобилизуют сосудисто-нервный пучок и семявыносящий проток путем их широкой препарации в забрюшинном пространстве по направлению к почке и задней стенке мочевого пузыря. При необходимости рассекают поперечную фасцию, перевязывают нижние эпигастральные сосуды. Такими усилиями удается значительно сократить путь к мошонке и низвести яичко без натяжения семенного канатика.

Для выполнения второго этапа операции туннелизируют мошонку указательным пальцем, проведенным со стороны паховой раны. Разрезом кожи мошонки в горизонтальном направлении формируют ложе между кожей и мясистой оболочкой (fascia dartos). На самой мясистой оболочке производят небольшой разрез. Нежно растягивая отверстие, яичко перемещают в предуготованное место за остатки гунтерова тяжа хирургическим зажимом. Оболочки яичка за остатки гунтерова тяжа прошивают атрауматической иглой, узловым капроновым швом фиксируют, вдалеке от отверстия, к мясистой оболочке. Кожу мошонки ушивают отдельными кетгутовыми швами. Восстанавливают целостность пахового канала капроновыми швами без какой-либо дополнительной пластики. Швы на кожу.

Отдаленные результаты хирургического лечения крипторхизма описанным способом изучены у 160 детей. Для сравнения отдаленные результаты удалось изучить у 90 больных, оперированных по методу Соколова. Результаты лечения в сравниваемых группах просмотрены через 3-10 лет после операции. Для их оценки использовались данные ультразвукового исследования (УЗИ). Эхолокацию проводили цветным доплеровским сканером ATL Ultramark 9 HDI, определяли размеры (длину, ширину, толщину), объем железы и консистенцию железы, положение по отношению к мошонке.

Contact Information:

Dr. Rene Tandilava

E-Mail: dr.rene-geo@mail.ru

Таблица.

Отдаленные результаты хирургического лечения крипторхизма у детей

| Возраст больных | Результаты операций | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|-------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------|---------------------------|
| | Метод Соколова | | | | Модифицированный способ | | | |
| | Число больных | Хорошие | Удовлетво- рительные | Неудовлетво- рительные | Число больных | Хорошие | Удовлетво- рительные | Неудовлетво- рительные |
| до 3-х лет | 7 | 3 (42,86%) | 4 (57,14%) | - | 21 | 18 (85,74%) | 3 (14,29%) | - |
| 4-6 лет | 29 | 13 (44,83%) | 15 (51,72%) | 1 (3,45%) | 54 | 38 (70,37%) | 16 (29,63%) | - |
| 7-10 лет | 22 | 7 (31,82%) | 11 (50,00%) | 4 (18,18%) | 51 | 26 (50,98%) | 25 (49,02%) | - |
| 11-15 лет | 32 | 9 (28,12%) | 17 (53,13%) | 6 (18,75%) | 34 | 16 (47,06%) | 17 (50,00%) | 1 (2,94%) |
| Всего | 90 | 32 (35,56%) | 47 (52,22%) | 11 (12,22%) | 160 | 98 (61,25%) | 61 (38,12%) | 1 (0,63%) |

Из 90 детей, оперированных по методу Соколова, 58 страдало правосторонним, 19 - левосторонним, 13 - двусторонним крипторхизмом. Из 160 пациентов, оперированных по описанной методике, 82 страдали правосторонним, 64 - левосторонним, 14 - двусторонним крипторхизмом.

Наш 15 летний опыт хирургического лечения крипторхизма по модифицированному способу подтверждает целесообразность раннего оперативного вмешательства (до 3-х лет) и позволяет сделать следующие выводы:

1. элементы семенного канатика нужно широко, тщательно и атравматично препаровать в забрюшинном пространстве максимально по направлению к почке и задней стенке мочевого пузыря, при необходимости - рассечь поперечную фасцию, перевязать нижние эпигастральные сосуды, что значительно сокращает путь миграции яичка в мошонку, сводит до минимума значимость того или иного метода орхиопексии;

2. обязательным является сохранение дистальной части пересеченного вагинального отростка без выворачивания оболочек яичка и семенного канатика, что способствует созданию оптимального температурного режима и предотвращает грубые сращения;

3. в мошонке яичко следует фиксировать к мясистой

оболочке в предуготованном ложе за остатки гунтерова тяжа, что исключает тракцию элементов семенного канатика, вытяжение яичка и не нарушает кровообращение;

4. целостность пахового канала необходимо восстановить без дополнительной пластики.

Следует подчеркнуть, что все оперированные больные нуждаются в наблюдении детского эндокринолога с целью решения вопроса проведения гормональной терапии для закрепления эффекта, достигнутый оперативным вмешательством, также стимуляции и поддержания репродуктивной функции полового органа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. -- Санкт-Петербург, Пит-Тал. -- 1997. Т. 2. С. 280-287.
2. Окулов А.Б., Касаткина Э.П., Матковская А.Н., Кондаков В.Т. Диагностика и лечение крипторхизма у детей. Методические рекомендации. -- Москва -- 1990. 28 с.
3. Benson C.D., Lotfi M. W. The pouch technique in the surgical correction of cryptorchidism in infants and children. *Surgeri* -- 1967. Vol. 62. P. 967-973.
4. De Netto N.F.O., Goldberg H.M. A method of orchidopexy. *Surg. Gynecol. Obstet.* -- 1964. Vol. 118. P. 840-842.
5. Miller H.C. Transseptal orchidopexy for cryptorchidism. *J. Urol.* -- 1967. Vol. 98. P. 503-505.

R.Z.Tandilava, Z.R.Tandilava

SURGICAL TREATMENT OF CRYPTORCHIDISM AT CHILDREN

*Department of surgery of state university Shota Rustaveli
The republican center of protection of motherhood and the childhood
Batumi, Georgia*

ABSTRACT:

The authors have analysed 15 years experience of surgical treatment cryptorchidism at children. The way of fixation of the testicle in cryptorchidism is described. Applied at more than 600 children. The remote results are studied at 160 patients. Are drawn corresponding conclusions. It is confirmed expediency of early operative treatment of all forms cryptorchidism.

Key words:

cryptorchidism, children's surgery, surgical treatment, barrenness, atrophy testicle, orchioepexie, reproductive function of the testicle.