

вый флеболитиаз с болями в области таза. Флеболит, или венный камень, образуется вследствие прорастания тромба (сгустка крови) соединительной тканью и отложения в нем солей извести при тромбофлебите (чаще на фоне варикозного расширения вен). Тазовые флеболиты обычно встречаются при рентгенографии и компьютерной томографии. Носительство флеболитов чаще всего протекает бессимптомно и не требует лечения. Вместе с тем их наличие указывает на венозное полнокровие органов малого таза.

Материалы и методы исследования. С 20.07.2015 по 15.02.2019 было обследовано 192 пациента с двусторонним варикоцеле, варикозной болезнью вен органов малого таза и May-Thurner syndrome. Диагноз варикоцеле был верифицирован по данным осмотра и подтвержден скротальной доплероэхографией и термографией (с апреля 2017 г.). Диагноз варикозной болезни вен органов малого таза был верифицирован при помощи ТРУЗИ с использованием критериев — расширение вен парапростатического сплетения более 5 мм и/или наличие рефлюкса кровотока при пробе Valsalva при ТРУЗИ. May-Thurner syndrome, Nutcracker syndrome и Posterior nutcracker syndrome были верифицированы по данным МРТ нижней полой вены и сосудов малого таза и у части больных были подтверждены результатами флебографии и флеботонометрии. Рентгеновская визуализация таза при проведении динамической фармакокавернозографии ($n = 37$) и флебографии ($n = 54$) была выполнена 73 пациентам.

Результаты исследования. Возраст пациентов колебался от 17 до 69 лет и в среднем составлял 34 года. Сочетание May-Thurner syndrome

и Nutcracker syndrome было выявлено у 56 пациентов (29,2 % случаев). Сочетание May-Thurner syndrome и Posterior nutcracker syndrome было обнаружено у 5 (2,6 % случаев) из 192 больных. Тазовые флеболиты были выявлены у 56 пациентов (76,7 % случаев). У 17 (23,3 %) больных тазовые флеболиты были с правой стороны, диаметром от 1,5 до 8,6 мм (в среднем 4 мм). У 39 (53,4 %) больных тазовые флеболиты были с левой стороны, диаметром от 1,6 до 11,9 мм (в среднем 4,4 мм). Тазовые флеболиты с обеих сторон зарегистрированы у 8 пациентов (11 % случаев).

Обсуждение. Тазовые флеболиты считаются случайной находкой и вызывают интерес только при дифференциальной диагностике уретеролитиаза. Осмысление причин тазового флеболитиаза приводит к диагнозу варикозной болезни органов малого таза. Преимущественно левосторонняя локализация тазовых флеболитов и их больший размер по сравнению с правой стороной обусловлены, по всей видимости, левосторонней локализацией как компрессии левой общей подвздошной вены (May-Thurner syndrome), так и компрессией левой почечной вены (Nutcracker syndrome), являющихся причиной венозного полнокровия органов малого таза.

Выводы. Наличие тазовых флеболитов указывает на перенесенные ранее тромбозы тазовых вен вследствие варикозной болезни вен органов малого таза. Клинически ретроспективно это могло проявляться симптомами обострения хронического простатита. При обнаружении тазовых флеболитов целесообразно проводить диагностику варикозной болезни вен органов малого таза, варикоцеле и артериовенозных конфликтов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННЕЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМАМИ РЕТЕНЦИИ ГОНАД

© *В.Н. Карташев^{1, 2}, Г.Н. Румянцева¹, А.А. Юсуфов^{1, 2}, В.Н. Кузнецов^{1, 2}*

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Тверь);

² ГБУЗ ТО «Детская городская клиническая больница» (Тверь)

Актуальность. Медико-социальная значимость крипторхизма обусловлена его высокой распространенностью, значительным риском развития осложнений, среди которых ведущими являются бесплодие и рак яичка. В последние годы вновь становится актуальным комбинированный метод лечения крипторхизма, включающий применение хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в качестве предоперационной подготовки с последующим оперативным лечением — орхидопексией.

Однако отношение клиницистов к использованию гормональной терапии остается противоречивым.

Цель работы — оценка эффективности применения ХГЧ в качестве предоперационной подготовки у детей с абдоминальным и двусторонним крипторхизмом.

Материалы и методы. В период с сентября 2016 по февраль 2019 г. на базе урологического отделения ДОКБ г. Твери получили лечение 52 пациента в возрасте от 7 месяцев до 15 лет

по поводу двусторонней паховой и абдоминальной форм ретенции гонад. Основную группу составили 24 мальчика с двусторонним паховым ($n = 19, 79\%$) и абдоминальным крипторхизмом ($n = 5, 21\%$), получившие в качестве предоперационной подготовки инъекции ХГЧ по методике А.Н. Матковской в возрастной дозировке (инъекция препарата осуществлялась транскротально по ходу пахового канала).

В контрольную группу вошли 28 пациентов с двусторонней паховой ($n = 18, 64,3\%$) и абдоминальной ($n = 10, 35,7\%$) формами ретенции, сопоставимые по возрасту. Пациенты данной группы предоперационную подготовку ХГЧ не получали.

Больным обеих групп в до- и послеоперационном периоде произведено комплексное обследование, включавшее определение уровня половых гормонов в сыворотке крови, УЗИ гонад с доплерометрией, трансабдоминальное УЗИ предстательной железы. Хирургическое лечение пациентов обеих групп осуществлялось в зависимости от локализации гонады: орхидопексия из открытого доступа (способ Петривальского – Шумахера или Бианки — 40 операций) и лапароскопического доступа (10 операций). Пациенты основной группы оперированы через 1 месяц после завершения гормональной терапии.

В послеоперационном периоде пациенты обеих групп получали курсы противорубцовой терапии, включающей в себя физио- и медикаментозную терапию. Контрольные УЗИ гонад с доплерометрией выполняли через 1–3–6–12 месяцев после вмешательства. Сроки наблюдения за больными составили от 3 до 12 месяцев.

Результаты и обсуждения. Анализ гормонального фона 37 мальчиков основной и контрольной групп показал снижение уровня ФСГ в 6 (16,2%) случаях и снижение концентрации в крови тестостерона и ЛГ у 18 (48,6%) детей. Отклонений от возрастных референтных значений гормонального фона не выявлено у 16 (43,2%) пациентов. По данным трансабдоминального УЗИ предстательной

железы патологии размеров железы, ее асимметрии и участков склероза не обнаружено.

При обследовании детей основной группы через 1 месяц после курса ХГЧ установлено следующее: у 36,5% больных с двусторонним крипторхизмом гонады опустились в мошонку, что позволило избежать оперативного вмешательства, у 3,8% пациентов с абдоминальной формой ретенции гонада сместилась дистальнее и локализовалась в паховом канале, орхидопексия произведена из открытого доступа.

УЗИ гонад с доплерометрией, выполненное через 1, 3 и 6 месяцев после начала лечения, показало следующее: у 84% пациентов основной группы отсутствовали циркуляторные нарушения в паренхиме гонад, у пациентов контрольной группы показатели паренхиматозного кровотока улучшились в 53% случаев. Согласно данным УЗИ исходные признаки гипоплазии внемешоночных гонад выявлены у 7 пациентов (12 гонад) основной группы. Дефицит объема от возрастной нормы варьировал от 2 до 47,7%. При повторном обследовании больных через 1, 3 и 6 месяцев от начала лечения достижение возрастных референтных значений объема гонады установлено в 8 случаях, отрицательная динамика объема выявлена в трех случаях.

В контрольной группе дооперационное уменьшение объема внемешоночных гонад в пределах от 2 до 76,2% диагностировано у 10 детей (13 гонад). При анализе результатов обследования пациентов через 1, 3 и 6 месяцев нормализация объема или уменьшение выраженности гипоплазии отмечены в 7 случаях, отрицательная динамика наблюдалась у четырех пациентов.

Выводы. Проведение курса внутриахового введения ХГЧ у пациентов с двусторонней и абдоминальной формами крипторхизма дало положительный результат в виде дистального смещения внемешоночных гонад, улучшения внутриоргана кровотока в низведенных яичках и, как следствие, предотвратило развитие их гипоплазии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

© *В.Н. Карташев^{1, 2}, Г.Н. Румянцева¹, А.Л. Аврасин²*

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Тверь);

² ГБУЗ ТО «Детская городская клиническая больница» (Тверь)

До настоящего времени перекрут яичка (ПЯ) остается наиболее тяжелым заболеванием органов мошонки у детей, которое нередко приводит к потере органа или значительному нарушению его анатомо-функционального состояния.

Цель работы — анализ результатов лечения больных с ПЯ.

В исследование включены 167 больных в возрасте от 1 суток до 17 лет, поступивших на лечение в уроandroлогическое отделение ДОКБ г. Твери