

са его информативность снижается до 75 %. Ограничивает их применение и необходимость статичного положения при исследовании, в ряде случаев требующая общей анестезии. Зондирование свищевого хода проведено 18 больным, данная манипуляция характеризовалась болезненностью, необходимо также учитывать риск перфорации. У 2 пациентов (11,1 %) отмечено обострение воспалительного процесса. Фистулография выполнена 14 пациентам со свищом урахуса, в том числе 6 пациентам с полным свищом. Ни в одном случае полное сообщение не было контрастировано, процедура сопровождалась обострением воспалительного процесса у 4 (28,6 %) пациентов.

Цистоскопия проведена 15 пациентам с дивертикулом урахуса и подозрением на свищ урахуса. Информативность метода относительно невысока, исследование не позволяет оценить протя-

женность свища, полный или неполный его характер, трансформация метода в фистулоскопию невозможна по техническим причинам у всех пациентов даже при использовании аппарата с малым диаметром (11,6 Ch). Вследствие этого считаем цистоскопию показанной только при аргументированном подозрении на дивертикул урахуса.

Выводы. Оптимальным методом оценки состояния урахуса вне зависимости от его анатомических вариантов является ультразвуковое исследование с функциональной оценкой мочевого пузыря, последняя позволяет повысить общую информативность исследования до 100 %. Метод максимально эффективен, неинвазивен, допускает проведение исследования в динамике, что по совокупности его преимуществ компенсирует некоторую неспецифичность.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

© *И.С. Шорманов¹, Д.Н. Щедров²*

¹ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ярославль);

² ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» (Ярославль)

Цель исследования — проанализировать ошибки и причины повторных операций при синдроме острой мошонки в остром периоде и оптимизировать тактику при данном заболевании с целью снижения необоснованных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. На протяжении 20 лет оперировано 3315 мальчиков с различными формами синдрома острой мошонки, в том числе с заворотом яичка — 299, острым эпидидимитом — 267, травмой органов мошонки — 47, перекрутом гидатиды — 2673, иными заболеваниями — 29. Повторные операции по поводу осложнений и ошибок в выборе тактики лечения выполнены у 37 (1,11 %).

Результаты. Осложнения представлены следующими группами.

1. Неверное определение жизнеспособности гонады при завороте яичка ($n = 19$).
2. Нарушение хирургического гемостаза ($n = 11$).
3. Вторичный гнойный орхоэпидидимит ($n = 1$).
4. Нагноение и частичная несостоятельность послеоперационной раны ($n = 5$).
5. Необнаружение перекрученной гидатиды вследствие неполной ревизии органов мошонки ($n = 2$).

Осложнения и необходимость в повторной операции чаще отмечались при завороте яичка ($n = 23$),

реже при остром эпидидимите ($n = 8$), травме органов мошонки ($n = 4$), перекруте гидатиды ($n = 2$).

Ошибки определения жизнеспособности гонады при завороте яичка констатированы у 19 пациентов с «критической ишемией», у которых определение жизнеспособности по клиническим и лучевым критериям вызвало затруднение. Во всех случаях через 1–2 суток выполнена повторная ревизия, при которой гонада, ошибочно определенная как жизнеспособная, была удалена в 16 (84,2 %) случаях, в трех (15,8 %) случаях при оценке через год отмечена атрофия с потерей 60–85 % объема и проведена вторичная орхэктомия.

Нарушение хирургического гемостаза привело к кровотечению в 11 наблюдениях, при этом в 9 случаях отмечено кровотечение из оболочек мошонки, в 1 случае — несостоятельность лигатуры культы элементов семенного канатика при орхэктомии и еще в 1 случае — кровотечение из ножки гидатиды. Объем гематом варьировал от 12 до 250 мл (в среднем $35,8 \pm 11,9$ мл). Оперативное вмешательство выполнено повторно 8 пациентам: перевязка элементов семенного канатика ($n = 1$), коагуляция ножки гидатиды ($n = 1$), эвакуация и дренирование гематомы ($n = 5$), объем последних в среднем составлял $57,2 \pm 8,1$ мл. При гематомах меньшего объема проводили консервативное лечение.

Гнойный вторичный орхоэпидидимит наблюдался у одного пациента с травмой — разрывом яичка III степени и поздним обращением (на 4-е сутки). Осложнения со стороны послеоперационной раны ($n = 5$) отмечены при всех нозологических формах, оперативное вмешательство потребовалось только в одном случае. Обращает на себя внимание позднее поступление пациентов — более четырех суток во всех случаях и выраженные воспалительные изменения оболочек мошонки.

Необнаружение перекрученной гидатиды вследствие неполной ревизии органов мошонки имело место в одном наблюдении — при ревизии воспаленная гидатида была обнаружена и удалена. При повторной ревизии обнаружена еще одна гидатида с перекрутом ножки на теле придатка ниже

первой, не выявленная при первичной операции по причине неполной ревизии органов мошонки.

Выводы. Хирургические осложнения при острых заболеваниях мошонки разнообразны. Характер ошибок может быть как тактический, чаще всего из-за сложности оценки жизнеспособности гонады при завороте, так и технический, прежде всего вследствие дефектов хирургического гемостаза. Гнойные осложнения в большинстве случаев имеют прямую зависимость от длительности заболевания до оперативного вмешательства и усугубляются вторичными воспалительными изменениями оболочек и органов мошонки. Малая частота обнаружения гидатиды (0,03 %) не является, на наш взгляд, поводом к полной ревизии мошонки при данной патологии, поскольку повышает в целом травматичность операции.