



и морфологическое исследование биопсийного материала органов грудной клетки, дающее возможность подтвердить или уточнить клинический диагноз.

Диагностическая эндовидеоторакоскопия произведена 7 детям с различной патологией грудной полости. Возраст детей колебался от 3 до 11 лет. Все дети находились на обследовании и лечении в отделении детской онкологии Казахского НИИ онкологии и радиологии. До операции проведено полное клинико-инструментальное обследование, включающее в себя общеклинические анализы, ЭКГ, спирографию, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию и компьютерную томографию органов грудной клетки.

Эндовидеоторакоскопические оперативные вмешательства выполняли под общим обезболиванием с использованием одноканальной интубации в положении больного на здоровом боку и запрокинутой за голову рукой. Методика «открытых троакаров» допускает оперативное пособие без инсуффляции CO₂ в плевральную полость. Во время операции проводили компьютерный мониторинг за системной и периферической гемодинамикой, контролировали КЩС и газовый состав крови. Учитывая то, что операция непродолжительна и малотравматична использовали анестетики короткого действия.

Расположение троакарров. Основным правилом расположение троакарпортов (троакарров) при торакоскопии является отсутствие жестких ограничений. Выбор точек для их установки зависит от задач торакоскопии, локализации патологического процесса, размеров и строения грудной клетки ребенка. Порт, в котором предполагается располагать оптическую трубку, должен обеспечивать полноценный обзор зоны оперативного вмешательства. При использовании оптики с углом обзора 30° троакар для оптического инструмента важно расположить в «верхней» точке грудной полости – обычно это V межреберье между среднеключичной и пере-

дней подмышечной линиями. Дополнительные порты должны быть установлены по возможности на удалении от первого и обеспечивать свободу манипуляций.

При выполнении эндовидеоторакоскопической ревизии органов грудной полости прежде всего обращали внимание на визуальную оценку легкого, состояние париетальной и висцеральной плевры, средостения. Последняя позволяла выявить спаечный процесс, изменение воздушности легочной ткани, наличие экссудата, пигментации, а также характерные особенности для ряда заболеваний.

Распределение больных по нозологическим формам представлено в таблице.

Таблица.

Распределение больных в зависимости от клинического диагноза и локализации патологического процесса

Клинический диагноз		
	справа	слева
Канцероматоз	1	
Туберкулезный плеврит	1	
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов		1
Злокачественная тимома	1	1
Лимфогрануломатоз	2	
Итого	5	2

Эндовидеоторакоскопическая биопсия органов грудной клетки располагает высокой достоверностью и разрешающей способностью. Информативность ее в нашем исследовании составила 100%. Это объясняется прежде всего тем, что при эндовидеоторакоскопической биопсии производится забор материала под визуальным контролем и достаточный по объему для морфологической верификации диагноза.

Литература:

1. Бисенков Л. Н. Торакальная хирургия. СПб «Гиппократ», 2004; 1918с.

**ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ И ПРИЧИНЫ ЕГО НАРУШЕНИЯ
У МАЛЬЧИКОВ**

Б.Д. Абекенов

Научный центр педиатрии и детской хирургии Минздрава Республики Казахстан,
г. Алматы

ҰЛ БАЛАЛАРДЫҢ ЖЫНЫСТЫҚ ЖЕТІЛУІ ЖӘНЕ ОНЫҢ БҰЗЫЛЫС СЕБЕПТЕРІ

Б.Д. Әбекенов

Были осмотрены 72 относительно здоровых детей мужского пола в возрасте от 3 до 15 лет. Исследованы их показатели полового развития. В 20,8% выявлены патологии со стороны органов репродуктивной системы. Анализ данных анамнеза жизни детей и анкетирования родителей показал, что основную причинную роль в возникновении нарушения играют факторы наследственности и внутриутробного развития плода.

Ключевые слова: репродуктивная система, андрология, дети .



3 жас пен 15 жас аралығындағы 72 салыстырмалы түрде сау ұл балалардың жыныстық жетілуі тексерілген. Олардың 20,8% жыныстық жүйе ақаулары табылған. Балалардың анамнезі және ата-аналарының толтырған анкеталары талқыланған. Қорытындысында, жыныс жүйесі ағзаларының даму бұзылыстарының себебі тұқым қуалаушылық пен іште жатқан нәрестенің даму ақаулары екендігі анықталған.

Түйінді сөздер: репродукция жүйесі, андрология, балалар.

Наиболее частой проблемой, с которой приходится сталкиваться врачу на андрологическом приеме детей, является подозрение на задержку полового развития. Нередко к врачам – педиатрам, терапевтам, урологам, эндокринологам обращаются родители (реже сами дети) с жалобами на отставание у детей развития половых органов. Примерно в 90% случаев в результате обследования выясняется, что задержка полового развития у ребенка отсутствует [1,2,3]. Однако подавляющее большинство врачей при решении этих вопросов ориентируются только на субъективное восприятия соматического статуса. Между тем, известно, что срок наступления пубертата у мальчиков очень сильно различается в зависимости от наследственной предрасположенности, характера питания, перенесенных заболеваний и т.д. [4].

Следовательно, оценивая уровень общего и полового созревания, можно ориентироваться только на средний возраст появления признаков полового созревания у подростков в популяции, и лишь их значительное запаздывание рассматривать как задержку полового развития. Частота задержки пубертата по данным литературы колеблется от 0,4% до 2,5% [4,5], что связано с отсутствием четких критериев возрастных границ пубертатного периода и возможной гипердиагностикой. Еще в допубертатном возрасте у некоторых мальчиков, склонных к ожирению, отмечается феминизация фигуры, ложная гинекомастия. Нельзя рассматривать это как патологию, но в дальнейшем имеет смысл более тщательно контролировать их половое созревание.

Цель исследования: Изучить распространенность андрологических заболеваний среди детей и подростков для уточнения структуры причин нарушений развития и функции мужских половых органов репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования: Для изучения показателей полового развития и их возрастной динамики нами были осмотрены и исследованы 72 ребенка мужского пола в организованных коллективах, из них 24 дошкольного (от 3 до 6 лет) и 48 детей школьного возраста (от 7 до 15 лет). При осмотре определяли состояние полового члена, мошонки и его органов, проводили пальпацию области яичек, придатков и семявыносящих протоков. Половое развитие и возрастную динамику устанавливали с помощью антропометрических исследований (измерение роста и веса, определение размеров полового члена и яичек). Степень оволосения лобковой области определяли по градации Таннера (от P1 до P5-P6).

Для выявления структуры причин нарушения полового развития был проведен письменный опрос родителей 19 детей и подростков, у которых при проведении медицинского осмотра были выявлены врожденные пороки развития и заболевания органов репродуктивной системы.

Результаты и обсуждение. По возрасту, все дети были распределены на 3 группы: 1 группа – дети в возрасте от 3 до 6 лет, 2 группа – в возрасте от 7 до 11 лет и 3 группу составили дети в возрасте от 12 до 15 лет.

При осмотре 24 детей 1 группы у 1 (4,7%) выявлен правосторонний крипторхизм, у 1 – скрытый половой член, у 1 – головчатая форма гипоспадии, у 4 (16,7%) – гипертрофический фимоз. У 1 ребенка на правой паховой области отмечен послеоперационный рубец. У остальных детей изменений со стороны наружных половых органов и следов от травм не обнаружены. Проведением антропометрических исследований установлено, что длина тела составляет в среднем 100,5 см (89 - 112), вес - 22 кг (16 - 28). Размеры яичек определяли с помощью тестикулометра – орхидометра М. А. Жуковского, который состоит из эллипсоидов, соответствующих возрастной норме. Результаты измерения показали, что объем яичек достигает в среднем 1,45 см³, длина полового члена – 2,5 см, диаметр полового члена – 1,5 см.

Во 2 – ой группе из 18 детей у 1 (5,6%) выявлена водянка оболочек правого яичка, у 1 – микропенис, у 1 – гипоплазия яичек. Длина тела составляла в среднем 124 см (100 - 132), вес – 31 кг (27 - 35), объем яичка - 1,75 см³, длина полового члена - 3,9 см, диаметр полового члена – 1,7 см. У 2 (11,1%) отмечается рост редких, длинных, пигментированных волос у основания полового члена.

В группе детей старшего школьного возраста более чем у половины детей отмечались оволосение на лобке. Из них у 5 (16,7%) - редкое, длинное, слабопигментированное оволосение у основания полового члена, у 8 (26,7%) оволосение распространено за лонное сочленение, у 14 (46,7%) отмечается оволосение по взрослому типу, но занимает меньшее пространство, у 1 (3,3%) оволосение соответствовало таковому у взрослого мужчины. Физиологическая гинекомастия наблюдалась в 11 (36,7%) случаях. 9 (30,0%) детей отмечали появление поллюции. При осмотре выявлено у 2 (6,7%) послеоперационные рубцы на подвздошной области слева, у 1 - в паховой области. В 3 (10,0%) случаях диагностировано варикозное расширение вен семенного канатика, в 1 – киста семенного канатика, в 1 – гипоплазия яичек. Длина тела составляла в среднем 148 см (132 - 160), вес – 48 кг (35 - 57), объем яичка - 11,25 см³, длина полового члена – 5,4 см, диаметр полового члена – 2,23 см. Нужно отметить резкое отличие размеров наружных половых органов у детей 14 – 15 лет от других возрастных групп.

Из 72 осмотренных детей, как указывали выше, у 15 (20,8%) выявлены патологии со стороны органов репродуктивной системы. Из них 4 (5,5%) ребенка уже прооперированы по поводу патологии органов репродуктивной системы (2 – по поводу варикоцеле, 1 – по поводу водянки оболочек яичка, 1 – по поводу пахово – мошоночной грыжи).

При обработке данных анкетирования было установлено, что у 9 (47,4%) родители были в возрасте от 20 до 30 лет, у 6 (31,5%) – от 30 до 40 лет, у 4 (21,1%) – от 40 до 50 лет. 3 (15,8%) из родителей прежде жили в экологически неблагоприятных районах страны, еще 3 работали на производствах, связанных с вредными химическими и физическими факторами. Социально – бытовое положение у всех было удовлетворительное.



Из 32 родителей 12 (37,5%) состояли на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний других органов и систем. Аномалии развития органов репродуктивной системы отмечали 3 (9,4%) опрошенных, 2 (6,3%) – задержку полового развития. У 3 (15,7%) матерей беременность по счету была четвертая и более. У 2 (10,5%) предыдущие беременности прерывались абортom или выкидышем. Угроза выкидыша отмечена у 2 (10,5%). В 5 (26,3%) случаях беременность протекала с токсокозом. Во время беременности 2 (10,5%) матерей переболели вирусными, 1 (5,3%) экстрагенитальными заболеваниями. 2 (10,5%) отмечали патологические роды, у 1 (5,3%) – роды с помощью «кесарево сечения». 2 (10,5%) из 19 детей родились раньше срока недоношенными.

На вопрос «знаете ли Вы, что у ребенка патология со стороны органов репродуктивной системы?», только 53,1% родителей ответили утвердительно. Из них 21 (65,6%) не знали о возможных последствиях данной патологии у своего ребенка. Только 26,3% обратились за советами к врачам, из них 60% родителей к другим

специалистам (педиатрам, хирургам). Все 4 ребенка прооперированных по поводу андрологических патологий, после операции выпали из поле зрения детских урологов и ни разу не были на повторном приеме.

Таким образом, результаты исследования показали, что бурный рост наружных половых органов у мальчиков начинается в возрасте 12 – 15 лет, появляются поллюции и физиологическая гинекомастия, что свидетельствуют о начале пубертатного периода. Несмотря на значительный прогресс в медицине, на наш взгляд, в настоящее время в практике педиатрии на уровне ПМСП страдает ранняя диагностика аномалии развития органов репродуктивной системы у детей, которая, в свою очередь, ухудшает их медико – социальную реабилитацию. По результатам анализа анкетирования, можно предположить, что основную роль в этиологии аномалии развития органов репродуктивной системы у детей и подростков играют наследственность и нарушение внутриутробного развития плода, которая является результатом воздействия перинатальных эндогенных и экзогенных факторов.

Литература:

1. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрологии. Л.: Медицина, 1999; 431.
2. Заезжалкин В.В., Мирский В.Е., Вишняков Н.И. Основы организации андрологической службы. СПб.: Издательство Михайлова В.А., 2000; 159.
3. Сагалов А.В. Амбулаторно-поликлиническая андрология. М: Медицинская книга; 2003; 237.
4. Жуковский М.А., Лебедев Н.Б., Семичева Т.В. Нарушения полового развития. М.: Медицина, 1989; 271.
5. Кулаков В.И., Серов В.Н., Ваганов Н.Н. и соав. Руководство по планированию семьи. Москва, 1997; 297.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОФЛЮРАНА В УСЛОВИЯХ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ

В.Г.Сазонов, К.К.Ыдырышева, Б.Е.Сейдахметов, А.И.Сапаров

Национальный научный центр материнства и детства г.Астана, Республика Казахстан

На современном этапе практически невозможно представить анестезиологическое пособие в хирургии без использования современных ингаляционных анестетиков – изофлюрана, десфлюрана, севофлюрана и др., обладающих очевидными преимуществами: быстрая индукция в анестезию, хорошая управляемость, короткий период выведения из организма, низкая токсичность. Более того, согласно клиническим исследованиям, эти анестетики, при минимальном уровне биотрансформации, нетоксичности, а также при быстром выведении из организма, практически не оказывают повреждающего воздействия на жизненно важные органы. Преимуществами вышеуказанных анестетиков являются: быстрое поглощение дыхательной поверхностью легких, значительная скорость распределения в плазме крови и ткани мозга при малых объемах ингаляции и выделение в практически неизменном состоянии. Это обуславливает возможность применения ингаляционной анестезии данными препаратами у больных с различной сопутствующей патологией, в том числе пороками развития (ЦНС, врожденных пороков сердца и т.д.) Учитывая высокую стоимость, была разработана методика низкопоточной анестезии, которая позволила существенно снизить расход препарата, обеспечивая

при этом, адекватную анестезию, поддержание искусственной вентиляции легких и газообмена [1,2,5].

Низкопоточной (**low-flow**) считается ингаляционная анестезия, если общий поток свежего газа составляет 0,5 – 1л/мин. [1,2,3,7]

В своем исследовании мы поставили задачу оценить эффективность и безопасность данного способа ингаляционной анестезии у детей, возможность применения в рутинной практике.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе Отделения детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии АО «Национальный Научный центр материнства и детства» города Астана, и охватило 42 ребенка разного возраста (от 1 месяца до 17 лет) с различной хирургической патологией: врожденные пороки развития центральной нервной системы (26,18%), желудочно-кишечного тракта (33,32%), опорно-двигательного аппарата (7,14%), мочеполовой системы (23,8%), эхинококкозами внутренних органов (4,76%), и т.д., в том числе при проведении лапароскопических оперативных вмешательств.

Все больные были разделены на 4 возрастные группы: до 1 года (11 детей - 26,18%), от года до 5 лет (14 – 58,33%), от 6 до 12 лет (9 – 21,42%), и старше 12 (19,04%).