

По УЗИ-доплерографии органов мошонки у 90 больных выявлялись гипо- и гиперэхогенные образования в области придатка яичка и реактивная водянка, повышение скорости кровотока в его сосудах. У 5 –наблюдались признаки абсцедирования придатка и яичка, в 8 случаях отмечалось снижение скорости кровотока в яичке. В соскобе из уретры у 23 из 90 пациентов (в возрасте до 45 лет) выявляли ИППП, у 18 -Chlamydia trachomatis и у 5 –Ureaplasma urealyticum.

Дренирование и ревизия органов мошонки выполнено 123 больным. У 90 Острый серозный эпидидимит с участками фибрина в области придатка оказался у 90 больных; гнойный эпидидимит –у 20 (с единичными абсцессами) – им произведены насадки на придатке яичка; орхоэпидидимэктомия у 5, у 2 из них гистологически оказалась тератобластомой. Пятерым из 8 пациентов (подозрение на перекрут яичка) удалось устранить перекрут яичка, 3 – выполнена орханоуносящая операция из-за некроза яичка.

У 24 больных проводилась консервативная терапия при отказе больного от оперативного вмешательства.

Всем пациентам до и после операции, и леченным консервативно, назначали доксициклин гидрохлорид парентерально (сут.доза 200 мг) в сочетании с вильпрофеном (сут.доза 1000 мг) и вобэнзимом (сут.доза 15 табл.) в течение 8-10 дней с продолжением приема вобэнзима до 1 месяца.

Нами отмечен в 95% наблюдений положительный эффект от комбинированной терапии у оперированных больных, чем леченных консервативно (только в 65% случаев).

Заключение: В лечении острых эпидидимитов должна проводиться активная хирургическая тактика: так при острых серозных эпидидимитах – ревизия и дренирование органов мошонки; при гнойных, особенно в пожилом возрасте, необходимо выполнять орхоэпидидимэктомию для спасения жизни больного, устранения септического состояния. При подозрении на перекрут яичка срочная ревизия мошонки должна выполняться до 12 часов с момента перекрута яичка, а для устранения перекрута яичка фиксировать его к мясистой оболочке. Диспансерное наблюдение, особенно показано молодым мужчинам с бесплодием в браке и выполнением им спермограммы, так как в 70-80% случаев консервативно леченный эпидидимит может привести к экскреторному, обструктивному бесплодию и непроходимости семявыносящих протоков, что потребует в дальнейшем их восстановление оперативным путем.

Варицеле и тип телосложения

Ковров И.В., Шутков Ю.М., Исаенко В.И., Онищук И.И.

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава, кафедра урологии. г. Новосибирск

Несмотря на значительные достижения современной медицины на протяжении многих десятилетий проблема варикоцеле остается одной из самых дискутируемых в урологии и хирургии. (О.Б. Лоран, 2006). Среди мужского населения заболеваемость варикоцеле составляет от 8 до 30,7% (Е.Б. Мазо, 1999; В.Ф. Бавильский, 2003). В структуре мужского бесплодия на долю варикоцеле приходится от 9 до 40% (В.В. Евдокимов; А.Г. Пугачев, 2002). До настоящего времени нет единого подхода к выбору метода оперативного лечения варикоцеле (О.Б. Лоран, 2006). Имеется неудовлетворенность результатами хирургического вмешательства из-за значительного количества рецидивов от 5 до 40% (В.В. Ким, 1989). Всё это заставляет урологов искать новые пути решения этой проблемы.

Нами проведено изучение строения левой яичковой вены при оперативном лечении больных варикоцеле с учетом их типа конституции.