

Презентация по теме: *« Детская урология / андрология в работе педиатра ».*

Выполнила:

Детский уролог / андролог:

КГБУЗ, КМГБ № 8, поликлиники № 3

Нестерова Т.А.

г .Красноярск 25.02.2024 г .



Детский уролог / андролог – это специалист, который занимается диагностикой и лечением болезней, а так же пороков развития мочеполовой системы у детей подростков.

Мочеполовая система включает: мочевыделительную и половую системы (они тесно связаны между собой функционально и анатомически, имеют общее развитие).

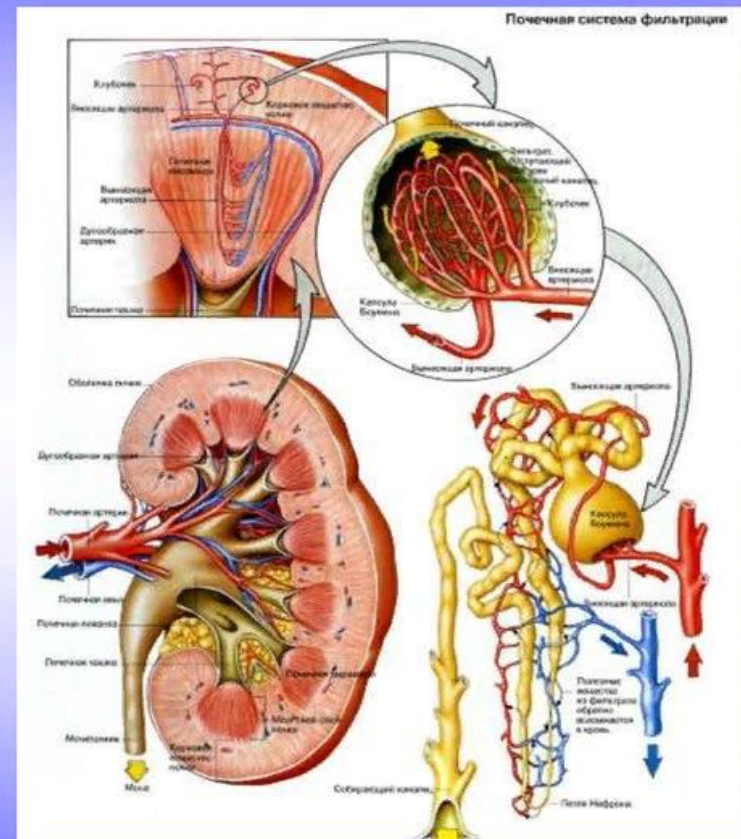
- мочевыделительная система делится на:

1). мочеобразующие органы: почки, (расположенные забрюшинно, в поясничной области);

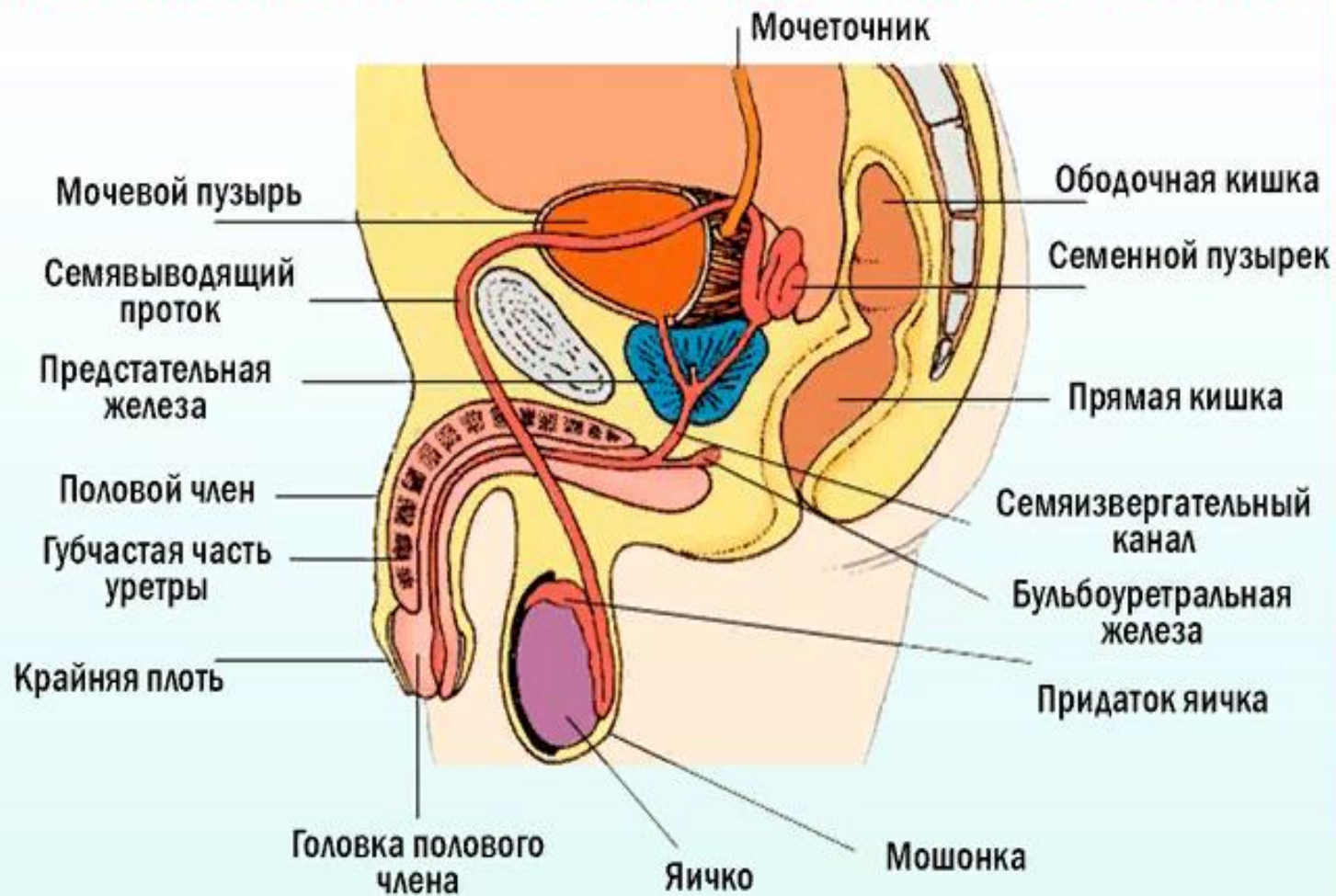
2). мочевыделительные: мочеточники, мочевого пузырь, (которые находятся в брюшной полости), уретра.

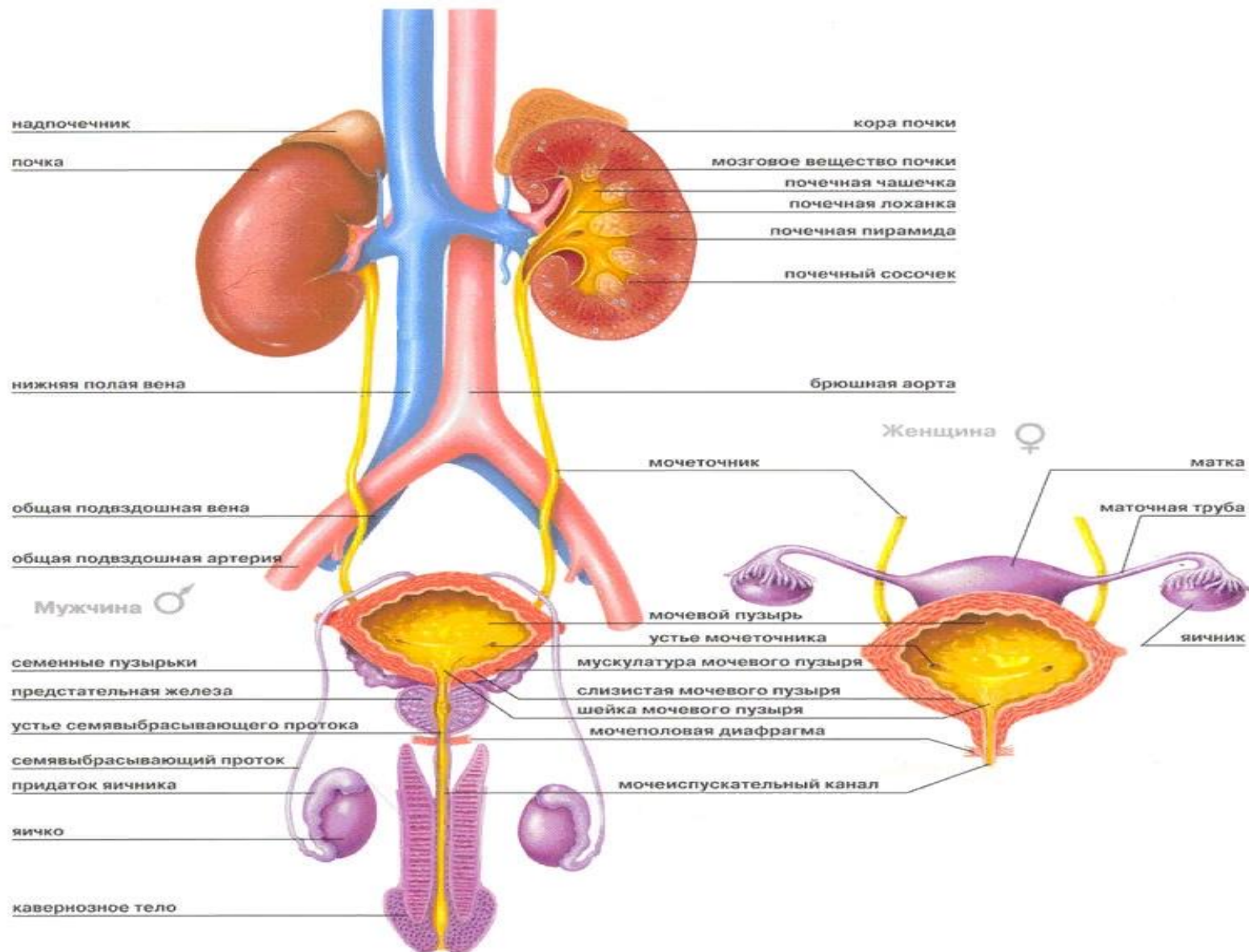
Почки выполняют две основные функции:

- 1) регулируют состав внеклеточной жидкости и кислотно-основного состояния организма;
- 2) обеспечивают выведение из организма токсических веществ или продуктов метаболизма, подлежащих удалению.



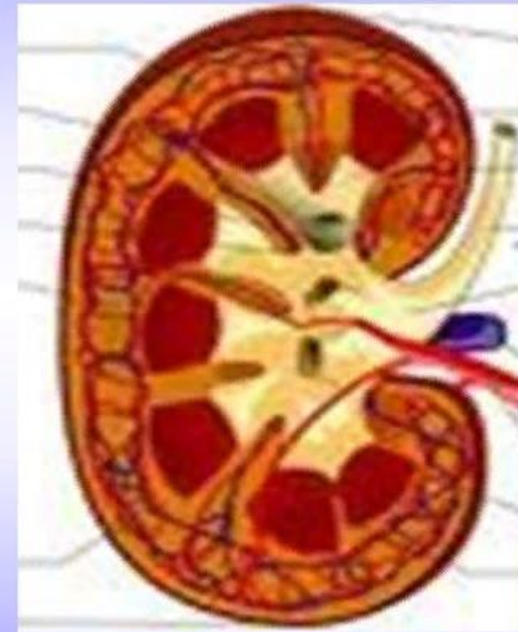
МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА МУЖЧИН: СТРОЕНИЕ



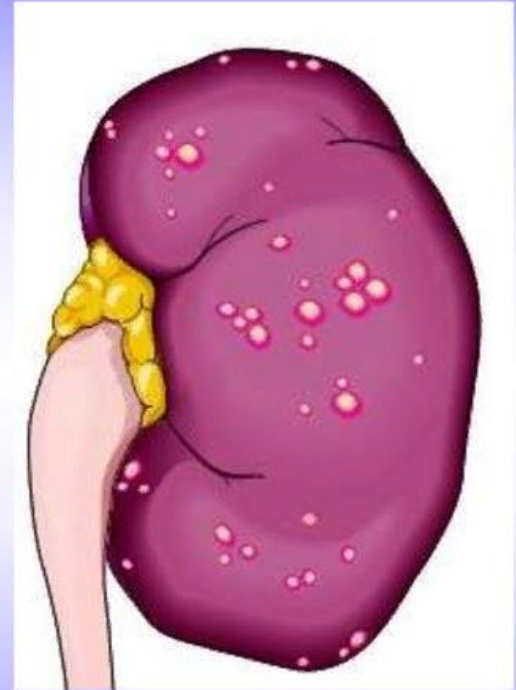


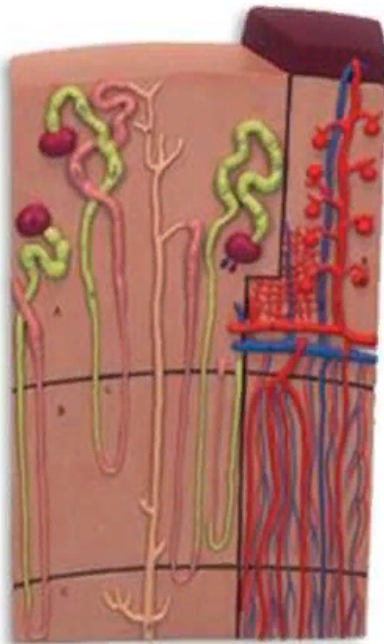
Анатомо-физиологические особенности органов мочевой системы

- **Почки** у детей раннего возраста по размеру больше, чем у взрослых.
- У детей почки составляют 1 / 100 массы тела, тогда как у взрослых 1 / 200.
- К рождению масса почки равна 10–12 г, а к концу первого года утраивается, к 15 годам масса почек увеличивается в 10 раз.



- Жировая капсула почек выражена слабо, поэтому почки довольно подвижны и их можно легко прощупать, особенно правую.
- У детей до 2-х лет строение почек дольчатое (исчезающее к 2-5 годам), толщина мозгового слоя преобладает над толщиной коркового (1:4, в то время как у взрослых 1:2).



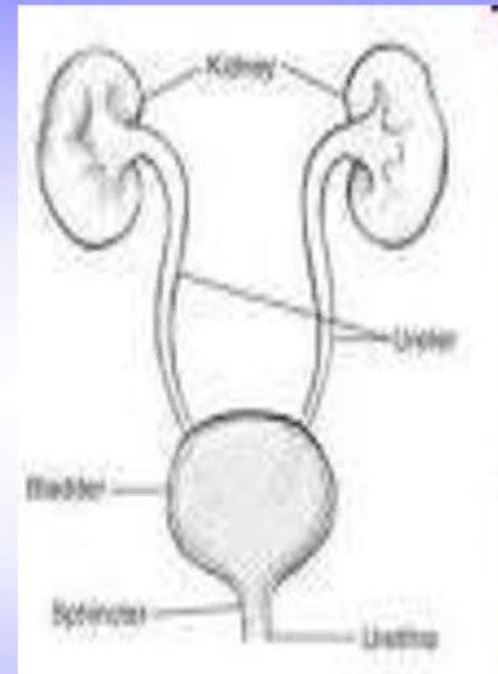


- Кортикальный слой почек развит еще недостаточно.
- Морфологическое созревание коркового вещества заканчивается к 3-5 годам, а почки в целом - к школьному возрасту.

- Петля Генле также короче, а расстояние между ее нисходящим и восходящим коленами больше, чем у взрослых людей.
- Развитие канальцев, петли Генле и собирательных трубок не завершено, юктагломерулярный аппарат не сформирован.
- Почечные лоханки развиты относительно хорошо. Однако мышечная и эластическая ткань развита слабо.
- Созревание почки в целом заканчивается к 3 – 6 годам жизни. Однако все еще есть отличие почек детей от почек взрослых - это тесная связь лимфатических сосудов почек с аналогичными сосудами кишечника. Это зачастую ведет к легкому переходу инфекции из кишечника в почки и развитию пиелонефрита. 13

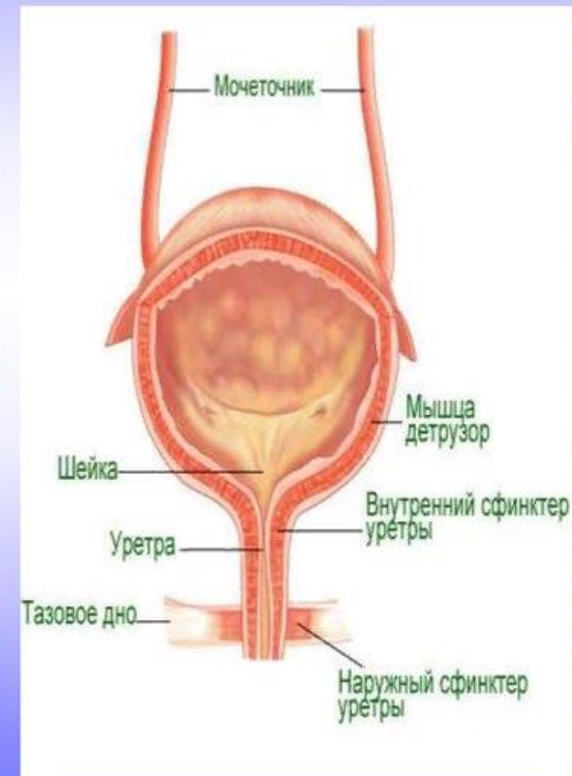
МОЧЕТОЧНИКИ

- У детей раннего возраста мочеточники шире, чем у взрослых, имеют много изгибов.
- Они гипотоничны из-за слабого развития мышечных и эластических волокон.
- Это располагает к застою мочи и развитию микробно-воспалительного процесса в почках.



МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНЫЙ КАНАЛ (УРЕТРА)

- У новорожденных мальчиков имеет длину 5-6 см. Рост его идет неравномерно: замедляется в раннем возрасте, ускоряется в период полового созревания (до 14-18 см).
- У новорожденных девочек длина мочеиспускательного канала равна 1 - 1,5 см, к 16-ти годам – 3-3,3 см. Диаметр его шире, чем у мальчиков.
- Слизистая оболочка уретры у детей тонкая, легкоранимая, складчатость ее слабо выражена.



- В первые месяцы жизни мочеиспускание является рефлекторным актом, который осуществляется врожденными рефлексам.



- Число мочеиспусканий:

- у новорожденных детей 20-25,
- у грудных детей – 15-16 в сутки,
- в 2-3 года – 7-8,
- у школьников – 5-6 раз.



Физиологические потребности в жидкости у детей старше 1 года (мл/кг/сут)

	Жидкость (мл/кг/сут)	Энергия (ккал/кг/сут)
Первые 10 кг	100	100
С 11 по 20 кг	50	50
Каждый кг свыше 20	20	20
Пример: ребенок массой 35 кг	$(100 \times 10) + (50 \times 10) + (20 \times 15) = 1800$	

Физиологические потребности в жидкости

Возраст	Кол-во жидкости (мл/кг/сутки)
1-3 мес	140
3-6 мес	130
6-9 мес	125
1-2 г	120
2-3 г	110
3-5 л	100
6-10 л	80-70
11-13	60
14-15	55-50

- Формирование условного рефлекса и навыков опрятности обычно начинается с 5 - 6-месячного возраста, а к году ребенок должен проситься на горшок.



- Однако еще до 3 лет можно наблюдать непроизвольное мочеиспускание во время сна, увлекательных игр, волнений.



- Количество мочи в сутки у детей с возрастом увеличивается.
- Количество мочи, выделяемое в сутки у детей старше года, вычисляется по формуле:
 $600 + 100 (x - 1)$, где x — число лет.



Методика исследования органов мочевыделительной системы

- расспрос ребенка и его родителей
 - осмотр
 - пальпация
 - перкуссия
 - лабораторные и инструментальные методы исследования



ПАЛЬПАЦИЯ ПОЧЕК



Пальпация почек является малоинформативным методом, так как они расположены забрюшинно, доступ к ним прикрыт рёберной дугой.

Прощупать почки можно у детей первых 2 лет жизни (особенно при пониженном питании) вследствие относительно больших размеров и низкого расположения.

ПЕРКУССИЯ



- Поколачивание поясничной области (модифицированный симптом Пастернацкого) используют для выявления болезненности или неприятных ощущений, иногда отдающихся в ногу или нижнюю половину живота, которые могут возникать при проведении данного исследования (в этом случае симптом оценивается как положительный).

Лабораторно-инструментальная диагностика



КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

Физические свойства

Количество – 100-200 мл
мл

Суточный диурез – 1000-1500

Цвет – соломенно-желтый

Реакция – слабо кислая

Прозрачность – прозрачная

Удельный вес – 1018-1028

Белок – не найден

Сахар – не найден

Желчные пигменты – отсутствуют

Осадок – отсутствует

Микроскопия

Эпителиальные клетки – умеренное количество

Лейкоциты – 1-2 экз. в поле зрения

Эритроциты –

Цилиндры –

Клетки почечного эпителия –

Соли –

Слизь –

Бактерии –



МЕТОД НЕЧИПОРЕНКО

- Метод позволяет определить число форменных элементов в 1 мкл мочи. Для исследования используют одноразово выделенную мочу, причём необходима именно средняя порция.
- Нормальные показатели содержания форменных элементов в 1 мл мочи:



Лейкоцитов до 2000

Эритроцитов до 1000

Цилиндров до 20

Анализ мочи по Нечипоренко – проводится с целью выявления воспалительного процесса в мочевыделительной системе.

ПРОБА ЗИМНИЦКОГО

- Характеризует состояние концентрационной и выделительной функции почек.
 - Мочу собирают в течение суток 8 раз каждые 3 часа, исследуют количество и относительную плотность.
 - **Суточный диурез в норме составляет 1000-1500 мл,**
 - **соотношение дневного и ночного диуреза 3:1,**
- **относительная плотность в течение суток от 1010 до 1025,**
- **размахи числовых значений составляют 10-20 единиц.**



Проба Зимницкого

- *Изостенурия* – состояние, при котором максимальная концентрация мочи становится равной осмотической концентрации плазмы крови, при этом максимальная относительная плотность мочи составляет **1010-1012**.
- *Гипостенурия* – состояние, при котором максимальная концентрация мочи ниже осмотической концентрации плазмы крови, при этом максимальная относительная плотность мочи составляет **1005-1008**.
- При остром гломерулонефрите, нефротическом синдроме, застойной почке диурез снижен, а относительная плотность мочи **1031-1035** - *гиперстенурия*

- **Бактериологический посев мочи (бакпосев мочи)** – метод выявления и идентификации микроорганизмов (бактерий), находящиеся в моче, определение их концентрации и определении его чувствительности к антибактериальным препаратам.
- Патологической бактериурию считают при определении более 10^4 микробных тел в 1 мл мочи у новорожденных и детей раннего возраста и более $0,5-1,0 \cdot 10^5$ - у детей старшего возраста.

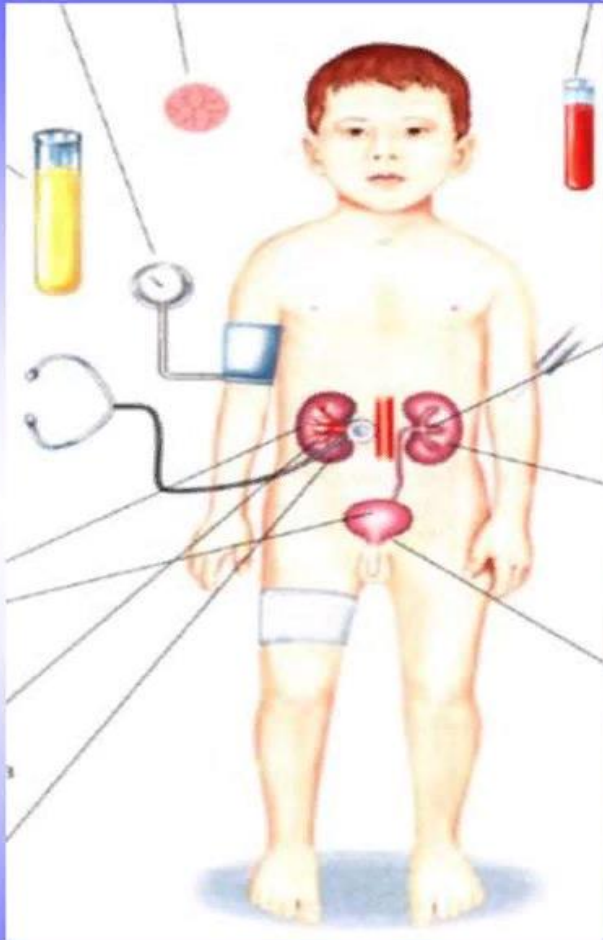


КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ



**У 25-30 % больных
наблюдается
нормохромная анемия,
при ХПН – у 100 %.**

При острых и обострении
хронических
воспалительных
заболеваний, при острой
и хронической почечной
недостаточности
отмечается лейкоцитоз,
часто со сдвигом влево.
СОЭ увеличена.



- **Биохимический анализ крови** – метод лабораторной диагностики, который позволяет судить о химическом составе крови, и состоянии многих внутренних органов и систем, а также нарушении водно-солевого обмена и дисбалансе микроэлементов.
- Для оценки функции почек также определяют содержание в крови азотосодержащих веществ (мочевины, креатинина, мочевой кислоты), общего белка и его фракций, электролитов.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК



- *УЗИ почек у детей* – доступный, безопасный и информативный метод исследования.
- УЗИ позволяет оценить размеры, форму, контуры почек, состояние паренхимы и чашечно-лоханочной системы, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы.
- На УЗИ можно определить анатомические дефекты, аномалии развития того или иного органа, но информацию том, как работают почки, на УЗИ получить нельзя.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ ПОЧЕК



С помощью
ультразвуковой
доплерографии
определяют
нарушение кровотока
в почечных артериях.

Внутривенная (экскреторная) урография служит для:

- оценки функции почек (по скорости и степени выведения контрастного вещества),
- оценки строения полостной системы почки, проходимости и функции мочеточника,
- а также для диагностики некоторых заболеваний органов мочевыделительной системы (аномалии развития, патологическая подвижность почек и др.).

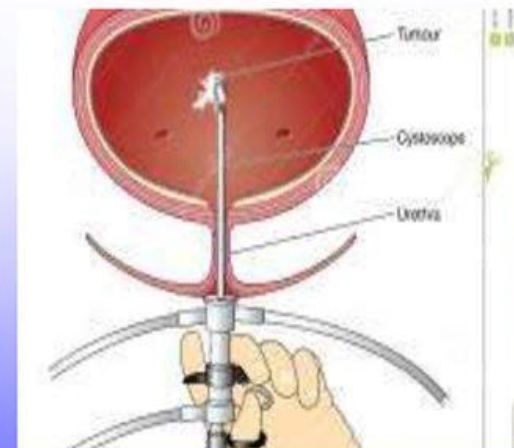


- **Цистогр́афия** – рентгенологический метод исследования, получение на рентгеновском снимке изображения мочевого пузыря с помощью заполнения его рентген контрастным веществом, поступающим в пузырь нисходящим (из почек при урографии экскреторной) или восходящим (при введении его через мочеиспускательный канал) путём.



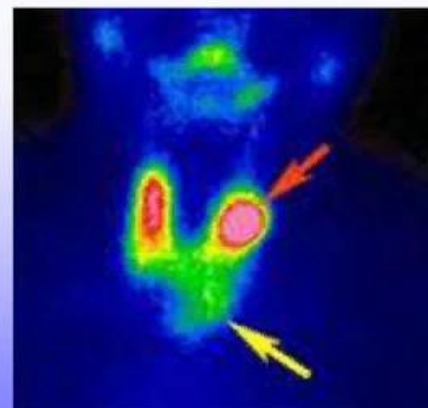
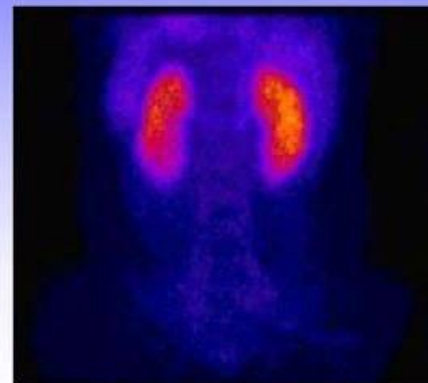
Цистоскопия –

- это оптический осмотр мочевого пузыря с помощью специального инструмента цистоскопа (эндоскопический прибор), который вводится в мочевой пузырь через мочеиспускательный канал.
- При введении цистоскопа через уретру может быть произведен её осмотр и проведение некоторых лечебных процедур.

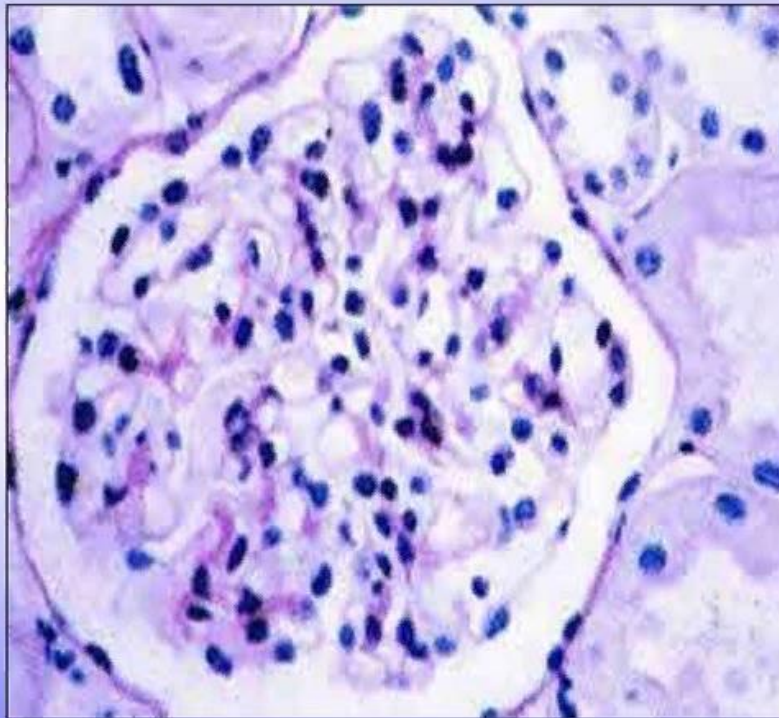


РАДИОИЗОТОПНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- **Радиоизотопная ренография** используется для изучения функции почек.
- Для проведения **сканирования** больному вводят радиоизотопный препарат и с помощью сканера определяют накопление этого препарата в почках.
- Наличие дефектов наполнения на сканограммах свидетельствует об объёмных поражениях: опухолях, кистах, туберкулёзе.



БИОПСИЯ ПОЧЕК



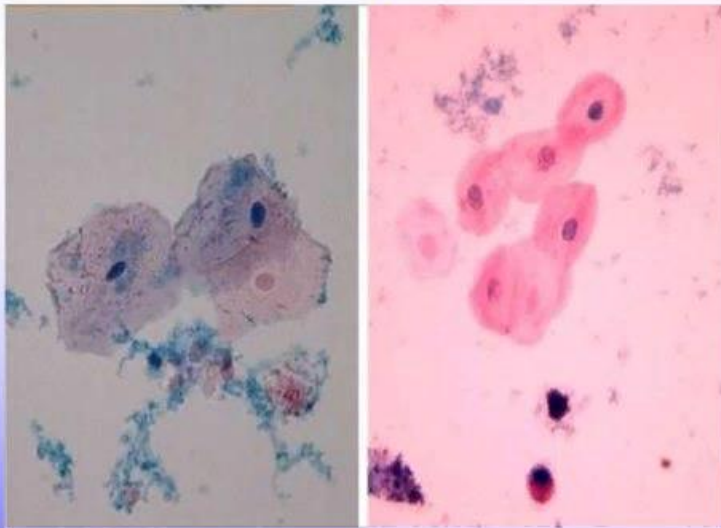
- **Биопсия почек** - наиболее достоверный метод диагностики диффузных заболеваний почек.
- Со стороны поясницы в области проекции почек делают прокол специальной иглой с мандреном, с помощью аспирационного шприца берут для исследования кусочек почечной ткани.

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

- **Поллакиурия** – учащённое мочеиспускание
- **Оллакиурия** – редкое мочеиспускание
- **Полиурия** – суточный диурез свыше 2 л
- **Олигурия** – суточный диурез менее 0,5 л
- **Дизурия** – болезненное мочеиспускание
- **Никтурия** – преобладание ночного диуреза над дневным
- **Анурия** – отсутствие мочи
- **Ишурия** – отсутствие мочеиспускания. задержка мочи в мочевом пузыре
- **Странгурия** – мочеиспускание маленькими порциями (по каплям)

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ

- Отдельные клетки переходного эпителия обнаруживаются в моче в норме.



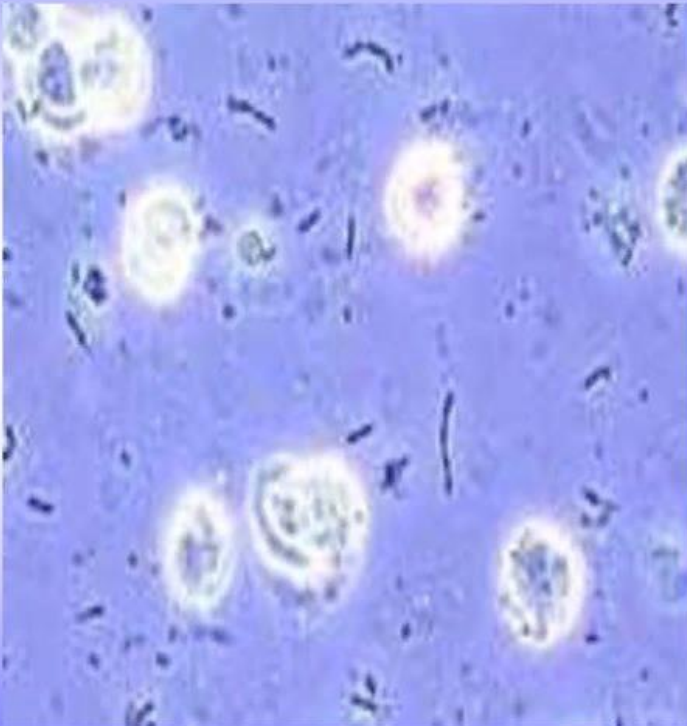
Клетки почечного эпителия обнаруживаются только при патологии:

нефрите, интоксикации,
инфекционных заболеваниях

Усиленная десквамация эпителия лоханок, мочеточников, мочевого пузыря встречается при воспалительных процессах.

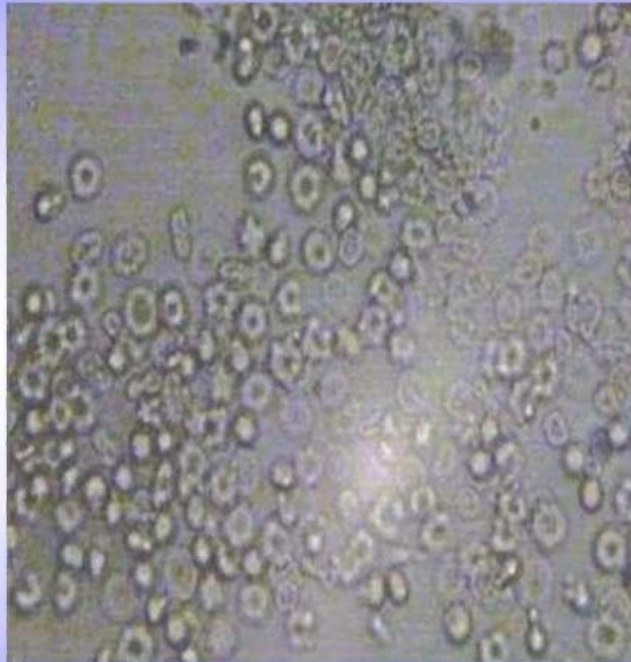
Плоский эпителий попадает из мочеиспускательного канала.

ЛЕЙКОЦИТУРИЯ (ПИУРИЯ)



- Лейкоцитурия свидетельствует о воспалительных процессах в почках (пиелит, пиелонефрит) и мочевыводящих путях – истинная лейкоцитурия.
- При попадании лейкоцитов в мочу из гнойников из рядом расположенных органов наблюдается ложная лейкоцитурия.

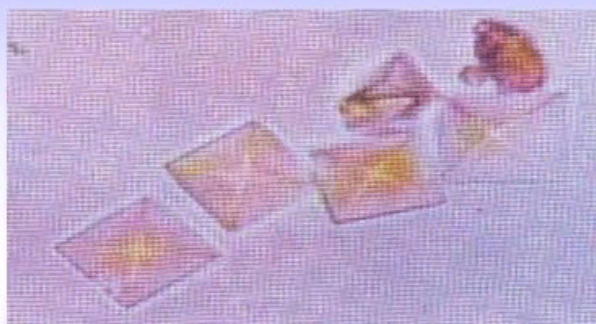
ЭРИТРОЦИТУРИЯ (ГЕМАТУРИЯ)



- Обнаружение эритроцитов в каждом поле зрения трактуется как *микрогематурия*, при этом окраска мочи не изменяется.
- В случае выделения более 2500 эритроцитов в 1 мкл моча становится красного цвета, что свидетельствует о *макрогематурии*.
- Гематурия бывает истинной (из почек и мочевыделительных путей) и ложной.

НЕОРГАНИЗОВАННЫЙ ОСАДОК МОЧИ

Оксалаты и фосфаты



- Неорганизованный осадок мочи представлен солями, выпавшими в осадок в виде кристаллов или аморфных масс.
- Это может быть мочева́я кислота, ураты, фосфаты, оксалаты и другие.

Семиотика поражения органов мочевого выделения у детей

- О патологии органов мочевой системы у детей наиболее часто свидетельствуют появление:
 - ✓ мочевого, болевого синдромов
 - ✓ нарушений диуреза
 - ✓ дизурических расстройств
 - ✓ экстраренальных проявлений: отёки и артериальная гипертензия

Мочевой синдром

- Цвет мочи становится:
 - ✓ коричнево-красным (типа «мясных помоев») при гематурии
 - ✓ очень светлым (как вода) при полиурии разного генеза: хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет
 - ✓ насыщенным, желто-коричневым (как «крепкий чай») при олигурии, с пеной («пиво с желтой пеной») при большом содержании в ней желчных пигментов у детей с заболеваниями печени или у новорожденных за счет гемолиза эритроцитов
 - ✓ темно-коричневым при состояниях, вызывающих повышенный распад белков (лихорадка, тяжелые инфекции, гипертиреоз)
- Содержание в моче некоторых лекарственных веществ также меняет ее окраску.

Мочевой синдром

- Помутнение мочи возникает при наличии в ней большого количества форменных элементов крови, слущенного эпителия, солей, слизи, капелек жира. Сгустки свежей крови появляются в моче при остром воспалительном процессе в мочевом пузыре, мелкие кровяные сгустки - при опухолях почек.
- Моча приобретает аммиачный запах вследствие бактериально-аммиачного брожения при обструктивных уropатиях, фруктовый запах («гниющих яблок») - при наличии в ней кетоновых тел (при тяжелых формах сахарного диабета).

Мочевой синдром

- Реакция мочи становится щелочной при хронических инфекциях мочевых путей, рвоте, а также при пищевом рационе, богатом фруктами и овощами, но бедном белком.
- Увеличение кислотности мочи наблюдается при сахарном диабете, почечной недостаточности, туберкулезе почек и др.
- Кислая моча способствует образованию уратных камней, щелочная-фосфатных и оксалатно-кальциевых.

Мочевой синдром

- Изменения относительной плотности мочи отражают нарушение способности почек концентрировать и разводить мочу.
- Гипостенурия - максимальная относительная плотность мочи составляет 1008 и ниже. В большинстве случаев она сопровождается полиурией.
- Изостенурия - колебание относительной плотности мочи в пределах 1010-1012. Развивается при выраженном нефросклерозе, являющемся конечной стадией многих хронических заболеваний почек.
- Высокая плотность мочи (1030 и более) наблюдается при ограничении питья, высокой температуре окружающего воздуха, сахарном диабете.

Мочевой синдром

- Глюкозурия - обнаружение сахара в моче – чаще наблюдается у детей при сахарном диабете.
- Кетонурия - наличие в моче кетоновых тел (ацетон и др.) - отмечается при расстройствах обмена, возникающих при частой рвоте, на фоне лихорадки или голодания. Она также может быть симптомом сахарного диабета.

Мочевой синдром

- Лейкоцитурия - обнаружение в моче большого количества лейкоцитов.
- Она является основным симптомом микробно-воспалительного процесса в мочевых путях (пиелонефрит, цистит, уретрит).
- Источником лейкоцитурии, которую в этом случае можно назвать ложной, служат также микробно-воспалительные заболевания наружных половых органов (вульвовагиниты, баланопоститы и др.).

Мочевой синдром

- Гематурия - наличие в моче более 3 эритроцитов в поле зрения в утренней порции или более 1000 в пробе по Нечипоренко.
- Она является признаком поражения клубочков почек, сосудов, и встречается при гломерулонефрите, аномалиях почечных сосудов, геморрагических циститах, пиелонефритах, мочекаменной болезни, туберкулезе, опухолях почек.
- Выраженность гематурии бывает различной. Если ее обнаруживают только при микроскопии мочевого осадка, то это микрогематурия, если макроскопически (цвет мочи становится бурым, она может иметь вид «мясных помоев» или даже «черного кофе») - это макрогематурия. Последняя чаще всего наблюдается при остром гломерулонефрите, геморрагическом васкулите, геморрагическом цистите.

Мочевой синдром

- Протеинурия - обнаружение белка в моче (более 100 мг в сутки). Она появляется при повреждении базальной мембраны капилляров клубочков, приводящем к повышению ее проницаемости.
- Цилиндрурия - наличие в моче цилиндров (белковых и клеточных образований канальцевого происхождения).

Мочевой синдром

- Кристаллурия - появление кристаллов солей (уратов, оксалатов, фосфатов) в моче.
- Изолированная кристаллурия может выявляться у здоровых детей вследствие особенностей диеты, недостаточного употребления жидкости или повышенной ее экстраренальной потери при физической нагрузке, в жаркий сезон.
- Кристаллурия, сочетающаяся с изменениями мочевого осадка, чаще с гематурией, характерна для дизметаболической нефропатии и мочекаменной болезни.

Нарушения диуреза

- Олигурия (уменьшение диуреза до 20-30% от нормы) или анурия (около 6-7% от нормы) возникает в результате снижения или полного прекращения образования мочи почками из-за падения клубочковой фильтрации, нервно-рефлекторного спазма или препятствия к оттоку в нижних мочевых путях.
- Чаще всего эти симптомы отражают развитие острой почечной недостаточности (ОПН).
- Олигурия может наблюдаться при недостаточном приеме жидкости, лихорадочных заболеваниях вследствие потери жидкости с дыханием, при рвоте, поносе, обильном потоотделении.

Нарушения диуреза

- Полиурия - увеличение суточного диуреза в 1,5 раза и более по сравнению с нормой.
- ✓ В физиологических условиях полиурия является следствием чрезмерного употребления жидкости (полидипсия), охлаждения организма.
- ✓ Выявляется у больных с сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, ОПН (в диуретической фазе, у реконвалесцентов), после лихорадочных состояний, при схождении отеков.
- Никтурия - преобладание ночного диуреза над дневным - свидетельствует об удлинении времени работы почек вследствие падения их функции.

Нарушения диуреза

- Полиурия - увеличение суточного диуреза в 1,5 раза и более по сравнению с нормой.
- ✓ В физиологических условиях полиурия является следствием чрезмерного употребления жидкости (полидипсия), охлаждения организма.
- ✓ Выявляется у больных с сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, ОПН (в диуретической фазе, у реконвалесцентов), после лихорадочных состояний, при схождении отеков.
- Никтурия - преобладание ночного диуреза над дневным - свидетельствует об удлинении времени работы почек вследствие падения их функции.

Болевой синдром

- Встречается часто.
- В основе болевого синдрома лежит напряжение почечной капсулы или растяжение и раздражение лоханки.
- При переходе патологического процесса за пределы почки (пери- и паранефриты, прорастание опухоли и др.) боль может вызываться сдавлением или раздражением рецепторов околопочечной ткани.

Болевой синдром

- Боли в животе, реже в поясничной области, иногда иррадиирующие по ходу мочеточников, тупые или приступообразные, характерны для пиелонефрита.
- Боли могут сопутствовать макрогематурии при гломерулонефрите, мочекаменной болезни.
- Боли в поясничной области, боковых отделах живота, иррадиирующие в паховую область и половые органы, внезапные, режущего характера, возникают при почечной колике.

Болевой синдром

- Боли в надлобковой области обусловлены заболеваниями мочевого пузыря.
- Острые боли возникают при цистите, камнях мочевого пузыря, усиливаются во время мочеиспускания.
- Резкие боли появляются при острой задержке мочеиспускания, вызванной стриктурой или камнем мочеиспускательного канала.

Дизурические расстройства

- Нарушение акта мочеиспускания (частые, болезненные мочеиспускания, недержание или недержание мочи, задержка мочеиспускания).
- Причины:
 - ✓ воспалительные изменения слизистой оболочки мочевого пузыря и нижних мочевых путей
 - ✓ поражение различных участков нервного пути
 - ✓ пороки развития мочевыводящей и половой систем.

Дизурические расстройства

- Недержание мочи (моча выделяется без позыва к мочеиспусканию) и неудержание мочи (у ребенка есть позыв к мочеиспусканию, но он не в состоянии удержать мочу) возникают при:
 - ✓ хронических запущенных циститах
 - ✓ дисфункции мочевого пузыря
 - ✓ повреждении спинного мозга
 - ✓ врождённых аномалиях МВС.

Дизурические расстройства

- Энурез (ночное недержание мочи) отмечается при органическом поражении нервной системы, а также при пороках развития и воспалительных заболеваниях мочевой системы.
- Задержка мочеиспускания (ишурия): при парафимозе, камнях уретры, полном травматическом разрыве уретры.

Экстраренальные проявления

- Артериальная гипертензия почечного происхождения является результатом задержки натрия и воды.
- Она отмечается при врожденной гипоплазии, вторичном сморщивании почек, гломерулонефритах, сужении крупных почечных артерий.

Аномалии развития внутренних мужских половых органов:

аномалия положения яичек:

Крипторхизм - это неопущение одного или обоих яичек в мошонку, они расположены по ходу пути их опущения: от нижнего полюса почки до внутреннего пахового кольца (*kripto* – скрытый, *orxis* – яичко).

Крипторхизм определяется:

у 20% - новорожденных, чаще у недоношенных;

у 2 - 3% - годовалых детей;

у 1% - в пубертатном периоде.

Незавершенное опущение яичка у новорожденных в большинстве наблюдений ликвидируется на первом году жизни. До 1 года самостоятельное опущение яичка отмечается у 70% детей с крипторхизмом.

Актуальность: *в том, что морфофункциональные нарушения в яичке при данном заболевании, приводят в конечном итоге к гипогонадизму, нарушению потенции и бесплодию. В 30% - не опущенное или поздно опущенное яичко подвергается опухолевой трансформации (при брюшной форме в 6 раз чаще, чем при паховой).*

Этиология крипторхизма:

врожденные и приобретенные причины.

- Врожденные: эндокринные нарушения, механические, дисгенезия половых желез, генетические (генные и хромосомные мутации), наследственный фактор, биологические (инфекции), химические (прием лекарств, вредности на работе).

- Приобретенные: операции на паховом канале: грыжесечение, гидроцеле и др.; травмы.

Механические факторы:
(при одностороннем крипторхизме).

- * узость пахового канала;***
- * отсутствие тоннеля в мошонку;***
- * укорочение семенного канатика, влагалищного отростка брюшины, сосудов, питающих яичко;***
- * недоразвитие направляющей связки (губернакула);***
- * перитонеальные сращения в области внутреннего отверстия пахового канала***
- * неправильное положение плода в матке;***
- * низкое внутрибрюшное давление;***

Агенезия: отсутствие закладки гонад, что ведет к феминизации., на стороне отсутствия яичка будут развиваться производные Мюллеровых протоков.

Аплазия: гонада не получила своего развития, что клинически дает аналогичную картину, так как нет андрогенного влияния отсутствующего яичка.

Атрофия яичка: которая могла произойти в силу различных причин: внутриутробный перекрут, инфекции.



По стороне заболевания:

- Крипторхизм справа: 50%, левая половина мошонки «полная», заполнено яичком, скротальный шов мошонки смещен в сторону, не имеющего яичка.*
- Крипторхизм слева: 35%, правая половина мошонки «полная», слева яичко отсутствует.*
- Крипторхизм с 2-х сторон: 15%, мошонка «пустая» с 2-х сторон.*

Основной метод лечения: остается оперативный: орхипексия. Должна при показаниях, быть выполнена до 1,5 лет (может произойти самопроизвольное опущение яичка до этого срока). В более поздние сроки операция может не дать хорошего результата, так как в яичке произойдут диспластические процессы.

При обычной операции: можно использовать, при наличии оптику.

При абдоминальной форме: из-за короткого семенного канатика, операция проводится в 2 этапа, с промежутком 6 мес.

При высоком кремастерном рефлексе: яичко фиксируется к дну мошонки.

Когда яичко удалено или аплазировано: проводится протезирование.

Семенная киста. Сперматоцеле.

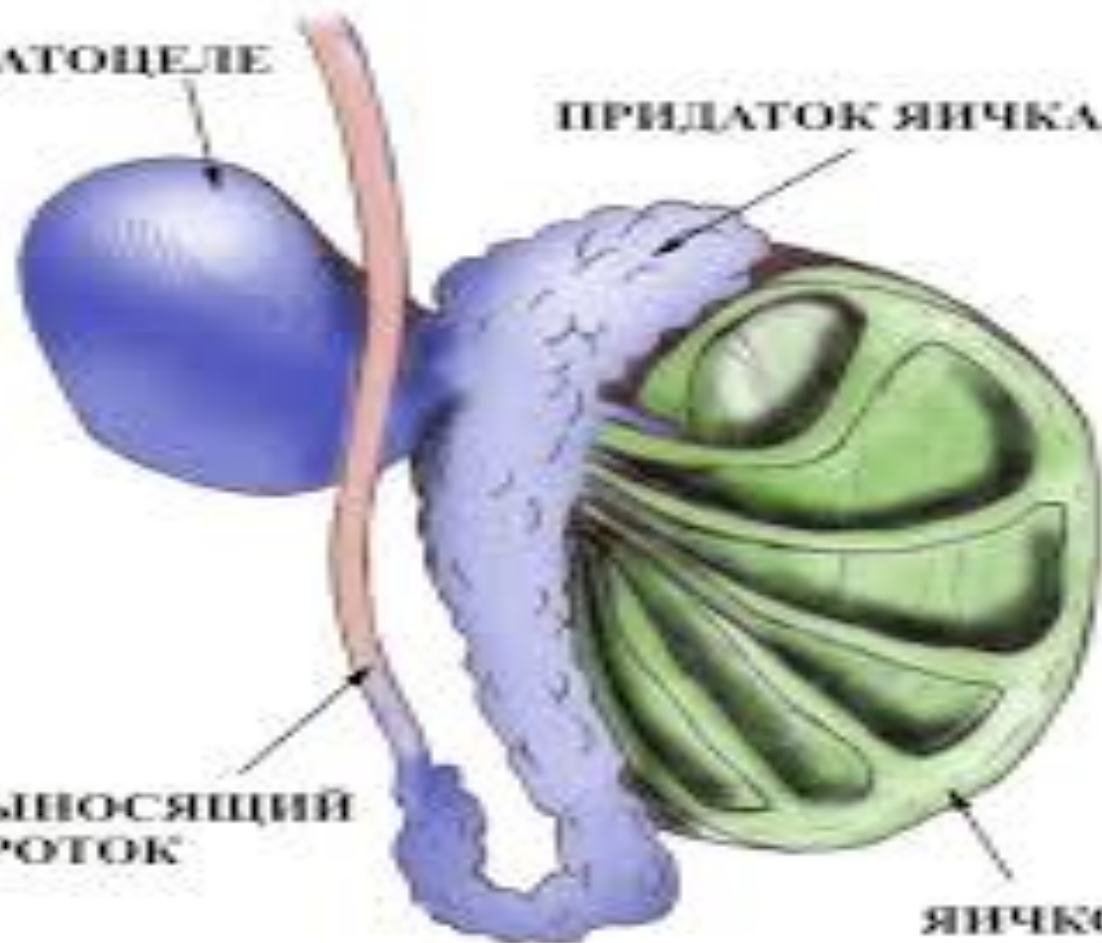
Семенная киста - это полость, связанная с придатком или отшнуровавшаяся от него. Стенка ее состоит из соединительной ткани, изнутри она выслана цилиндрическим эпителием.

СПЕРМАТОЦЕЛЕ

ПРИДАТОК ЯИЧКА

СЕМЯВЫНОСЯЩИЙ
ПРОТОК

ЯИЧКО

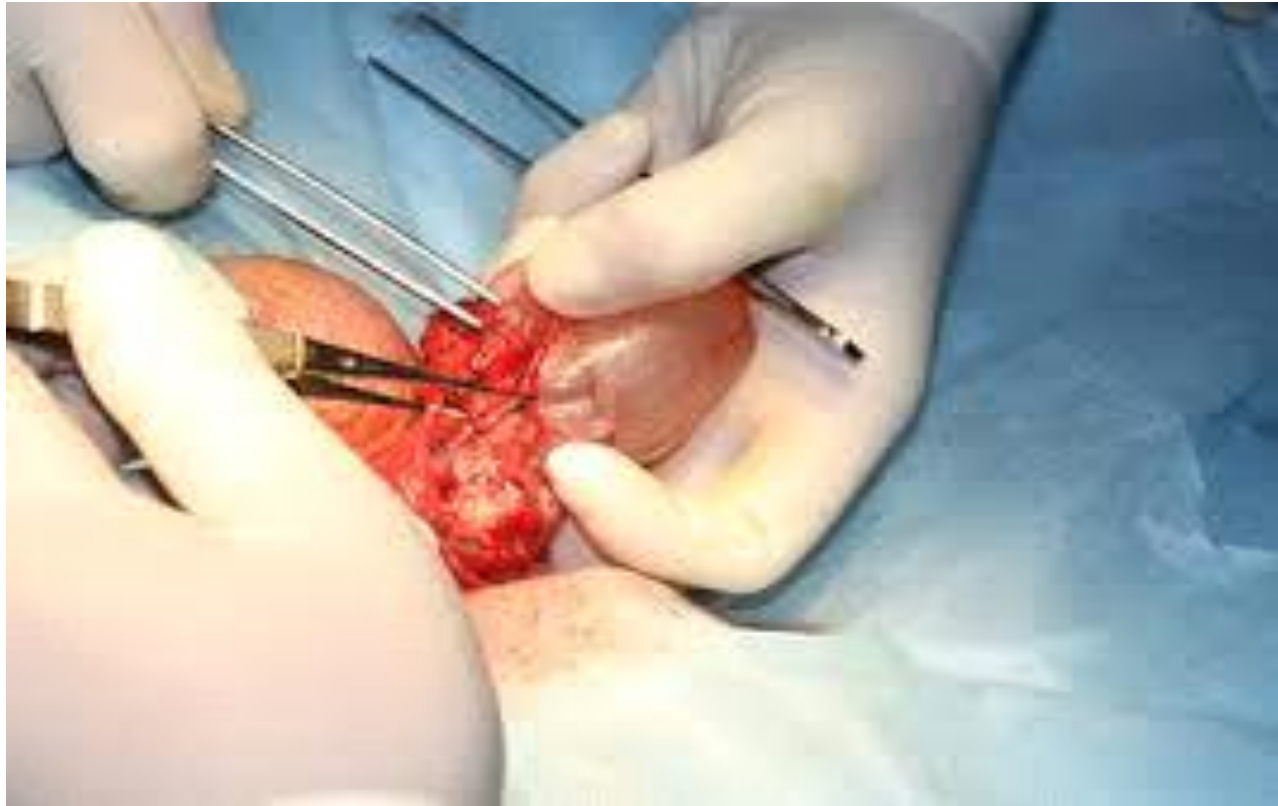


Этиологическими факторами являются:
травма и воспаление.

Заболевание протекает бессимптомно: кисту, как правило, находят при профосмотрах. Большие кисты могут быть обнаружены самими пациентами.

При пальпации: киста представляет собой овоидное или шарообразное образование, исходящее из придатка, мягкоэластичной консистенции, с гладкой поверхностью, флюктуирующее.

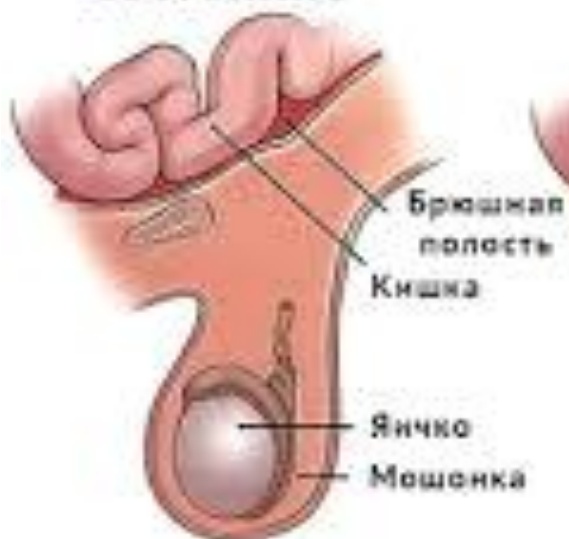




Водянка оболочек яичка (гидроцеле).

Гидроцеле - это скопление жидкости между двумя внутренними (париетальным и висцеральным) листками собственной оболочки яичка.

Нормальное
состояние



Несообщающаяся
водянка



Сообщающаяся
водянка

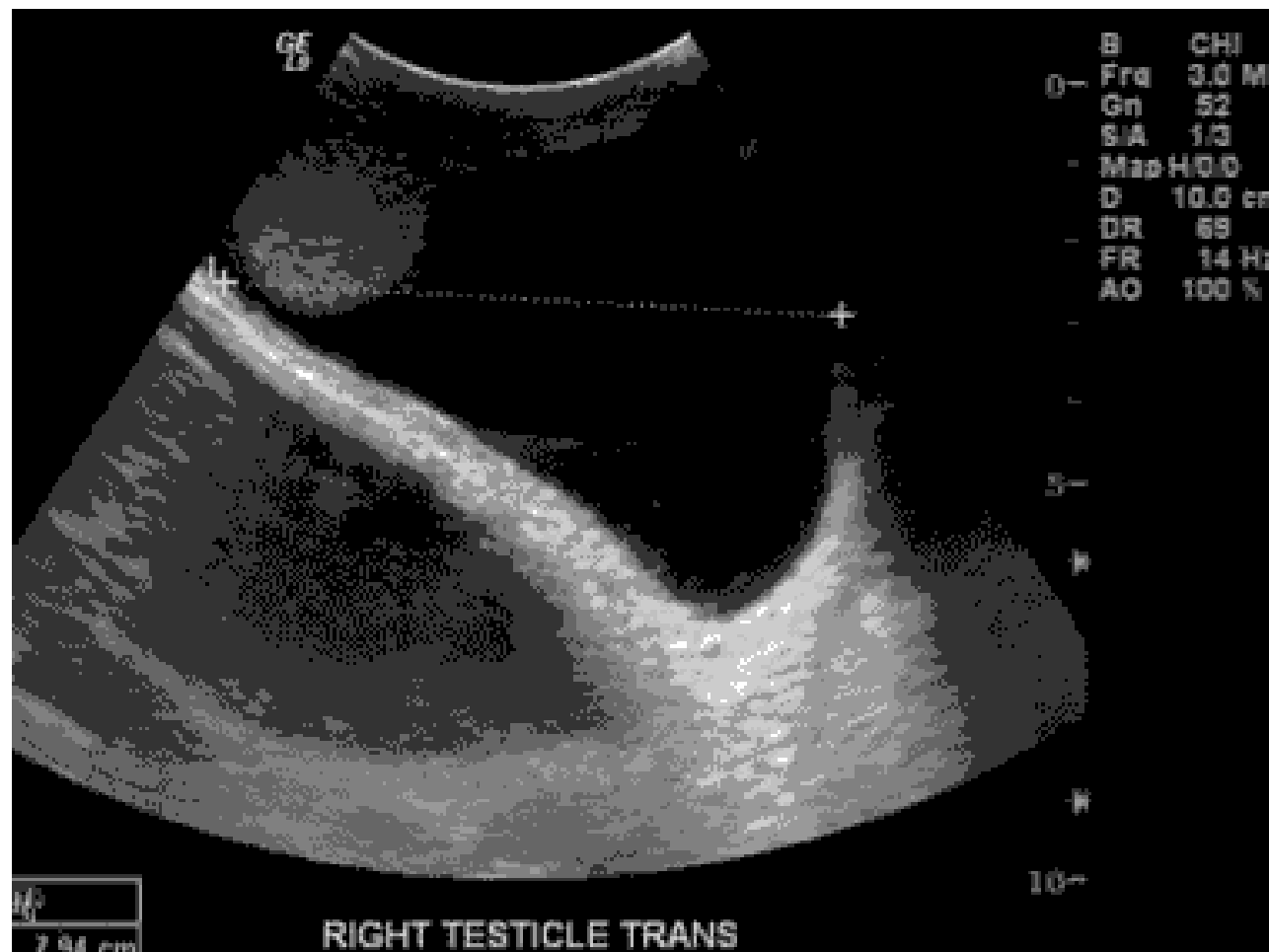


Причинами возникновения водянки яичка могут быть:

- воспаление,***
- травма,***
- опухоль яичка или придатка,***
- накопление транссудата в межбололочечном пространстве при сердечной декомпенсации,***
- при поступления жидкости из брюшной полости вследствие незаращения влагалищного отростка брюшины.***







Лечение. Иногда проводят пункционное освобождение полости водянки с аспирацией жидкости.

Подобная манипуляция имеет место только в редких, экстренных случаях, при определенных условиях.

Нельзя проводить ее при сообщающейся водянке.

При помощи пункции можно выявить гематоцеле при травме, пиоцеле при нагноении, взять жидкость для цитологического обследования.

Основное лечение оперативное. При сообщающейся водянке оболочек яичка тактика с начала выжидательная, так как влагалищный отросток брюшины может и самостоятельно облитерироваться, а водянка ликвидироваться

Фимоз.

Это врожденное узкое отверстие препуциального мешка в месте перехода наружного листка крайней плоти во внутренний.

Это патологическое состояние, при котором затрудненно или невозможно выделение головки полового члена.

Термин имеет греческое происхождение (означает-намордник).

*1) **Физиологический фимоз:** считается до 3 -х лет, хотя по данным многих специалистов он не имеет возрастных рамок и может быть как у новорожденного, так и у 16 летнего подростка. Составляет до 55 %.*

*2). **Хоботковый фимоз:** или гипертрофический. Эта группа составляет до 35%. Среди детей этой группы у многих - до 80% ожирение. Крайняя плоть напоминает хоботок.*

*3) **Рубцовый фимоз:** около 10%. В анамнезе этих детей несколько эпизодов баланопостита или одномоментные выведения головки. Различают рубцовый фимоз: осложненный и неосложненный.*



Лечение фимоза: оперативное.

При операции Вельше: на спинальной части полового члена, проводят через самую узкую часть, рассечение кожи крайней плоти в продольном направлении, а накладывают швы в поперечном.

Детям с рубцовым фимозом: показано оперативное лечение: обрезание кожи крайней плоти, одномоментно: циркумцизио.

Перекрут семенного канатика.

*Данная патология довольно часто встречается у
детей и подростков:*

*0 -3 года: 3%; 4 -7 лет: 7%; 8 -11 лет: 4%; 12- 17
лет: 86 %.*

*Перекрут семенного канатика в основном бывает
односторонним, но встречаются редкие случаи,
когда у одного ребенка в течение года заболевание
возникает и с другой стороны.*

В норме

Семенной канатик



Яичко

Придаток яичка

Перекрут яичка

Перекрученный семенной канатик



Придаток яичка





Лечение: перекрут подвесок яичка и придатка требуют срочного оперативного лечения, проводится операция - гидатиктэктомия. Омертвевшую гидатиду удаляют, полость дренируют.

Назначают суспензорий, при присоединении инфекции: антибактериальную терапию.

При перекруте яичка: срочное оперативное лечение в течение 6 часов: далее нероз тканей.

Спасибо за внимание !