

гипоталамо-гипофизарный комплекс: аминокислотами (глутаминовая, пирарцетам, глицин и т.д.), улучшением церебрального кровообращения (актовегин, инстенон, кавинтон), назначением макроэргов, витаминов (АТФ, В₆ по 20 инъекций на курс), физиотерапевтическим воздействием (электрофорез с йодистым калием). Назначается субкалорийная диета (из-за периферического стероидогенеза, который в еще большей степени тормозит секрецию гонадотропинов, без снижения массы тела невозможно добиться значительного улучшения состояния и уменьшения размера молочных желез).

Опыт показывает, что наилучший эффект лечения наблюдается при нормопубертатном варианте, наихудший – при гипопубертатном. Кроме того, эффективность возрастает, если лечение начинают до 15-летнего возраста. Выраженная гинекомастия слабо поддается консервативному лечению, о чем приходится сразу предупреждать юношей и их родителей и психологически подготавливать к необходимости оперативного вме-

шательства. Следует отметить, что часто после оперативного лечения остаются грубые, яркие келоидные рубцы. Они обезображивают кожу грудной клетки, что еще больше усугубляет депрессию у юношей. Поэтому для избежания этого нежелательного осложнения необходимо экстирпацию молочных желез проводить через разрезы, сделанные вплотную к ареолярному кружку или в подмышечной области. Рубцы в первом случае бывают тонкими, нежными, а во втором незаметными. У 15 пациентов в возрасте 20–24 года, у которых была неэффективная консервативная терапия, нами выполнена подкожная околоареолярная мастэктомия. Во всех случаях послеоперационные рубцы нежные и малозаметные.

Учитывая, что гинекомастия подростков и молодых мужчин – важная этическая и медицинская проблема, такие пациенты должны длительно находиться под наблюдением у уролога и эндокринолога, получать консервативную терапию, и по показаниям – оперативное вмешательство.

ОЛЕОГРАНУЛЕМА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ПАННИКУЛИТА. ТАКТИКА УРОЛОГА

И.М. Русинко

КУ «Днепровская городская больница № 12» ДГС

Панникулит – это воспалительное неинфекционное заболевание, поражающее мягкие ткани человека, то есть, подкожную (или рыхлую) клетчатку. Панникулит имеет много названий – флегмона, гиподермит, жировая гранулема или просто воспаление подкожной клетчатки.

К данному заболеванию могут привести стафилококки, стрептококки или другие бактерии. Несмотря на то, что панникулит обычно возникает в тканях под кожей, это воспаление может возникнуть и в тканях под слизистой оболочкой, вокруг мышечных пучков или вокруг различных органов.

Одну из тяжелых форм панникулита называют рожей или рожистым воспалением. Однако самую тяжелую форму панникулита называют некротизирующим фасциитом. Это крайне опасное состояние, которое характеризуется достаточно высоким уровнем смертности. Как выражаются некоторые специалисты, при этом состоянии «бактерии буквально съедают человека живьем». При наличии некротизирующего пан-

никулита бактерии действительно распространяются крайне быстро. Это состояние относится к разряду чрезвычайно редких патологий.

В особо тяжелых случаях данного заболевания (в частности некротизирующем фасциите) может потребоваться хирургическое вмешательство, в рамках которого производится разрез кожи, через который удаляется гной и пораженная омертвевшая ткань.

В особо тяжелых случаях последствия могут проявляться в таких состояниях, как гангрена (некроз или омертвление тканей, развивающееся непосредственно в организме больного); общее заражение крови (сепсис); менингит (если панникулит поразил лицевую зону), а также воспаление лимфатических сосудов (лимфангит). Чтобы не допустить развития состояния до таких крайне опасных стадий, необходимо при первых подозрениях на панникулит обратиться к доктору.

Примером панникулита средней и тяжелой степеней тяжести является олеогранулема наружных мужских половых органов.

Под олеогранулемой наружных половых органов принято понимать хронический неспецифический воспалительный процесс в подкожной клетчатке и дерме полового члена, мошонки и надлобковой области, обусловленный преднамеренным введением в ткани полового члена различных маслянистых веществ.

Развивающиеся в месте введения инородных веществ очаги хронического неспецифического воспаления ведут к образованию инфильтратов в подкожной клетчатке и фасциях наружных половых органов, которые со временем, нарушая лимфо- и кровообращение в дермальном слое кожи, обуславливают развитие слоновости, трофических язв, рубцовых деформаций, опухолевидных образований. Возникшие изменения в свою очередь ведут к нарушению копулятивной функции, что заставляет пациентов обращаться за медицинской помощью.

Особенностью клинического течения олеогранулематозного процесса является его склонность со временем к распространению на другие отделы наружных половых органов (корень полового члена, мошонку, промежность и надлобковую область). Олеогранулематозные инфильтраты, образовавшиеся в подкожной клетчатке, еще в большей мере усугубляют нарушение лимфо- и кровообращения в области полового члена и резко ухудшают клиническое течение заболевания. Это обстоятельство позволяет говорить об олеогранулеме не только полового члена, но и наружных половых органах в целом.

Использование маслянистых веществ приводит к рубцовой деформации, изъязвлению кожи полового члена, так как гель или иное вещество после введения вызывают острое воспаление. Развиваются приобретенные искривления полового члена, эректильная дисфункция. Травмы полового члена у пациентов с олеогранулемой могут приводить к гнойно-воспалительным процессам и вторичной инфекции. Осложнения могут проявляться не сразу после введения веществ, а через значительный промежуток времени — 10–12 лет. Введенное маслянистое вещество распространяется между кожным покровом и оболочками пениса, действительно увеличивая размеры органа. Но через некоторое время ткани вступают в реакцию, вызывающую искривление пениса. Вводимое вещество вызывает аллергию, воспаление и нагноение.

В развитии олеогранулемы выделяют несколько стадий (Н.А. Лопаткин и соавт., 1998):

- продуктивную;
- кистозную;

- гиалиноза;
- лимфатического отека.

Процесс формирования олеогранулемы распространяется на мошонку, паховую и лобковую области, мочеиспускательный канал. Инфильтративное поражение соседних участков делает патологию по характеру роста сходной со злокачественными опухолями. Исходя из степени поражения кожи и распространенности фиброза, выделяют три формы заболевания (В.Н. Лесовой и соавт., 1998):

- легкая форма (1-я степень), когда гранулематозный инфильтрат захватывает дистальную часть пениса, поражая крайнюю плоть, венечную борозду, препуциальный мешок;
- тяжелая форма (2-я степень) — асептический фиброз поражает кожу и подкожную клетчатку пениса на всем протяжении, распространяясь на мошонку и лобковую область;
- свищевая форма (3-я степень), когда на фиброзно измененной коже пениса имеются инфицированные раны, язвы, свищи.

Диагноз олеогранулемы пениса основывается на данных анамнеза и осмотра. При этом обязательно требуется исключить венерические заболевания, гепатит С, СПИД и злокачественные опухоли. Основной контингент пациентов с олеогранулемой пениса — это бывшие заключенные и демобилизованные воины.

Клинические проявления заболевания во многом зависят от места введения маслянистых веществ. При проведении инъекций в среднюю треть крайней плоти на 8–12-й неделе заболевания половой член представляется булавовидно утолщенным за счет инфильтрации крайней плоти и кожи дистальных отделов полового члена. Кожа имеет буровато-синюшный цвет, с желтоватым оттенком в местах олеогранулематозных инфильтратов, при пальпации плотная, утолщена, болезненная. Иногда в центре инфильтратов определяются очаги размягчения, свищевые ходы с выделением серозно-геморрагической маслянистой жидкости. Развивающийся на фоне воспаления лимфангоит и лимфостаз в сочетании с инфильтративно-язвенными изменениями в коже крайней плоти вызывают возникновение вторичного рубцово-язвенного фимоза. Введение веществ в основание крайней плоти, как правило, приводило в дальнейшем к развитию парафимоза. Введение вазелина под кожу дистального отдела полового члена приводит к развитию плотных инфильтратов в стволовой части пениса, более быстрому возникновению тяжелой и узлов по ходу тыльных сосудов, распространению инфильтратов в клетчатку корня полового

члена, мошонки, надлобкову область. Половой член в этих случаях значительно утолщен, деформирован рубцами от бывших и имеющихся изъязвлений. Увеличение регионарных паховых лимфатических узлов наблюдалось у лиц с нагноением олеогранулем и наличием изъязвлений.

Под нашим наблюдением находились 32 пациента с олеогранулемой пениса в возрасте от 22 до 48 лет. 24 пациента — бывшие заключенные и 8 — отслужившие срочную службу в армии. У 8 пациентов была диагностирована легкая форма олеогранулемы, у 12 — тяжелая форма, у остальных 12 — свищевая форма заболевания. У 16 пациентов произведено хирургическое удаление олеогранулематозных инфильтратов и поврежденных тканей в один этап с последующим замещением дефекта кожи пениса. Очень важным моментом оперативного вмешательства является оставление как можно большего лоскута внутреннего листка крайней плоти. У 3 пациентов выполнена операция по Райху в модификации В.Н. Лесового в один этап с хорошими отдаленными результатами. У 13 пациентов мы заместили дефект кожи пениса свободным кожным лоскутом, полученным из паховых областей. Кожные лоскуты накладывали

на пенис без натяжения, фиксируя все его края отдельными узловыми кетгутowymi и викриловыми швами. Послеоперационное течение у всех пациентов было без особенностей. У трех пациентов отмечен краевой некроз пришитого лоскута кожи, который после иссечения краев хорошо заэпителизировался. Отдаленные результаты у всех прооперированных пациентов благоприятные. У них исчезло ложное искривление пениса, восстановилась эрекция и появилась возможность полноценной половой жизни. Мы считаем, что консервативное лечение при олеогранулемах не только не эффективно, но и порочно. Поэтому все виды рассасывающей терапии должны применяться в раннем послеоперационном периоде с целью уменьшения рубцовых деформаций и ликвидации перифокальных воспалительных изменений. Консервативное лечение в предоперационном периоде допустимо только при наличии резко выраженных воспалительных явлений (гнойный баланопостит, инфицирование трофических язв, рожистое воспаление кожи полового члена). Данное лечение должно быть не продолжительным (2–3 недели). Его цель — снятие острых воспалительных явлений в зоне предстоящего оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ХІРУРГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПУХЛИНАМИ ЄДИНОЇ НИРКИ

В.М. Лісовий^{1,2}, Д. В. Шукін^{1,2}, Г.Г. Хареба^{1,2}, М.М. Поляков^{1,2}, І.М. Антонян³, Р.В. Стецишин^{2,3}, А.І. Гарагатий¹, П.В. Мозжаків², В.О. Лийченко²

¹ Харківський національний медичний університет

² КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала»

³ Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Хірургічне лікування пацієнтів з пухлинами єдиної нирки є одним з найскладніших розділів онкологічної урології. Ми провели ретроспективний аналіз клініко-морфологічних параметрів цих новоутворень, технічних особливостей їх видалення, рівня періопераційних ускладнень і віддалених результатів.

Матеріали і методи дослідження. До дослідження були залучені 40 (3,5%) з 1150 пацієнтів, що оперувалися з приводу пухлин нирок упродовж останніх 10 років. Середній вік хворих складав 64,2±9,4 року. У всій вибірці переважали чоловіки (28/12). У 37 (92,5%) спостереженнях хворі страждали на нирково-клітинний рак, у 2 (5%) випадках мали місце ниркові ангіоміоліптоми, у 1 (2,5%) пацієнтки відзна-

чався перехідно-клітинний рак верхньої чашки єдиної нирки. Єдина природжена нирка виявлена у 2 (5%) хворих, у 5 (12,5%) пацієнтів нирка видалялася з приводу неонкологічної патології, в інших 33 (82,5%) спостереженнях нефректомія проводилася з приводу пухлини нирки. Рівень креатиніну до оперативного втручання дорівнював у середньому 132±16,8 мкмоль/л. Екстракорпоральна резекція з ауто трансплантацією нирки використовувалася у 6 (15%) випадках, у 34 (85%) пацієнтів операції проводилися інтракорпорально. Інтракорпоральна резекція нирки в умовах її гіпотермічної перфузії була здійснена у 3 (7,5%) хворих. Розміри пухлин варіювали від 32 до 94 мм (58±8,6 мм). Стадії T1a відповідали 6 (16,2%) пухлин, T1b — 16