Государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет

Имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Педиатрический факультет

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

Зав. Кафедрой: КМН, доцент Портнягина Э.В.

Руководитель ординатуры: КМН, доцент Портнягина Э.В

.

**Реферат**

**Крипторхизм**

Выполнил: ординатор кафедры детской

хирургии с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

Блинов А.В.

Красноярск 2022 г.

**План реферата**

1) Общие сведения о крипторхизме

2) Этиология и формальный генез

3) Классификация крипторхизма

4) Клиника крипторхизма

5) Диагностика крипторхизма

6) Хирургическое лечение крипторхизма

7) Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения крипторхизма

8) Заключение.

**Общие сведения о крипторхизме.**

Клинически термин «крипторхизм» (kryptos-скрытое, orchis-яичко) является

синонимом термина «неопустившиеся яички», который в свою очередь определяет

то, что яички при внутриутробном развитии плода не спустились до своего

нормального положения на дне мошонки. Такое определение делает термин

«крипторхизм» собирательным, обобщающим все те аномалии положения яичка,

когда оно не достигает дна мошонка Taким oбpазом, в пoнятиe «крипторхизм»

входят различные виды эктопии яичек, незавершенное опускание (когда яичко

расположенно высоко в мошонке). Аномалия бывает односторонней

(kryptorhismus unilateralis) и двусторонней (kryptorchismus bilateralis).

Крипторхизм, как и паховые и особенно врожденные грыжи, бывает чаще справа.

Крипторхизм не относится к числу редких хирургических заболеваний. У

взрослых аномалия положения яичек наблюдается в 0,3% случаев, а у детей и

подростков — в несколько раз чаще, составляя к периоду полового созревания

2—3%.

**Этиология, эмбриогенез**

В процессе роста и развития мужские половые железы претерпевают в

эмбриогенезе значительные изменения в своем положении: они опускаются от места первичной закладки в поясничной области через переднюю брюшную стенку в мошонку. Этот сложный и длинный путь опускания является основной предпосылкой возникновения аномалий положения яичка.

На одном из этапов своего нормального пути от нижнего полюса почки до

входа в мошонку яичко может задержаться. Это состояние обозначается как

незавершенное опускание или задержка яичка (retentio testis). Различают две

основные формы задержки яичка: брюшную, когда яичко остается в пределах

брюшной полости (retentio testis abdominalis), и паховую, когда яичко

задерживается в паховом канале или у его поверхностного кольца (retentio

testis inguinalis).

Наряду с задержкой яичка встречается и другая, более редкая аномалия его

положения, связанная с неправильно закончившимся процессом опускания.

При этой аномалии яичко уклоняется от нормального пути и по выходе из

поверхностного пахового кольца может, подвернувшись кверху, располагаться

на апоневрозе наружной косой мышцы живота недалеко от поверхностного

пахового кольца — паховая эктопия (ectopia testis inguinalis).

В этиологии и патогенезе крипторхизма наряду с концепцией анатомо-

механического порядка значительное место занимают теорий гормональной

нeдостаточности. Если односторонняя паховая ретенция и разные виды эктопии

яичек имеют в своем генезе ана- томо-механические причины, то при

двусторонних aбдоминальных задержках (так называемом истинном крипторхизме)

причиной, в современном понимании этиологии и патогенеза крипторхизма,

являются гормональные и наследственно-биологические факторы наряду с

первичным дефектом эмбриональных закладок.

Эндокринные причины дистопии яичек сложны и разнообразны и чаще всего

«сосредоточены по оси гипофизо-генитальной» (Zanini и Marconi, 1960). Они

состоят или в недостаточной секреции гонадотропного гормона передней доли

гипофиза, или в недостаточной реакции яичек на гипофизарное раздражение.

При первичной эмбриональной аплазии яичка (первичной аплазии герминативного

эпителия) избыток секреции гонадотропина, не регулируемый аплазированным

яичком, вызывает в свою очередь морфологическое изменение в передней доле

гипофиза. В результате — нарушение гормональной корреляции, а неполноценные

яички, неспособные реагировать на гормональную стимуляцию, не опускаются.

В редких случаях сочетания дистопии яичек с diabetes insipidus или с

ожирением типа dystrophia adiposogenitalis имеет место гипоталамическая

этиология (Knauth и Potempa, 1963). Установлена также связь задержки

миграции и развития яичек на почве тиреоидной недостаточности.

Следует отметить, что и в настоящее время недостаточно ясны

потенциальные возможности неопустившихся яичек в смысле возрастной

границы, когда еще возможна регенерация сперматогенного эпителия после

перемещения яичек в мошонку и тем самым ликвидация неблагоприятных

физиологических условий. Очевидно, эти возможности не исчерпываются

полностью и в период полового созревания.

**Классификация крипторхизма**

B распознавании отдельных форм заболевания, oпределении методов лечения,

выборе возрастных сроков для операции и уточнении предстоящего объема

вмешательств большое значение имеет классификация крипторхизма.

Под истинным крипторхизмом обычно подразумевают абдоминальную задержку

гипоплазированных яичек. Гипоплазия может быть результатом герминативного

порока развития — первичная или гормонально обусловленная -вторичная.

Истиный крипторхизм, как правило, бывает двусторонним и имеет своим

фоном более или менее выраженную картину общей эндокринопатии. Это наиболее

сложная форма крипторхизма, представляющая значительныё трудности в

распознавании и лечении.

Ретрагированное яичко, свободно подвижное (псевдоретенция, или ложный

крипторхизм), расположёно в паху и может быть перемещено исследующей рукой

путем легкой тракции до корня мошонки, а затем снова ускользнуть в паховый

канал.

В практическом отношений целесообразно выделить приобретенный

крипторхизм, который может явиться следствием травмы, неудачного

оперативного вмешательства, ношения бандажа.

Ретроперитонеально расположенные яички—абдоминальные ретенции и тазовые

эктопии — можно по праву отнести к так называемому истинному крипторхизму:

яички действительно «надежно спрятаны» и клиническим методам обнаружения

недоступны. Уточнение диагноза здесь возможно в большинстве случаев лишь

при лапаротомии. Среди эктопий следует выделить паховую эктопию, на которую

приходится 1/3 всех случаев пахового крипторхизма.

Парадоксальная эктопия (ectopia transversa paradoxa), при которой оба

яичка расположены в одной половине мошонки и опускаются через один паховый

канал, встречается редко и не отражается на состоянии и функции яичек.

Случаи ectopia transversa paradoxa не следует относить к крипторхизму,

поскольку оба яичка ходятся в мошонке.

**Клиника крипторхизма**

1. Боли

У 60-70% всех больных крипторхизмом наблюдаются тянущие боли в паховой

области или чувство неловкости. Это постояные , нерезкие со своеобразной

эмоциональной окраской болевые ощущения. При паховой эктопии яичка

тянущие боли бывают иногда при длительном пребывании в положении сидя, что

можно объяснить сдавлением яичка в бедренно-паховой складке. Вообще данные

свидетельствуют о резком возрастании частоты болевого синдрома у больных

старше 20 лет, что вполне является понятным.

2. Вторичные половые признаки

При исследовании больного с крипторхизмом оценка характера и развития

вторичных половых признаков позволяет клинически определить функцию яичек,

выявить отклонения полового развития и др.

3. Сопутствующие аномалии

У некоторых больных крипторхизм выступает как одно из многих проявлений

расстройств врожденного порядка. В какой мере крипторхизм входит составной

частью в комплекс этих нарушений, - в качестве ли непременного атрибута,

случайным проявлением из числа множества генетических аберраций или же в

других, пока неизвестных нам связях, -все это остается невыясненным. Вот

почему необходимо обращать внимание на сочетание крипторхизма с

аномалиями.

Среди таких аномалий присутствуют: расщелина губы и неба, короткая

уздечка языка, врожденный порок сердца, атрезия ануса, пупочная грыжа,

фимоз, гипоспадия и многие другие диспластические аномалии.

4. Сопутсвующая патология

А) Грыжи

Б) Гидроцеле

5. Осложнения

А) Воспаление

Б) Ущемление

В) Заворот

Г) Малигнизация

**Диагностика крипторхизма**

Обследование больных с крипторхизмом, как и при других нозологических

формах, должно быть комплексным и с необходимостью включать

общесоматическое, урологическое, рентгенорадиологические и др.

исследования, в том числе и по возможности специальное генетическое.

1. Анамнез

Помимо общего, специальный анамнез предполагает уточнение данных

перинатального, постнатального, семейного анамнеза. Сбор анамнеза у детей,

подростков и юношей необходимо стремиться дополнить подробной беседой с

родителями, лучше с матерью.

Диагностика крипторхизма имеет в виду: 1) выявить локализацию яичка; 2)

дать анатомо-функциональную характеристику неопущенного яичка; 3)

попытаться уточнить этиологию и патогенез неопущенного яичка у данного

больного.

2. Эпидемиологическое исследование

3. Физикальное исследование

А) Осмотр

Б) Пальпация

4. Инструментальные методы исслелования

Включают в себя орхиволюмометрию, тестиметрию, орхиотонометрию.

5. Аппаратные методы исследования

Для постановки и уточнения диагноза крипторхизм используются такие методы,

как: краниография, остеография, урография, пельвиграфия, ангиография,

компьютерная томография, ЯМР, радионуклидные исследования, УЗИ,

лапороскопия и т. д.

**Хирургическое лечение крипторхизма**

1. Выбор оптимального возраста для оперативного вмешательства

2. Показания к операции

Для неопущенного яичка в настоящее время есть лишь один метод лечения -

хирургический. Хирургическое лечение служит методом выбора в следующих

случаях: 1) все варианты эктопических яичек; 2) при наличии сопутствующей

грыжи; 3) все варианты ретенции яичка с убедительной симптоматикой,

подтверждаемой физикальным и другими видами исследований; 4) ятрогенный

(рецидивный) крипторхизм; 5) пубертатный возраст впервые обратившегося к

врачу больного с неопущенным яичком.

В плане решения ведущей цели лечения, - сохранения фертильности, -

современные возможности в отношении крипторхизма с учетом его

гетерогенности могут быть ориентировочно классифицированы в следующие

группы; лечения в соответствии с известной схемой Burger a. de Kretser

(1981):

I. Рациональное лечение:

1) вторичная тестикулярная патология (дистопия),

2) обструктивная азооспермия (включая полную сепарацию придатка и яичка),

3) сексоневроз.

II. Эмпирическое лечение:

1) олитоспермия,

2) низкая подвижность спермиев.

III. Никакого лечения:

1) первичная тестикулярная патология (дисгенезия),

2) агенезия придатка, семявыносящего протока,

3) редкие врожденные синдромы.

Значение схемы заключается в констатации реальных возможностей хирургии,

к сожалению, пока довольно ограниченных, и, по-видимому, ни по одному

другому вопросу это так демонстративно не проявляется, как по вопросу

сохранения сперматогенеза в низведенном яичке.

3. Низведение яичка в мошонку

Оперативное вмешательство при кринторхизме включает в себя несколько

этапов: а)выбор оперативного доступа; б)мобилизация элементов семенного

канатика; в)создание ложа яичку; г)орхиофиксация.

А) Выбор доступа

Повсеместно применяется традиционный паховый доступ, описанный для

орхиопексии Schuller в 1881 г., а также Langerhans (цит. по Morger a.

Gysler, 1977). Поскольку низведение яичка и грыжесечение - одни из наиболее

частых операций в детской хирургии, то рутинность применения пахового

доступа представляется сама собой разумеющейся, хотя при этом

затушевываются особенности той и другой операции. Прежде всего, косой

надпаховый разрез, применяемый при грыжесечении у взрослых или же

рекомендуемый кожный разрез от лобкового бугорка по направлению к верхней

подвздошной ости (Redman, 1980) не отвечают косметическим целям.

Предпочтительнее разрез 4-6 см по нижней брюшной косой мышцы живота и

рассекается по ходу волокон через поверхностное паховое кольцо.

Преимущества этого разреза в том, что с наступлением пубертатности лобковые

волосы маскируют почти весь послеоперационный рубец. Кроме того, при этом

разрезе не отмечено келлоидных рубцов, тогда как при надпаховом разрезе

такое осложнение бывает.

B условиях ограниченности паховым доступом нет иного выхода, кроме как

попытаться расширить его пересечением в латеральном направлении внутренней

косой и поперечной мышц, поперечной фасции, что известно как расширенный

паховый доступ по Gross (1956). Этот доступ использовал Redman (1980) в

поисках высоко ретенированного яичка. В случаях короткости тестикулярных

сосудов Коор (1977) предложил из пахового доступа рассекать апоневроз

наружной косой мышцы по ходу его волокон, а затем внутреннюю косую мышцу до

внутреннего пахового кольца, но без рассечения поверхностного пахового

кольца. Этот доступ использовали Gibbons a. oth. (1979), Woodard a. Trulock

(1983), а у нас в стране – А. А. Гайбуллаев (1984). Mengel a. Hecker (1983)

для получения достаточного простора для мобилизации пересекали на

расстоянии 2 см элекгроножом внутреннюю косую и поперечную мышцы от

внутреннего пахового кольца.

Гораздо менее травматичным, отвечающим требованиям высокой забрюшинной

мобилизации элементов семенного канатика является предбрюшинный доступ,

предложенный в герниологии хирургом госпиталя Королевского Колледжа в

Лондоне G. Lenthal Cheatle (1920, 1921).

Методы временной орхиофиксации

Метод Микстера

Фиксация низведенного яичка в мошонку прошивной лигатурой к коже

ипсилатерального бедра четко описана у Mixter(1924). Важным моментом для

этого и многих других способов орхиофиксации является такая деталь

операции, как техника проведения фиксирующей («якорной») лигатуры.

Фиксирующую лигатуру проводят в области перехода белочной оболочки в

собственную оболочку яичка у нижнего полюса. Выбор дистальной точки

фиксации определяется предварительной «примеркой», исходя из такого

положения яичка, при котором нет тяги за тестикулярные сосуды.

Метод Китля

Техническое выполнение операции временной орхиопексии с созданием кожной

мошоночно-бедренной манжетки (анастомоз) осуществляется в определенной

последовательности. После создания ложа для яичка на дне мошонки делают

разрез длиной 2-2,5 см. Уровень разреза на бедре ставят в зависимость от

степени удавшейся мобилизации элементов семенного канатика, что тоже

делается с помощью примерки. На заднюю губу анастомоза накладывают швы из

рассасывающего материала, после чего якорным швом фиксируют яичко и ушивают

переднюю губу анастомоза. На уголки анастомоза накладывают швы по Тоrek.

Разъединение анастомоза производится через 6-8 нед.

Метод Фоулера

Одним из шагов по пути отказа от способов ригидной орхиофиксации к бедру

было применение метода Fowler (1972). Техника его выполнения состоит в том,

что лигатура, ранее наложенная в избранной точке, проводится через нижнюю

часть мошонки, после чего прошивается промежностный шов позади мошонки так,

чтобы при последующем завязывании шва не было тракции за тестикулярные

сосуды. Указанием на имеющуюся тракцию служит натяжение промежностного шва.

При фиксации по Фоулеру яичко почти всегда несколько оттягивается к задней

поверхности мошонки, не давая характерного выпячивания ее контуров. Якорный

шов снимается на 6-е сут.

Метод Бивена

Фиксация низведенного в мошонку яичка производится прошивной лигатурой, оба

конца которой выведены через мошонку и завязаны на трубке. Трубку и нить

удаляют на 7-е сутки после операции.

Методы постоянной орхиофиксации

Метод Петривальского-Шемакера

Метод предложенный более полустолетия назад обрел много сторонников у нас в

стране.

Выполняется он так. После завершения мобилизации элементов семенного

канатика указательный палец проводится через пахово-мошоночный туннель до

дна мошонки, которая с помощью первого пальца этой же руки подтягивается в

рану. Вблизи дна мошонки вводят раствор новокаина для гидравлической

препаровки мясистой оболочки от кожи (подкожного жира в мошонке нет). Здесь

же над пальцем делают поперечный разрез кожи соответственно поперечному

(короткому) диаметру яичка, обычно 2-2,5 см.

Тупой диссекцией, используя изогнутый зажим Бильрота или ножницы,

формируют ложе для яичка между кожей мошонки и мясистой оболочкой.

Образовавшийся карман имеет колоколообразную форму, причем его величина

должна быть достаточной для свободной аккомодации яичка. Мясистая оболочка

захватывается двумя зажимами, между которыми рассекается. Теперь изогнутый

зажим проводится через мошонку в паховую рану, захватывает концы лигатуры,

прошитой через оболочки, и яичко выводится в мошоночную рану.

С обеих сторон на разрез мясистой оболочки еще до выведения яичка в

мошонку накладывают капроновые швы таким образом, чтобы оставляемое

отверстие не позволило яичку выскользнуть кверху, но не было настолько

узким, чтобы стать причиной гемоциркуляторных расстройств в яичке.

Лигатурами, наложенными на мясистую оболочку, не прошивают яичко или его

оболочки (Ерохин А. П.), как это делают другие авторы. Этот метод также

часто сочетается с другими способами орхиофикспции (Фоулер, Бивен). Якорный

шов при дополнительной фиксации как по Фоулеру, так и по Бивену-Бенсону-

Лотфи сниммается на 6-7-е сутки после операции.

Метод Омбредания

Метод основан на фиксации яичка к перегородке мошонки. Продолжительность

выполнения операции низведения по Омбреданну занимает 40 минут, что не

отличается по времени и усилиям от производства операции по другим методам

постоянной орхиофиксации.

[

Орхиосептопексия

Рассматривая возможные варианты использования перегородки мошонки, можно

без особых натяжек заметить логическую последовательность от способа

Ombredanne (1910) транссепгального перемещения неопущенного яичка за

перегородку мошонки к способу Welch (1972) "оконной септопексии" - фиксации

низведенного яичка в самой перегородке мошонки (схема 1 - 3) и затем к

фиксации в ипсилатеральной половине мошонки к перегородке (схема 1 - 4).

Способ, названный орхиосептопексией, предельно прост для технического

выполнения. Указательным пальцем, введенным со стороны дна мошонки,

выпячивают перегородку мошонки в паховую рану, проводят и завязывают

лигатуру. Убирая палец, перемещают яичко вместе с мошонкой в ортотопическое

положение. Достоинством способа является отсутствие манипуляций на

перегородке, кроме фиксации одним швом из нерассасывающегося материала. Тем

самым учтено предостережение об опасности циркулягорной недостаточности при

наложении многих фиксирующих швов.

Хорошо зарекомендовал себя такой метод орхиофиксации, как

орхиосептоадгезия. Суть метода заключается в том, что спомощью тканевого

клея МК-7 производят приклеивание общей влагалищной оболочки яичка к

перегородке мошонки.

При освещении оперативного вмешательства при крипторхизме следует

затронуть некоторые особенности лечения других разновидностей этого

заболевания.

Так двустороний крипторхизм рекомендуется оперировать раздельно и делать

перерыв между операциями с одной и другой стороны не менее чем в 6-8

месяцев. Это связано с тем, что хирург не застрахован от случайных

осложнений, связанных с операцией, и неудачный исход операции и атрофия

обоих яичек равносильно кастрации. Имеет значение и продолжительность

опарации, которая часто проводиться под местной анастезией и тяжело

переноситься мобильной психикой больного.

Многие хирурги и урологи весьма сдержанно относятся к оперативному

лечению и двусторонней абдоминальной ретенции. Так как многие высказывают

мысль, что всякое яичко расположенное в брюшной полости является

неполноценным. Однака в пользу хирургического лечения двустороннего

абдоминального крипторхизма говорят и убедительные статистические данные.

При нелеченном двустороннем крипторхизме примерно в 10% случаев

сохраняется сперматогенез. При своевременной удачной операции эта цифра

достигает 70-80%.

4. Крипторхэктомия

В хирургии крипторхизма альтернативой операции низведения яичка в мошюнку

выступает первичная крипторхэктомия. Хирурги относительно редко прибегают к

такому решению, если только нет тотальной атрофии, стремясь при малейшей

возможности сохранить источник даже остаточной инкреторной функции.

Считают, что у мальчиков до возраста половозрелости крипторхэктомия

показана: 1) при гипоплазии, атрофии неопущенного яичка; 2) При

недостаточности длины семявыносящего протока, что препятствует низведению

яичка; 3) при коротких элементах семенного канатика с нарушенным

урогентиальным соединением. У больных других возрастных групп показания к

первичной крипторхэктомии следующие: 1) односторонний крипторхизм у больных

старше 20 лет; 2) подозрение на малигнизацию. Следует не забывать, что о

возможности орхиэктомии родители мальчика должны быть информированы до или

даже во время операции.

В техническом отношении крипторхэктомия не представляет особенностей, за

исключением случаев, подозрительных на малигнизацию. В этих условиях

применяют паховую эксплорацию или же лапаротомию при брюшной опухоли,

мобилизацию семенного канатика не ниже уровня внутреннего пахового кольца с

изоляцией семенных сосудов от остальной части канатика, окклюзию сосудистой

ножки мягким зажимом на уровне внутреннего кольца, выведение яичка из

мошонки с рассечением общей влагалищной оболочки для эксплорации яичка.

Яичко удаляется после высокого пересечения семенного канатика.

5.Послеоперационный период

Ведение послеоперационного периода в хирургии крипторхизма имеет некоторые

особенности, а возможная общая тяжесть его закладывается в значительной

мере в ходе самой операции.

При всех методах временной орхиофиксации за бедро (нитью, кожной

манжеткой и пр.) с целью профилактики возможной тяги за тестикупярные

сосуды, а также обеспечения послеоперационного комфорта нижнюю конечность

больного на оперированной стороне укладывают на шине Бёлера или же

подкладывают в подколенные области толстый валик. Полусогнутое положение

нижних конечностей сохраняется 3-4 суток, хотя больному разрешаеться ходить

со 2-го. послеоперационного дня. Первую перевязку делают на следующий после

операции день. Кожную манжетку ежедневно обрабатывают раствором

бриллиантового зеленого. На период до второго этапа операции Китли больных

и их родителей обучают навыкам гигиенического ухода за кожной манжеткой, в

особенности области туннеля между мошонкой и бедром. При способах временной

орхиофиксации Микстера, Фоулера, Бивена часто отмечается мокнутие в месте

выхода ниш из мошонки и у места фиксации к коже бедра. В этих случаях 2-3

раза в день наносят на нити у мест мокнутия по нескольку капель винного

спирта, что значительно улучшает состояние кожи. Фиксирующий шов удаляют иа

6-е с., а швы паховой раны на 5-6-е с. и тогда же выписывают больного

домой.

Послеоперационное ведение больных после применения методов постоянной

орхиофиксации имеет свои особенности. После орихосептопексии,

орхиосептоадгезии больной держит ноги в постели полусогнутыми, а бедра

разделенны подушкой или валиком, чтобы предотвратить их аддукцию в

ближайшем послеоперационном периоде. Первые 4 дня больного содержат без

трусов, хотя ходить разрешают на следующий день. В дальнейшем всем больным,

оперированным по поводу неопущенного яичка, не рекомендуют носить тесные

трусы, джинсы, "плавки" и т.п. в любое время года, а зимой, как это

рекомендует Abzelius (1979), советуют пользоваться кальсонами на 1-2

размера больше, вырезая участок в области промежности.

В послеоперационном периоде, кроме рутинной медикаментозной терапии, на

основании экспериментальных работ (Райцина С.С. и др., 1974; Neufeld a.

oth., 1972) по профилактике посттравматической атрофии семенника угнетением

медиаторов воспаления - простагландинов - больным назначают

ацетилсалициловую кислоту в дозе 50 мг/кг в течение 7 дней.

Среди послеоперационных осложнений встречаются такие, как: 1)нагноение

паховой раны; 2) нагноение уголков кожной манжетки; 3) острый некроз яичка

Летальность при оперативном лечении крипторхизма сообщается исключительно

редко.

**Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения крипторхизма**

Большинство клиницистов при оценке отдаленных результатов основывается на

состоянии низведенного яичка: его величине и консистенции. Одновременно с

этим учитывают подвижность и положение яичка: у дна мошонки, у основания

или вне ее. Важным тестом является состояние половой функции. Однако

судить о состоянии половой функции можно только после наступления полового

созревания, да и то при наличии двусторонней аномалии. Согласно

литературным данным, наличие одного нормально расположенного в мошонке

яичка оказывается достаточным как для формирования вторичных половых

признаков, так и для обеспечения нормального сперматогенеза.

Проводя оценку результатов оперативного лечения пользуются следующей

схемой.

Результаты оцениваем как отличные, если низведенное яичко увеличивается

до размеров здорового или же отмечается заметная тенденция к увеличению его

размеров. Одновременно с этим яичко должно соответствовать здоровому по

своей консистенции и свободно располагаться в средней или нижней трети

мошонки, т. е. быть достаточно подвижным. К хорошим результатам относят те

случаи, когда не отмечается тенденции к увеличению размеров низведенного

яичка, но оно свободно расположено в средней или нижней трети мошонки.

Однако размеры и консистенция низведенного яичка не должны быть меньше, чем

они были до oперации. Только в этом случае можно быть уверенным, что

операция технически была выполнена правильно.

Если яичко увеличилось в размерах, но расположено высоко в мошонке,

результат операции расценивается как удовлетворительный.

Результаты определяются как плохие в случае некроза яичка или его

атрофии. Подобным же образом следует рассматривать и ретракцию яичка при

расположении его вне мошонки независимо от наличия жалоб и состояния яичка.

Всякое заметное уменьшение размеров яичка и его консистенции не может

расцениваться иначе как неудовлетворительный результат.

Нужно сказать, что чем больше развивается хирургия, тем больший процент

отличного результата. В настоящее время результаты операций распределяются

следующим образом: хорошо>=отлично>удовлетворительно>неудовлетворительно.

**Заключение**

За последние годы много нового и неожиданного внесено в учение о

крипторхизме и клиническую практику. Становится все более очевидным, что

решение этой проблемы требует коллективных усилий специалистов различного

профиля, включая генетиков, морфологов, иммунологов, эндокринологов,

хирургов и др. Практический врач окажется на уровне современных требований,

если будет не только четко ориентироваться в принятых схемах диагностики и

лечения больных с неопущенными яичками, но и быть в курсе современных

теоретических исканий в области крипторхизма, включая противоречащие друг

другу точки зрения, неясности и затруднения.

**Список использованной литературы**

1) Горелик С. Л. «Крипторхизм и его хирургическое лечение» М. 1981 г.

2) Ерохин А. П., Воложин С. И. «Крипторхизм» М. 1995 г.

3) Исаков Ю. Ф. «Детская хирургия» М. 1978 г.

4) Долецкий С. Я. «Детская хирургия» М. 1970 г.