

Уникальное вмешательство у девочки 4 лет с нарушением формирования пола 46XX, овотестикулярной формы, провёл в Казани профессор кафедры детской хирургии Казанского государственного медицинского университета Наиль Акрамов. Симультанная операция включала диагностическую лапароскопию по методике единого эндовидеохирургического доступа с последующей гонадэктомией и одноэтапной феминизирующей генитопластикой.

Родители девочки обратились в эндокринологическое отделение Детской республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан с жалобами на интерсексуальное строение наружных половых органов: наличие полового члена, выпячивание по типу грыжи в левой паховой области и «неправильный» вход во влагалище. При осмотре установлено строение наружных половых органов по смешанному типу: клитор гипертрофирован до 4,5 см, у его основания располагается наружное отверстие уретры, крайняя плоть сформирована по дорзально-боковым поверхностям, малые половые губы не сформированы, вход во влагалище сужен, имеет переднее положение, по нижней полуокружности интроитуса кожная складка, прикрывающая вход на половину диаметра. В паховых областях патологические образования пальпаторно не определялись.

Ребёнку было выполнено полное эндокринологическое обследование, по результатам которого изменений гормонального статуса не выявлено. Дважды проведено кариотипирование ребёнка – подтверждён нормальный женский кариотип 46XX. Инструментальные методы обследования включали ультразву-

Работают мастера

Редкая операция в Казани

Описания подобного случая в медицинской литературе не выявлено



ковые исследования: эхоскопия надпочечников патологических изменений не выявила, ультразвуковое исследование органов малого таза зафиксировало: тело матки с шейкой 10 x 5 x 7 мм, над маткой визуализируется гипозоногенное образование 10 x 5 мм, по структуре идентичное яичнику. Левый яичник был расположен в левом паховом канале, подвижный, при надавливании уходил в брюшную полость, увеличен, предположительно состоял из двух частей, общий размер яичника 19 x 7,8 мм, одна его часть

13 x 8 мм с фолликулами диаметром до 1,7 мм, другая часть имеет более сглаженную структуру, размером 11 x 6 мм.

Учитывая предположительную картину овотестикулярной дисгенезии гонад, было решено провести диагностическую лапароскопию с возможной биопсией гонад и при достоверном установлении женского пола выполнить феминизирующую генитопластику.

По методике единого эндовидеохирургического доступа через полулунный разрез длиной 2,5 см по нижней полуокружности

пупочной складки в брюшную полость был установлен четырёхканальный эластичный порт (SILS-port), в который введено три 5-миллиметровых троакара для инструментов. При проведении операции использовались изгибаемые инструменты типа ротикюлятор. С использованием ультразвуковых ножниц образования, идущие в паховый канал, были максимально иссечены, левая гонада, имевшая хрящевидную плотность, полностью удалена на уровне дистальной трети маточной трубы. На этом лапароскопическая часть операции была закончена. Учитывая женский пол ребёнка, как по кариотипу, так и по внутренним половым органам, далее была проведена одноэтапная феминизирующая генитопластика в объёме уменьшающей клиторопластики с сохранением сосудисто-нервных путей головки клитора, формированием малых половых губ и V-образной интроитопластики.

При выполнении лапароскопии каких-либо интраоперационных осложнений не было. Кровапотеря составила менее 5 мл. Длительность лапароскопической части операции с момента установки SILS-port до зашивания кожи составила 26 минут. Продолжительность феминизирующей генитопластики – 94 минуты. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка была выписана домой на 7-й день после операции.

– Потребности эндокринологической службы в определении лечебно-диагностической тактики у детей с нарушением формирования пола тесно переплетаются с возможностями эндоскопической хирургии, и в частности лапароскопии, – сказал нам Наиль Рамилович, являющийся также деканом факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Казанского ГМУ. – При этом методика единого эндовидеохирургического доступа соответствует принципу снижения травматизации и приветствуется в педиатрии. На наш взгляд, предпочтительнее при ведении пациентов с нарушением формирования пола, осложнённого дисгенезией гонад, должно отдаваться единому эндовидеохирургическому доступу.

Операция в Казани – первый в России опыт применения одноэтапной симультианной операции с использованием единого эндовидеохирургического доступа у ребёнка с нарушением формирования пола. Описаний подобных операций у детей в международной медицинской литературе на момент проведения операции обнаружено не было.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Казань.

НА СНИМКЕ: Наиль Акрамов.

Наши интервью

– По сути, если заболевание не имеет специфических признаков, значит, никто не виноват в неверном диагнозе и запущенности процесса?

– Учитывая неблагоприятную ситуацию в России, всегда следует иметь в виду туберкулёз у больного с любой хронической урогенитальной инфекцией. В том числе туберкулёз предстательной железы, который ошибочно принимают за простатит, доброкачественную гиперплазию простаты или рак. По нашим данным, в России ежегодно более 10 тыс. молодых мужчин умирают от туберкулёза различных локализаций, имея туберкулёз простаты, прижизненно не диагностированный.

Почему я останавливаюсь именно на туберкулёзе простаты? Располагаясь на перекрёстке мочевых и половых путей, предстательная железа при её поражении может существенно влиять как на репродуктивную функцию мужчины, так и на уродинамику, усугубляя патологию верхних мочевых путей. Туберкулёз простаты ведёт к развитию стойких нарушений мочеиспускания, хронической тазовой боли, бесплодия вследствие снижения качества эякулята или обструктивных изменений в семявыносящих путях.

Эта патология важна ещё и потому, что может передаваться половым путём. Для страны, где туберкулёз носит не спорадический, а эпидемический характер, такой путь передачи инфекции нельзя недооценивать. А к нам, как правило, пациенты поступают с уже запущенными формами туберкулёза предстательной железы.

– Эта патология может стать причиной смерти больного или усугубить течение туберкулёза других локализаций?

«Особый» туберкулёз, о котором не помнят

Но его следует иметь в виду при любой хронической урогенитальной инфекции

Цистит, простатит, мочекаменная болезнь, пиелонефрит – именно под этими масками чаще всего скрывается урогенитальный туберкулёз. Больной с ошибочным диагнозом наблюдается у терапевта или уролога в среднем 5-6 лет, подсчитали в Новосибирском научно-исследовательском институте туберкулёза Минздрава России, проанализировав истории болезни более 800 пациентов.

В течение всего этого времени человек страдает из-за нарушений мочеиспускания, половой функции, болей. Проводимая терапия не приносит облегчения, однако упорству, с каким врачи общей лечебной сети продолжают «вести» таких больных, месяц за месяцем назначая им безрезультатную антибактериальную терапию,

– Сам по себе туберкулёз предстательной железы не является патологией, приводящей к гибели больного, если нет генерализации процесса. Но в том-то и дело, что не диагностированный туберкулёз предстательной железы при определённых условиях, например, хирургическое вмешательство на простате, может привести к генерализации туберкулёзного процесса в организме. Описаны случаи милиарного туберкулёза у пациентов после трансуретральной резекции, когда уже по факту был выявлен туберкулёз предстательной железы, не диагностированный предоперационно.

можно позавидовать. Между тем проблема больного могла быть решена уже давно, стоило только вовремя направить его на консультацию к фтизиоурологу.

Почему этого не происходит? По мнению ведущего научного сотрудника отделения внелёгочного туберкулёза НИИИТ кандидата медицинских наук Елены БРИЖАТЮК, основных причин две. Первая: многие врачи просто не помнят о существовании урогенитального туберкулёза. Вторая: уротуберкулёз не имеет характерных симптомов, которые позволяют заподозрить это заболевание при первом визите пациента, а бактериологическая верификация даже при целенаправленном и настойчивом поиске не превышает 44%.

Часто туберкулёз простаты, не выявленный вовремя, заканчивается склерозом предстательной железы, что даже после его излечения оставляет весьма печальную для мужчины симптоматику. И наконец, это заболевание длится годами и снижает качество жизни пациента, поскольку сопровождается всем набором неприятных ощущений, характерных для урогенитальной патологии.

– По данным вашего исследования, у 38% пациентов с туберкулёзом предстательной железы ранее был туберкулёз лёгких, а у 34% был активный туберкулёз иных локализаций

на момент обследования. Значит ли это, что туберкулёз простаты, как правило, является спутником туберкулёза лёгких или его последствием?

– Это не совсем так. Первичные очаги туберкулёза могут формироваться в разных органах и потом развиваться параллельно. То есть ошибочно думать, что туберкулёз простаты нужно искать только у больных туберкулёзом лёгких: таких, как мы выяснили, всего треть. Его надо искать у всех мужчин, которые имеют длительно текущее поражение предстательной железы, плохо поддающееся традиционному лечению.

– Но как искать, если нет патогномоничных симптомов на ранних стадиях заболевания?

– Действительно, это не просто. В принятии решения важно учитывать контакты по туберкулёзу в прошлом, длительность и характер течения заболевания, перенесённый самим пациентом туберкулёз или следы перенесённого и спонтанно излеченного туберкулёза, найденные при обследовании. Однако наиболее ценными являются выявление микобактерий туберкулёза или гистологическое подтверждение диагноза. Поэтому мы считаем, что в дифференциально-диагностический комплекс обследования должны входить не только посевы и ПЦР-исследования секрета простаты и эякулята на микобактерии, выполненные на фоне туберкулиновой провокации, но также обязательно биопсия простаты. По нашим данным, её суммарная эффективность в таких случаях составляет почти 32%.

– Что означает этот показатель?

– Из всех биопсированных пациентов, которым в итоге по совокупности обследования был поставлен диагноз «туберкулёз простаты», в 32% случаев мы нашли либо гистологическое подтверждение, либо выявили микобактерии туберкулёза.

Учитывая, какой набор технологий необходим, полноценно выполнить комплекс обследования можно только в противотуберкулёзном учреждении. Поэтому, думаю, нам следует активнее взаимодействовать с общелечебной сетью как в плане консультаций по фтизиоурологии, так и в проведении дифференциальной диагностики урогенитального туберкулёза.

Беседу вела Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.