ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра урологии, андрологии и сексологии с курсом ПО

Зав. кафедрой – к.м.н.: Фирсов М.А.

**РЕФЕРАТ**

Тема: «Гидроцеле»

Выполнил: клинический ординатор

Киселев Кирилл Витальевич

Красноярск, 2022

**Оглавление**

1. Введение……………………………………………………………………...3

2. Определение………………………………………………………………….4

3. Эпидемиология………………………………………………………………5

4. Этиология и патогенез ……………………………………………………...6

5. Классификация……………………………………………………………….7

7. Симптомы……………………………………………………………………..8

8. Диагностика…………………………………………………………………..9

9. Дифференциальная диагностика…………………………………………….11

10. Лечение………………………………………………………………………12

11. Послеоперационный период. Коррекция осложнений…………………...15

12. Список литературы………………………………………………………….16

**Введение**

Гидроцеле (от греч. «гидро» – вода, «целе» – выпячивание) – распространенная урологическая патология, которая встречается у мужчин любого возраста. У детей до года несообщающееся с перитонеальной полостью скопление жидкости считается вариантом нормы, к 12-24 месячному возрасту состояние нормализуется, только у 6% мальчиков гидроцеле остается клинически значимым. Молодые мужчины сталкиваются с приобретенной водянкой в 2-4% случаев, в 10% поражение билатеральное, в 30% причина не может быть установлена. У пациентов старшего возраста чаще регистрируют гидроцеле как осложнение после операций на органах малого таза или на фоне экстрагенитальной патологии, связанной с массивными отеками.

 **Определение**

Гидроцеле (водянка оболочек яичка) - скопление серозной жидкости между висцеральным и париетальным листками собственной влагалищной оболочки яичка.

У пациентов младшей возрастной группы сообщающаяся водянка оболочек яичка или семенного канатика очень частая аномалия, развитие которой связано с нарушением инволюции вагинального отростка брюшины и семенного канатика.

 **Эпидемиология**

Распространенность гидроцеле не превышает в мужской популяции 1%.

В 90% наблюдений водянка яичка имеет односторонний характер.

Большинство врожденных форм гидроцеле диагностируются до 2 лет, в то время как приобретенные - в возрасте 40 лет и старше.

**Этиология и патогенез**

Врожденное гидроцеле (сообщающаяся водянка оболочек яичка), как правило, обнаруживается у детей. Оно развивается из-за незаращения влагалищного отростка брюшины после опущения яичка в мошонку. В результате жидкость из брюшной полости свободно проникает в полость собственной оболочки яичка и постепенно накапливается в ней. Если по мере роста ребенка влагалищный отросток брюшины зарастает, водянка становится несообщающейся или исчезает. Если сообщение широкое, то в полость мошонки могут попадать петли кишечника и сальник, развивается пахово-мошоночная грыжа.

Приобретенное гидроцеле (несообщающаяся водянка оболочек яичка) чаще развивается у взрослых. По причинам образования его подразделяют на первичное и вторичное.

Первичное гидроцеле образуется при несоответствии между продукцией и всасыванием серозной жидкости, находящейся между листками влагалищной оболочки яичка. Причины такого дисбаланса окончательно не установлены, поэтому такую водянку называют идиопатической.

Вторичное приобретенное гидроцеле развивается в результате заболеваний (эпидидимит, орхит, опухоль) или перенесенной травмы (посттравматическая водянка).

 **Классификация**

Водянку оболочек яичка и семенного канатика классифицируют по генезу заболевания и остроте патологического процесса.

По происхождению водянки делятся на:

1. Врожденные;
2. Приобретенные.

В свою очередь по уровню облитерации вагинального отростка брюшины врожденные водянки подразделяются на следующие категории:

- сообщающаяся водянка оболочек яичка и семенного канатика;

- сообщающаяся водянка семенного канатика;

- киста семенного канатика.

По этиологическому фактору приобретенные водянки подразделяются на:

* Посттравматические;
* Воспалительные и лимфостатические;
* ятрогенные, после перенесенных операциях на органах репродуктивной системы (перевязка яичковых вен при варикоцеле)

По характеру остроты процесса выделяют:

-остро возникшую водянку (кисту) оболочек яички и семенного канатика не зависимо от генеза возникновения патологического состояния;

-хроническую.

В зависимости от расположения патология подразделяется на:

- одностороннее (правостороннее или левостороннее) поражение;

- двухстороннее поражение.

 **Симптоматика**

Проявление гидроцеле зависит от количества скопившейся под оболочками жидкости.

При малом ее объеме заболевание протекает бессимптомно. По мере накопления содержимого гидроцеле пациент начинает обращать внимание на увеличение соответствующей половины мошонки. Позже присоединяются тянущие боли в мошонке, усиливающиеся при движении. Дальнейший рост гидроцеле причиняет значительные неудобства пациенту, особенно при ходьбе, перемене положения тела, физических упражнениях и даже мочеиспускании.

Заболевание начинает представлять серьезный косметический дефект, оказывающий влияние на поведение больного и нарушающий его социальную адаптацию.

К осложнениям гидроцеле относятся инфицирование водянки оболочек яичка с развитием пиоцеле и кровоизлияние в ее полость с образованием гематоцеле.

 **Диагностика**

Диагностика водянки оболочек яичка не представляет трудностей и основывается на характерных жалобах, анамнезе и объективном исследовании.

1. **Физикальное обследование**

• При осмотре рекомендуется обратить внимание на увеличение и изменение размеров и консистенции мошонки.

При изолированной водянке яичка припухлость имеет округлую форму, у ее нижнего полюса определяется яичко. Сообщающаяся водянка проявляется мягкоэластическим образованием продолговатой формы, верхний край которого пальпируется у наружного пахового кольца. При натуживании это образование увеличивается и становится более плотным. Пальпация припухлости безболезненна. При клапанном характере сообщения с брюшной полостью водяночная составляющая имеет плотно-эластическую консистенцию, может достигать значительных размеров и вызывать беспокойство ребенка. Такую водянку называют напряжённой.

Киста семенного канатика имеет округлую или овальную форму, четкие гладкие контуры, подвижна, пальпация её безболезненная. Хорошо определяются ее верхний и нижний полюсы. Изолированная водянка оболочек яичка и семенного канатика не меняет своих размеров при напряжении мышц передней брюшной стенки или беспокойстве ребёнка.

Как правило, заболевание диагностируется с рождения, имеет ровное (проградиентное) течение. В некоторых случаях наблюдается острое проявление заболевания, мошонка увеличивается в размерах в течение нескольких часов, водяночная опухоль приобретает плотно-эластическую консистенцию (становится напряжённой), вызывает беспокойство ребёнка. При пальпации беспокойство может усиливаться, т.е. в клинической картине отмечаются признаки болевого синдрома. Такую водянку называют остроразвившейся (островозникшей).

1. **Лабораторная диагностика** Лабораторная диагностика при водянке оболочек яичка и семенного канатика не специфична. Лабораторные исследования включают в себя:

**-**группа крови;

**-**резус-фактор;

**-**общий анализ крови;

**-**биохимия крови;

**-**коагулограмма.

 **3.** Диагноз устанавливают на основании диафаноскопии - просвечивания водяночного мешка узким пучком света. Для гидроцеле, содержащего прозрачную жидкость, характерно равномерное рассеивание в ней светового пучка с окрашиванием мошонки в розовый цвет. В ряде случаев на этом фоне может определяться тень яичка.

 4. УЗИ позволяет подтвердить диагноз: Методом исследования, позволяющим определить характер и объем жидкостного содержимого и, иногда, проследить наличие сообщения с брюшной полостью и оценить кровоток паренхиматозного органы.

**Дифференциальная диагностика**

Водянку чаще всего приходится дифференцировать от паховой грыжи, а при остром течении заболевания – от ущемлённой паховой грыжи. При вправлении грыжевого содержимого слышно характерное урчание, сразу после вправления припухлость в паховой области исчезает. При несообщающейся водянке попытка вправления не приносит успеха. В случае сообщения с брюшной полостью, размеры образования в горизонтальном положении уменьшаются, но постепенно, в отличии от вправления грыжи, и без характерного звука. Большие трудности возникают при дифференциальной диагностике остро возникшей кисты с ущемленной паховой грыжей. В таких случаях часто прибегают к оперативному вмешательству с предварительным диагнозом "ущемленная паховая грыжа". Дополнительным методом исследования, позволяющим провести дифференциальный диагноз, является ультразвуковая визуализация.

В подростковом возрасте в первую очередь гидроцеле необходимо дифференцировать от опухоли яичка. Как правило, при пальпации опухоль плотная и бугристая. В дифференциальной диагностике применяют диафаноскопию и УЗ методики исследования.

 **Лечение**

**Консервативное лечение**

Рекомендуется консервативная терапия и выжидательная тактика у детей первых двух лет жизни с ВОЯ.

Поскольку на протяжении первых 1,5 лет жизни при сообщающейся водянке оболочек яичка и семенного канатика возможно самоизлечение за счет завершения процесса облитерации влагалищного отростка, до этого возраста предпочтительной является выжидательная тактика.

Медикаментозных методов лечения водянки оболочек яичек не существует. Единственным исключением является реактивная (изолированная) водянка оболочек яичек при остром эпидидимите, орхите, аллергическом отеке мошонки, которая требует проведения консервативного лечения – покоя, ношения суспензория, антибактериальной и десенсибилизирующей терапии.

**Хирургическое лечение**

1. Проведение хирургического вмешательства у всех детей с ВОЯ в возрасте старше 2 лет.

Хирургическое лечение является единственным радикальным и обоснованным способом лечения водянки оболочек яичка и семенного канатика. Оперативное вмешательство выполняется в плановом порядке.

Исключение составляет напряжённая и остро возникшая водянка. В этом случае методом первичного выбора (при подтверждённом диагнозе) является хирургическое вмешательство – пункция содержимого и эвакуация жидкости с последующим наложением суспензория или давящей повязки. Пункционное лечение может быть выполнено многократно в условиях амбулоторно – поликлинического звена. Но, как показывает опыт, если 3 кратная пункция оболочек яичка или семенного канатика не принеслаотчётливого эффекта, а водянка яичка рецидивирует напряжённым скоплением жидкости в оболочках – в таком случае предпочтительной является активное хирургическое лечение.

Хирургическое лечение осуществляется в условиях отделения специализированного стационара. Лечебно-профилактическое учреждение должно иметь в своем составе специалистов: детского хирурга, анестезиолога - реаниматолога, операционную, оснащенную всем необходимым оборудование, круглосуточную рентгенологическую и лабораторную службу.

1. Рекомендуется выполнение операции Росса у детей с сообщающейся ВОЯ.

При сообщающейся водянке применяют операцию Росса, цель которой - прекращение сообщения с брюшной полостью и создание оттока для водяночной жидкости.

Через паховый доступ вагинальный отросток мобилизуют и перевязывают у внутреннего пахового кольца и частично удаляют с оставлением в собственных оболочках яичка отверстия, через которое водяночная жидкость выходит и рассасывается в окружающих тканях.

1. Рекомендует выполнение лапароскопической операции у детей с сообщающейся ВОЯ, когда есть технические возможности проведения такой операции, медицинский персонал имеет соответствующую подготовку по эндоскопической хирургии..

Разобщение брюшной полости с полостью влагалищного отростка брюшины при сообщающихся водянках оболочек яичка или семенного канатика возможно выполнить и лапароскопическим доступом (Лапароскопическа ягерниопластика).

Открытым способом устанавливается в области пупочного кольца троакар оптический. Накладывается пневмоперитонеум. Два рабочих троакара устанавливаются на 2 - 3 см ниже области пупка по краю прямой мышцы живота или по среднеключичной линии. В брюшную полость вводят 2 манипулятора и нить на атравматической игле. Производится осмотр области внутреннего пахового кольца. Убедившись в отсутствии жидкостного содержимого или после его удаления, вагинальный мешок ушивается в области внутреннего пахового кольца кисетным швом, над элементами семенного канатика.

1. Рекомендуется проведение традиционных оперативных вмешательств у детей с изолированной ВОЯ и кистой семенного канатика.

При изолированной водянке оболочек яичка лечение может быть начато с пункции водянки. При неэффективности – показано хирургическое лечение.

В качестве оперативного пособия наиболее обоснованной является операция Бергамана, выполняемая через мошоночный доступ.

При операции Бергмана наружный листок вагинального отростка брюшины иссекается, осуществляется тщательный гемостаз, обшивание оставшихся оболочек яичка с целью герметизации. В дальнейшем яичко погружается в мошонку. Последняя ушивается наглухо.

Оперативное вмешательство по методике Винкельмана заключается в рассечении собственной оболочки яичка по передней поверхности с последующим ее выворачиванием и сшиванием позади яичка.

При операции Лорда проводится рассечение оболочек яичка, эвакуации водяночной жидкости с последующим гофрированием влагалищной оболочки вокруг яичка. Преимущество операции заключается в том, что не выполняется вывихивание в рану репродуктивного органа, что уменьшает травматизацию питающих сосудов и прилежащих тканей.

При кисте семенного канатика предпочтение отдается выполнению оперативного вмешательства – радикальное иссечение кисты через паховый доступ.

**Послеоперационный период. Коррекция осложнений.**

В период после операции рекомендуется:

- домашний режим с ограничением физической нагрузки сроком не менее чем на 7-10 дней, в ряде случаев требуется ношение специальных поддерживающих суспензориев, и прием обезболивающих и противовоспалительных препаратов.

-гигиенические ванны, возможно, принимать через 48-72 часа после хирургического вмешательства.

-занятия физкультурой противопоказаны в течение 1 месяца.

Рецидивы после оперативного лечения сообщающейся водянки оболочек яичек встречаются редко, риск нарушения целостности элементов семенного канатика не превышает 5%.

Одним из после операционных осложнений является высокое стояние яичка, требующее в ряде случаев его низведения и фиксации в последующем в полости мошонки в сроки не ранее 6 месяцев после первичного оперативного вмешательства.

При оперативном вмешательстве по поводу изолированной водянки оболочек яичка наиболее грозными осложнениями являются гематоцели и пиоцеле, возникающие в результате присоединения инфекционных агентов при скоплении крови между оболочками яичка. В подобных ситуациях необходимо проведение 5-7 дневного курса антибактериальной, противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии и дренирование полости мошонки по показаниям.

К осложнениям после операционного периода так же относится расхождение швов на мошонке, что связано с особенностью ее кровоснабжения. В связи с этим требуется ежедневная обработка шва растворами антисептиков и смена антисептических повязок, до момента заживления или снятия швов, осуществляемого не ранее 10-12 суток.

**Список литературы**

1. Учебник Б.К. Комяков – 2012г – 464 с: 358-359 стр.
2. Учебник Н.А. Лопаткина – 2004г. 384-403 стр.
3. Клинические рекомендации РФ 2013-2017 Водянка оболочек яичек.
4. Клинические рекомендации : Гидроцеле 2016г.