

1 **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
2 **КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**
3 **ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**
4
5

6 **Диссертационный совет К. 14.12.021**
7

8 **На правах рукописи**

9 **УДК 616.681-002.1-073.432.1-089**
10
11
12
13
14
15

16 **ТУЛЕПБЕРГЕНОВ КУАНЫШ БАКЫТОВИЧ**
17

18 **ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО**
19 **ОРХОЭПИДИДИМИТА**
20

21
22 **14.01.23 - урология**
23
24
25

26 **Автореферат**

27 **диссертации на соискание ученой степени**

28 **кандидата медицинских наук**
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38 **БИШКЕК 2013г.**
39

1 Работа выполнена на кафедре специализированной хирургической помощи в Кыргызском
2 Государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации и в
3 Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.
4

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Мамбетов Жаныбек Султанбаевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Эсекеев Базарбай Сатыбалдиевич.

кандидат медицинских наук, с.н.с.
Сатыбалдиев Шермамат Раимбекович

Ведущая организация: Алматинский государственный институт усо-
вершенствования врачей (Республика Казах-
стан)

5
6 Защита состоится « » 2013 года в 13:00 часов на заседании
7 диссертационного совета К.14.12.021 при Кыргызской государственной медицинской ака-
8 демии им. И.К. Ахунбаева в Республиканском научном центре урологии при Националь-
9 ном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720040, г. Биш-
10 кек, ул. Тоголок Молдо, 1).
11

12
13 С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной ме-
14 дицинской академии им. И.К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. И.К. Ахунбаева, 92).
15

16
17 Автореферат разослан « » 2013 года.
18
19
20
21
22
23
24

25 **Ученый секретарь**
26 **диссертационного совета,**
27 **кандидат медицинских наук**

Садырбеков Н. Ж.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Высокая распространенность острого эпидидимита у лиц молодого, репродуктивного возраста обуславливает значительную медико-социальную актуальность этой проблемы, так как заболевание протекает выраженными местными и общими симптомами интоксикаций, что требует значительного медикаментозного затрата – антибактериального, дезинтоксикационного или иных средств для получения желаемого эффекта (Белый Л.Е., 2010; Верткин А.Л., Скотников А.С., 2009; Васильев М.М., Мальшев А.М., 1989; Eaton S.H.; Gendern M.A., Estiada C.R., 2005; Cappele O., Liard A., Barret E. et al. 2000).

Следует заметить, что в ряде случаев после перенесенного орхоэпидидимита развивается атрофия яичка или гидроцеле, что может привести к различной степени нарушения фертильности, вплоть до развития бесплодия (Алжикеев С.Ж., 2007; Газымов М.М. 2005; Крикорьянц Е.П., 1996; Бучуменский В.Б., 1989; Calleary J.G., Masood J., Hill J.T., 2008).

Вопросы о тактике лечения больных с острым орхоэпидидимитом остаются спорными и нерешенными до настоящего времени. Одни авторы считают, что при острых воспалительных заболеваниях органов мошонки показано консервативное лечение и только при развитии абсцесса яичка или его придатка – хирургическое (Арбулиев М.Г., Гасанов А.Р., 2001; Рачков Е.Б., Каганцов И.М., 2006; Камалов Д.А., Бешлиев Д.А., Шакир Ф., 2004; Михайлов С.М., Гаджиев Д.Л., 1997; Кишев С.В., 1981; Halachmi S., 2006.).

По мнению других авторов, эффективное лечение этого заболевания возможно лишь при раннем оперативном вмешательстве, независимо от характера воспалительного процесса в яичке с придатком (Рачков Е.Б., Каганцов И.М., 2006; Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В., Калинина С.Н., Коровин С.Н., 1991; Давидов М.И., Шилов А.П., 1989; Haescker F.M., Naury-Hohl A., Schweints D., 2005; Somekh E., Gorenstein A., Serour F., 2004).

Следовательно, выбор метода лечения острого орхоэпидидимита имеет актуальное значение, поскольку мнения авторов ближнего и дальнего зарубежья о тактике лечения этой патологии противоречивы и далеки от своего разрешения (Соловьев А.А., Астраханцев А.Ф., Аристархов В.Г., 2003; Чеченин М.Г., Машкович В.И., Абоев З.А., 2000; Таруашвили Г.И., Породенко Е.А., Якобашвили Ю.В., 1999; Hagley M., 2003; Mateos J.J., Lomena F., Velasco M., 2003).

Связи с этим мы своей работе попытались разработать тактику лечения острого орхоэпидидимита, на основе проведения клинико-лабораторных и УЗДГ исследований органов мошонки у обследованных больных.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами: Тема работы инициативная.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с острым орхоэпидидимитом на основе разработки тактических подходов к лечению.

Задачи исследования:

1. Установить причинно-следственные факторы возникновения и течения острого орхоэпидидимита.

1 2. Изучить клинико-лабораторные, ультразвуковые показатели у больных с острым
2 орхоэпидидимитом и на их основе разработать тактические подходы к лечению (консерва-
3 тивное или хирургическое).

4 3. Оценить эффективность лечения больных с острым орхоэпидидимитом.

5 **Научная новизна:**

6 Впервые разработан и внедрен диагностический критерий, позволяющий определить
7 показания к консервативному или хирургическому лечению больных с острым орхоэпиди-
8 димитом.

9 Впервые разработан усовершенствованный метод хирургического лечения больных
10 с острым орхоэпидидимитом и дана оценка его эффективности.

11 **Практическая значимость полученных результатов:**

12 Оценка результатов клинико-лабораторных данных, УЗДГ сосудов органов мошон-
13 ки позволила составить унифицированные рабочие критерии для установления степени
14 выраженности воспалительного процесса, что в свою очередь явилось методологической
15 основой для выбора тактики лечения больных с острым орхоэпидидимитом.

16 Разработанная тактика хирургического лечения острого гнойного орхоэпидидимита
17 позволяет создать надежную декомпрессию, что способствует улучшению резуль-
18 тативности лечения и является мерой профилактики атрофии яичка и развития гидроцеле.

19 **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

20 1. Клинико-лабораторные исследования и ультразвуковая доплерография сосудов
21 органов мошонки позволили разработать критерии для выбора тактики лечения больных с
22 острым орхоэпидидимитом.

23 2. На основании разработанной тактики консервативного и хирургического лечения
24 больных с острым орхоэпидидимитом были получены хорошие результаты в 98,2% случа-
25 ев, нежели в контрольной группе, где достигнуто в 75% случаев.

26 **Экономическая значимость полученных результатов.** При использовании разра-
27 ботанных методов диагностики и тактико-технических критериев консервативного и хи-
28 рургического лечения больных с острым орхоэпидидимитом, позволяют улучшить резуль-
29 тативность лечения, уменьшение сроков лечения, и тем самым затраты на медикаментоз-
30 ные средства.

31 **Личный вклад соискателя.** Проведение консервативного и оперативного лечения
32 острого орхоэпидидимита по разработанной методике, участие в клинических обследова-
33 ниях больных и статистическом анализе клинического материала.

34 **Апробация результатов исследования:** Основные положения диссертации доложе-
35 ны и обсуждены на: очередных заседаниях Ассоциации урологов Кыргызстана (Бишкек,
36 2011); на VI-й Научно-практической конференции молодых ученых (г. Бишкек, 2010); на
37 кафедральном совещании кафедры СХП КГМИП и ПК (2012); заседании АХОКР (Бишкек,
38 2012); на межкафедральном заседании КРСУ (г. Бишкек, 2012); заседании экспертной ко-
39 миссии по предварительному рассмотрению диссертаций урологического профиля при
40 КГМА (Бишкек, 2012).

1 **Внедрения результатов исследования:** Ключевые положения диссертационной
2 работы будут внедрены в урологических отделениях Национального госпиталя при МЗ КР
3 и будут использованы в учебном процессе на кафедре урологии и андрологии КГМА и на
4 кафедре СХП КГМИП и ПК для клинических ординаторов и врачей курсантов по теме
5 «Острый орхоэпидидимит».

6 **Публикации по теме диссертации:** По теме научной работы было опубликовано в
7 рецензируемых изданиях 7 научных работ, в том числе одно учебное пособие «Острый ор-
8 хоэпидидимит». Получен патент на изобретение «Способ хирургического лечения орхо-
9 эпидидимита, гидроцеле и сперматоцеле» № 1460 от 29 июня 2012 года.

10 **Структура и объем диссертации:** Диссертационная работа оформлена в традици-
11 онном стиле и изложена на 111 страницах компьютерного набора (шрифтом Times New
12 Roman, размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, главы обзора соответствую-
13 щих литературных данных, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, прак-
14 тических рекомендаций и списка использованной литературы.

15 Диссертация иллюстрирована 9 таблицами и 22 рисунками. Список литературы со-
16 ставляет 157 источника (из них 98 – отечественных и стран СНГ и 59 иностранных авто-
17 ров).

18 СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

19 **Материал и методы исследования.** В основу работы положен анализ результатов
20 комплексного обследования и хирургического лечения 127 больных острым орхоэпидиди-
21 митом. Все больные находились на стационарном обследовании и лечении в Республикан-
22 ском научном Центре урологии при Национальном госпитале МЗ Кыргызской Республики
23 в период с 2007г. по 2012 гг.

24 Для реализации поставленной цели и задачи исследований больные были разделены
25 на следующие группы: первую группу составили 75 больных, которые получили консерва-
26 тивное и хирургическое лечение по предложенной методике (основная группа).

27 Вторая группа (контрольная) группа составили прошедшие 52 пациентов, которые
28 получили консервативное и хирургическое лечение по традиционной методике.

29 Среди методов исследования были использованы традиционные общеклинические
30 методы исследования (развернутый анализ крови, мочи, биохимические анализы: с оцен-
31 кой остаточного азота, мочевины и креатинина сыворотки крови, печеночные тесты).

32 Наряду с этим пациентам проводилось обследование для верификации инфекцион-
33 ного агента (мазок с уретры), ультразвуковое доплерографическое исследование органов
34 мошонки (сравнительная оценка результатов исследования, проводилось между воспали-
35 тельной частью яичка и контралатеральной здоровой частью яичка).

36 При УЗ-доплерографической оценке сосудов яичка были использованы следующие
37 показатели: V_{max} – максимальный систолический кровоток (в норме – $6,1 \pm 0,6$); V_{min} –
38 минимальный диастолический кровоток (в норме – $4,0 \pm 0,3$) и IR – отношение разности пи-
39 ковской систолической и конечной диастолической скорости кровотока к пиковой систоли-
40 ческой скорости (в норме – $0,57 \pm 0,01$).

1 В ближайшем периоде поствоспалительного процесса в органе мошонке была дана
2 оценка гормонального статуса пациентов (тестостерон, ФСГ, ЛГ, пролактина), а в отдален-
3 ном периоде дана оценка результата эякулята.

4 Указанные исследования были использованы в методах диагностики ООЭ т.е., раз-
5 работке тактики лечения, а также в оценке результатов лечения в ближайшем и отдален-
6 ном периоде.

7 Оценка результатов лечения оценивалась по следующим параметрам: 1) хорошее –
8 полная регрессия клинических проявлений болезни, нормализация лабораторных показате-
9 лей и отсутствие в отдаленных периодах гидроцеле, атрофии яичка и бесплодия; 2) удов-
10 летворительное - регрессия клинических проявлений болезни, однако, в ряде случаев оста-
11 вался эпидидимит, а также в отдаленных периодах имело место нарушение качественных
12 показателей эякулята; 3) неудовлетворительное – рецидивы болезни после лечения, разви-
13 тие гидроцеле, атрофии яичка и бесплодия.

14 Статистическая обработка материала осуществлялась на персональном компьютере
15 «Pentium-IV» методом вариационной статистики и при этом достоверным считали резуль-
16 тат при $p < 0,05$.

17 **Результаты собственных исследований.** В нашем материале острый орхоэпиди-
18 димит встречался у 99 чел. (78%) в возрасте от 18 до 30 лет, а более 30 лет составили 28
19 чел., что составило - 22%.

20 Анализ давности заболевания показал, что наиболее часто больные с острым орхо-
21 эпидидимитом поступали в стационар в период от 1 до 3 суток (72,2%), а пациенты более
22 3х суток составили (27,8%).

23 По линии скорой помощи поступили в клинику - 67 (52,8%) больных, самостоятель-
24 ное обращение в стационар - 39 (30,7%), по направлению из Центра Семейной Медицины -
25 21 (16,5%) пациентов. Анамнестические причины возникновения острого орхоэпидидими-
26 та у больных установлены следующие данные: подавляющее число больных отмечали воз-
27 никновение ООЭ после переохлаждения – у 60 (47,2%). Наряду с этим были отмечены при-
28 чиной ООЭ после перенесенной ИППП – 35 (27,6%) больных. На посттравматическое воз-
29 никновение ООЭ составило – 20 (15,7%) и после перенесенного ОРВИ было отмечено – у
30 12 (9,5%) пациентов.

31 Наряду с клиническими симптомами интоксикации, при ООЭ вне зависимости от
32 выраженности воспалительного процесса в органах мошонки, следует обратить внимание
33 на характер изменения частоты дыхания (ЧД), частоты сердечных сокращений в 1 минуту,
34 а также частоты, характера наполнения и напряжения пульса. Оценка степени выраженно-
35 сти нарушения позволяет дополнить критерии степени выраженности воспалительного
36 процесса на стороне поражения органов мошонки и тем самым определить выбор оптима-
37 льного метода лечения. Так, при легкой степени ООЭ ЧД отмечено в среднем $17,8 \pm 4,8$ в 1
38 минуту, при средней степени выраженности ООЭ составило – $23,4 \pm 3,2$ и при тяжелой сте-
39 пени ООЭ отмечено – $25,7 \pm 2,6$ в 1 минуту.

40 Учитывая идентичность цифровых показателей частоты сердечных сокращений и
41

1 пульса, последние составили критерии выраженности ООЭ, также дана оценка характера
2 наполнения и напряжения тоже в зависимости от степени ООЭ.

3 Таким образом, при легкой степени колебание ЧСС составило в среднем – $93,8 \pm 4,6$
4 сокращений в 1 минуту, при средней степени – $108,3 \pm 4,6$ и в тяжелой степени ООЭ соста-
5 вили – $112,4 \pm 5,3$ сокращений. Следовательно, чем больше выражен воспалительный про-
6 цесс на стороне поражения органов мошонки, тем более выражена температурная реакция
7 организма и интоксикационный синдром и эти обстоятельства имеют прямую и обратную
8 корреляционную связь с лейкоцитарной реакцией крови у пациентов с ООЭ.

9 Как показывают результаты исследования лейкоцитарной реакции периферической
10 крови взятая у лиц с ООЭ, отмечено нарастание количество лейкоцитов в зависимости от
11 степени выраженности воспалительного процесса на стороне поражения органов мошонки.
12 Если у лиц легкой степени выраженности ООЭ в среднем число лейкоцитов составило -
13 $9,8 \pm 1,2 \times 10^9$ /л, то при средней степени - $14,7 \pm 0,8 \times 10^9$ /л и при тяжелой степени имело ме-
14 сто - $17,2 \pm 0,4 \times 10^9$ /л и тем самым отмечено достоверное различие в сравниваемых резуль-
15 татах ($p < 0,05$).

16 Закономерность достоверного различия в сравниваемых результатах была отмечена,
17 при вычислении содержания в периферической крови сегментоядерных форм (легкая сте-
18 пень ООЭ - $72,3 \pm 2,6$; средняя - $79,8 \pm 1,9$ и тяжелая - $86,5 \pm 1,2$), палочкоядерных форм (лег-
19 кая степень ООЭ - $7,2 \pm 0,4$; средняя - $9,3 \pm 0,2$ и тяжелая - $14,6 \pm 1,8$) и юных нейтрофилов,
20 однако следует заметить, что последний был обнаружен только при средней и тяжелой
21 степени выраженности ООЭ.

22 Наряду с этим имело место нарастание СОЭ с $21,2 \pm 2,4$ при легкой степени выра-
23 женности до $42,4 \pm 2,8$ при тяжелой степени выраженности ООЭ и наоборот, лимфопения от
24 $16,1 \pm 1,2$ до $11,4 \pm 1,6$ при средней и тяжелой степени выраженности воспалительного про-
25 цесса ($p < 0,05$). Со стороны моноцитарной реакции крови был изменения незначительными
26 и, следовательно, данный показатель при ООЭ явился не характерным при оценке тяжести
27 воспалительного процесса ($p > 0,05$).

28 Произведена оценка уровня лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), который
29 также зависел от выраженности воспалительного процесса на стороне поражения органов
30 мошонки.

31 Проведенное клинико-лабораторное обследование больных ООЭ с критерием УЗДГ
32 органов мошонки и верифицирование степени выраженности ООЭ, представлена в виде
33 корреляционной связи с уровнем ЛИИ. Если более характерным было ухудшение уровня
34 ЛИИ при средней и тяжелой выраженности ООЭ ($4,2 \pm 0,6$ и $2,7 \pm 0,2$ соответственно). При
35 этом средняя степень корреляции отмечено при легкой выраженности ООЭ и составило –
36 $r = 0,33$ и выраженная корреляционная связь имелось при тяжелой степени ООЭ ($r = 0,72$).

37 Ультразвуковое обследование было применено по следующим направлениям: во-
38 первых, исследована эхоморфологическая оценка состояния воспаленной части яичка с
39 придатком, и при этом полученные данные были сравнены со здоровой частью мошонки;
40 во-вторых, произведена оценка кровотока в крупных паренхиматозных артериях, преиму
41

1 щественно в средостении яичка, где их визуализация составляет 100% и в-третьих, для
2 контроля за проводимым лечением.

3 Мы в своем исследовании проводили отдельную оценку размеров яичка и придатка
4 в зависимости от его части (головка, тело и хвостовая часть), которые выражались средни-
5 ми статистическими данными, в эту оценку также вошла толщина белочной оболочки, а ее
6 эхоструктурное состояние описывалось.

7 При сканировании органов мошонки в В-режиме размеры яичка в норме составили:
8 длина $40,2 \pm 0,4$ мм; ширина $35,3 \pm 0,8$ мм и толщина $29,7 \pm 0,9$ мм, с четкими контурами, одно-
9 родной эхоструктуры. Придаток визуализируется вдоль заднебоковых отделов яичка. Эхо-
10 генность головки, тела хвоста неизменного придатка одинаковы. Среднее статистические
11 размеры головки придатка составило – $0,9 \pm 0,7$ мм, толщина тела – $4,7 \pm 0,6$ мм и хвостовая
12 часть придатка $3,5 \pm 0,4$ мм, толщина белочной оболочки – $0,1 \pm 0,2$ мм.

13 Наряду с этим, дана оценка эхоструктуры паренхимы яичек, наличие участков
14 уменьшения или усиления эхоплотности, а также патологических образований в яичках и
15 придатках. Оценивалось наличие жидкостных образований, его образное количество (уме-
16 ренное, среднее, избыточное) и гомогенность или наоборот. При диагностировании абсце-
17 дирующего участка следует описать его размеры, локализацию и характер кровотока.

18 Эхоморфологическая картина при легкой степени выраженности ООЭ характеризо-
19 валась следующими данными: средний показатель размера яичка составило – $56,3 \pm 1,2$ мм,
20 придатка (головка – $13,8 \pm 0,7$ мм, тело - $12,6 \pm 1,3$ мм и хвостовая часть – $9,7 \pm 0,6$ мм).

21 При этом на фоне увеличения размеров яичка и придатка эхографическая картина
22 воспалительного процесса характеризовалась, неоднородностью эхоструктуры, наличием
23 гипо- и гиперэхогенных участков на фоне общего снижения эхогенности.

24 При средней степени выраженности воспалительного процесса на стороне пораже-
25 ния органов мошонки характеризовалось следующими данными: средний показатель раз-
26 мера яичка составило – $62,2 \pm 1,3$ мм, придатка (головки – $15,6 \pm 0,4$ мм, тела- $14,1 \pm 1,5$ мм и
27 хвостовой части – $11,8 \pm 0,7$ мм).

28 При этом эхоморфологический воспалительный процесс в яичке и придатке также
29 сопровождался увеличением их размеров, снижением эхогенности, появлением гипоэхо-
30 генных участков, утолщением белочной оболочки яичка, появлением реактивного гидро-
31 цеа.

32 При тяжелой степени выраженности ООЭ получены следующие данные: размеры
33 яичка составили – $71,4 \pm 0,7$ мм, придатка (головки – $23,2 \pm 0,9$ мм, тела- $21,6 \pm 0,3$ мм и хвосто-
34 вой части – $18,7 \pm 0,4$ мм).

35 У 28 больных при ультразвуковом исследовании выявились гипоэхогенные участки
36 в придатке от 5 до 10 мм, а в 9 случаях интрапаренхиматозные участки. В дальнейшем у
37 этих больных интраоперационно и гистологически был диагностирован острый гнойный
38 абсцедирующий эпидидимит и орхит.

39 Цветное доплерографское картирование сосудов выявило ряд характерных особен-
40 ностей, которые также отличались в зависимости от степени выраженности орхоэпидиди-
41

1 мита, а полученные данные были сравнены со здоровой частью органов мошонки.

2 Цветное доплерографическое картирование сосудов выявило гиперваскуляризацию
3 яичка, придатка и их оболочек на стороне поражения, которые более выражены в участках
4 с пониженной эхогенностью и степенью выраженности воспалительного процесса. Досто-
5 верно увеличивались показатели скорости артериального кровотока, по сравнению со здо-
6 ровой стороной: в артериях яичка при легкой степени отмечен рост пиковой скорости V
7 max и $Vmin$, что составило - $7,6 \pm 0,4$ см/с и $4,5 \pm 0,3$ см/с по сравнению с результатами здо-
8 ровой части, а также отмечено нарастание индекса резистентности сосудов ($0,4 \pm 0,004$).

9 Сосудистая дисфункция нарастала у лиц средней и особенно при тяжелой степени
10 выраженности воспалительного процесса, где пиковая скорость $V max$ составил - $17,6 \pm 0,5$,
11 $Vmin$ - $6,2 \pm 0,4$. Следует заметить, что на фоне гиперваскуляризации паренхимы яичка еще
12 более нарастала периферическое сопротивление сосудов и это, по всей вероятности было
13 связано с прогрессирующей вено- и лимфостазом пораженного органа. Кровоток в абсце-
14 дирующем участке, наоборот отмечено резкое снижение или отсутствие при высоких по-
15 казателях периферического сопротивления сосудов.

16 Хотелось подчеркнуть, что полученные данные доплерографического картирова-
17 ния сосудов при перекруте яичка, где во всех случаях получено полное отсутствие крово-
18 тока не только в паренхиматозных артериях, но и в артериях семенного канатика и в яич-
19 ковой артерии.

20 Следовательно, установленные данные доплерографического картирования сосу-
21 дов требует порой незамедлительного хирургического устранения патологического про-
22 цесса на стороне поражения.

23 Таким образом, на основании проведенных результатов клинико-лабораторных,
24 УЗИ сосудов органов мошонки нами была составлена унифицированная рабочая таблица
25 критериев для установления степени выраженности воспалительного процесса, что в свою
26 очередь стало методологической основой для выбора тактики лечения больных с ООЭ
27 (табл. 1).

28 Таблица 1. - Критерии выраженности острого орхоэпидидимита.

Параметры	Степень выраженности орхоэпидидимита		
	легкое	среднее	тяжелое
ЧД	16-18	20-24	более 25
ЧСС	90-100	100-110	более 110
°С.	37-38	38-39	более 39
Симптомы интоксикации	общая слабость, раздражительность	озноб, чувство страха, снижение аппетита	бессонница, заторможенность, отсутствие аппетита.
Лейкоцитоз	до 10×10^9 /л	от 10 - 13×10^9 /л	более 13×10^9 /л
СОЭ	14-20	20-30	более 30
ЛИИ	3-4	4-8	более 8
Показатели УЗИ	$V max - 7,6 \pm 0,4$ $V min - 4,6 \pm 0,3$	$V max - 10,3 \pm 0,3$ $V min - 5,1 \pm 0,2$	$V max - 17,6 \pm 0,5$ $V min - 6,2 \pm 0,4$

1 Легкая и средняя степень выраженность воспалительного процесса в органах мошо-
2 нки как правило требовало консервативного метода лечения, а тяжелая степень выражен-
3 ность воспалительного процесса были показанием оперативного метода лечения – деком-
4 прессирующая операция по разработанной методике. Следует отметить, в категорию опе-
5 ративного лечения попадали больные, у которых на УЗИ выявлены участки абсцедирова-
6 ния, перекрут яичка, а также отсутствие эффекта от консервативного лечения ООЭ на про-
7 тяжении более 3-х дней и при этом отмечено нарастание показателя лейкоцитоза, ухудше-
8 ние показателя ЛИИ, а также при доплерографическом картировании сосудов пораженно-
9 го яичка выявлено ухудшение его качественных и количественных показателей.

10 Следовательно, при патологии органов мошонки и сопоставлении исследованных
11 результатов с клинико-лабораторными результатами становится очевидным для решения
12 выбора тактики лечения, что свою очередь позволяет получить желаемых эффектов лече-
13 ния.

14 Общие принципы терапии острого орхоэпидидимита заключаются в следующем:
15 обязательная госпитализация больного в стационар; создание полного покоя, т.е. строгий
16 постельный режим; адекватное обезболивание; противовоспалительное и дезинтоксикаци-
17 онное лечение; физиотерапевтические процедуры, а также реабилитационная терапия.

18 **Режим в стационаре.** Создание полного покоя, оно не только заключается в госпи-
19 тализации больного, а также назначение постельного режима, наложении суспензория. Мы
20 считаем, что при остром процессе использование согревающих компрессов, в виде полу-
21 спиртовых компрессов или компрессов с мазью Вишневского следует воздержаться во из-
22 бежание генерализации воспалительного процесса в органах мошонки.

23 В наших клинических случаях было применено местное использование троксевази-
24 новой мази совместно с суспензорием на пораженной части мошонки. Методологической
25 основой данной тактики было основание то, что троксевазин, обладает вентонизирую-
26 щим, противоотечным эффектом и купирует лимфостаз в тканях, из-за снятия повышенной
27 проницаемости сосудистой стенки. С другой стороны оправданность использования
28 троксевазина в том, что ранее устранение нарушенной гемодинамики в пораженной мо-
29 шонке, создает благоприятный исход болезни и способствует профилактике осложнений.

30 **Адекватное обезболивание.** Борьба с болевым синдромом играет огромную роль в
31 лечебно-психологическом состоянии больных, поскольку острый воспалительный процесс
32 в органах мошонки клинически проявлялся болью в покое, которая нередко носила посто-
33 янный характер и выраженную интенсивность, из-за чего нередко больные были вынужде-
34 ны ограничивать передвижение.

35 При этом для снятия болевого синдрома урологи применяют множество методов
36 (спазмолитики, ненаркотические, а иногда наркотические обезболивающие препараты), ко-
37 торые, к сожалению, не всегда снимают боль и в ряде случаев, эффект длился недолго или
38 оказывались неэффективными. Учитывая это обстоятельство, нами применена модификация
39 метода новокаиновой блокады семенного канатика разработанная проф. Мамбетовым Ж.С.
40 (рац. предложение № 711, КГМА), которая заключается в том, что перед введением ново-

1 каина, кончик указательного пальца левой руки вводится в наружное отверстие пахового
2 канала, что способствует образованию пространственного промежутка между элементами
3 семенного канатика и мышцами пахового канала. Кроме того, кончиком пальца контроли-
4 руется глубина введения иглы и, тем самым, исключается травматизация элементов семен-
5 ного канатика. Выполняли новокаиновую блокаду ежедневно курсом 2 или 3 процедуры.

6 Вышеуказанная новокаиновая блокада элементов семенного канатика на стороне
7 поражения мошонки была применена у 93 больных с острым орхоэпидидимитом, которых
8 беспокоили боли в области яичек и у которых не было фуникулита. Её применяли в ком-
9 плексе с другими медикаментозными средствами. В результате использования данной ме-
10 тодики ни у одного из больных не отмечено наличия инфильтрата и сравнительно быстро
11 исчезали боли уже после первых двух процедур. После проведенных 2 - 3 новокаиновых
12 блокад были купированы боли в области пораженной части мошонки у 82 (88,2%) боль-
13 ных, а у 11 (11,8%) они стали менее интенсивными.

14 **Противовоспалительная терапия.** В нашей работе использованы высокоэффектив-
15 ные антибиотики, среди которых имели место препараты аминогликозидного ряда (амика-
16 цин) в суточной дозе 2 - 4 мг/кг 2 раза в сутки, при лечении 32 больных ООЭ получена
17 клиническая эффективность в 78,5% случаев. Доказан высокий клинический эффект (97%)
18 препаратов цефалоспоринового ряда 3 поколения – цефобид по 1,0 2 раза в день, при ле-
19 чении 24 больных с ООЭ, а также не уступает в клиническом эффекте применение
20 фторхинолонов особенно 3 поколения – левофлоксацин. Препарат левофлоксацин (левок-
21 симед) в дозе 500мг использованы к 17 больным средней тяжести течения ООЭ и 14 по-
22 слеоперационным больным и достигнута эффективность – 98,3 и 95,8% соответственно.

23 Следовательно, высокая эффективность вышеуказанных препаратов делает возмож-
24 ным их использование в качестве эмпирической терапии (до установления микробного
25 агента) и когда необходима экстренная терапия.

26 **Дезинтоксикационная терапия.** При остром орхоэпидидимите средней и тяжелой
27 формы течения, проводили дезинтоксикационную терапию в основном с препаратами
28 декстран низкой или средней молекулярной массой – реополиглюкин или полиглюкин в
29 количестве 400 мл в/в капельное введение. Наряду с этим они чередовались в/в капельным
30 введением солевых растворов – ацесоль, дисоль по 400 мл, а также 5% раствор глюкозы
31 400 мл с добавлением в неё аскорбиновой кислоты в количестве 4 – 6 мл. Наряду с этим,
32 было отмечено хорошее дезинтоксикационное свойство у плазмозамещающего препарата -
33 рефортан в количестве 500мл в/в капельного введения.

34 Мы считаем, что адекватное проведение дезинтоксикационной терапии оправдан-
35 ным при остром воспалительном процессе в органах мошонки, так как снижение и устра-
36 нение интоксикационного синдрома позволяет улучшить общее самочувствие больного и
37 тем самым ускорить успех выздоровления.

38 **Терапия нарушений гемодинамики в органах мошонки.** На основе патофизиоло-
39 гии при ООЭ лежат гемодинамические нарушения в органах мошонки, которые выража-
40 ются вено- и лимфостазом в пораженном органе, и в окружающих тканях. Исходя из этих
41

1 соображений в коррекции гемодинамических нарушений, мы считаем целесообразно при-
2 менение препаратов улучшающих кровообращение путем использования лекарств, устра-
3 няющие венозный застой и отек тканей. В связи с этим учитывая фармакологические свой-
4 ства препаратов обладающих вентонизирующим эффектом, мы остановились на препара-
5 те троксевазин.

6 При этом мы исходили из того, что троксевазин уменьшает проницаемость капилля-
7 ров, снимает отек тканей, оказывает противовоспалительное действие, устраняет боли,
8 трофические расстройства и различные патологические явления, связанные с нарушением
9 микроциркуляции и венозной недостаточностью.

10 Препарат троксевазин применен в лечении 68 больных в дозировке по 300 мг 2 раза
11 в день в течение 2-х недель. Эффективность лечения была оценена на основании динамики
12 гемодинамических изменений, на УЗДГ органов мошонки (табл. 2).

13 Таблица 2.- Динамика гемодинамических изменений при ООЭ (n - 68).

Объект иссле- дований	Здоровой части органа мошонки			На стороне ООЭ		
	V max	V min	Ri	V max	V min	Ri
до лечения	6,8±0,3	4,8±0,4	0,29 ±0,04	10,8±0,7	5,1±0,3	0,52± 0,02
после лечения	5,6±0,4	3,1±0,1	0,44 ±0,02	6,5±0,2	4,1±0,5	0,36 ±0,06
P	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,01

14 Если до лечения у всех больных было отмечено снижение всех параметров гемоди-
15 намики на пораженной стороне органов мошонки, то после лечения отмечена положитель-
16 ная динамика. Отмечено увеличение показателей V max и V min как при консервативном,
17 так и при оперативном лечении и здесь в показателе V min имело место достоверный ре-
18 зультат (p<0,05). Резистентный индекс - RI независимо от положения тела пациентов от-
19 мечено достоверное снижение показателя (p<0,05 и p<0,01).

20 Таким образом, конверсионный подход к лечению с учетом коррекции нарушений
21 гемодинамики с использованием препаратов, улучшающих кровообращение в органе и ве-
22 нотонизирующим действием, позволило достигнуть значительного улучшения и устранения
23 нарушения кровообращения в пораженной стороне органов мошонки в 78,5% случаев.

24 Еще в 1986 году О.Л. Тиктинским была разработана декомпрессирующая операция
25 при остром орхоэпидидимите, которая заключалась в продольном рассечении собственной
26 оболочки яичка с целью создания декомпрессии.

27 Как показала практика, недостатком подобной декомпрессирующей операции при
28 орхоэпидидимите является, то, что после удаления дренажа, зачастую происходит замыка-
29 ние рассеченной собственной оболочки, тем самым создаются условия рецидивирования
30 воспалительного процесса, а также высока вероятность развития вторичной водянки обо-
31 лочек яичка, что требует повторного оперативного вмешательства.

32 В связи с этим нами поставлена задача - разработать новый способ хирургического
33 лечения орхоэпидидимита, с целью повышения эффективности терапии и профилактики
34 указанных осложнений.

1 Решение задачи достигалось путем разработки тактико-технического способа опера-
2 тивного лечения орхоэпидидимита, который заключался в следующем: перед операцией
3 проводилось УЗИ органов мошонки и под контролем которого создавалась искусственная
4 водянка оболочек яичка при остром орхоэпидидимите, путем новокаиновой блокады по
5 Лорин-Эпштейну на уровне наружного отверстия пахового канала в сторону поражения.
6 Далее после соответствующей обработки операционного поля 70% спиртом, проводится
7 продольный разрез по передне-наружной поверхности мошонки, кожи и мягких тканей до
8 влагищной оболочки висцерального листка, на поверхности которой, после ее выделе-
9 ния, производился продольный полулунный разрез от 3-х до 4-х см с последующим про-
10 шиванием за яичком капроновыми нитками в 4 - 5 местах к противоположному краю по
11 типу наружной дубликатуры, далее накладывались послойные швы на послеоперацион-
12 ную рану с дренированием операционной раны узкой резиновой полоской.

13 Результаты предложенной операции были сравнены с традиционной методикой де-
14 компрессирующей операцией по Тиктинскому О.Л., которые составили контрольную
15 группу сравнения.

16 При этом наряду с динамикой клинической симптоматики были оценены выражен-
17 ность лейкоцитарной реакции и ЛИИ.

18 При изучении данного анализа крови у больных основной и контрольной группы
19 при госпитализации выявлено, что у больных контрольной так и основной группы отмечен
20 лейкоцитоз среднего значения, что составило - $13,2 \pm 1,6$ и $14,4 \pm 1,8$ соответственно
21 ($p > 0,05$). При этом ЛИИ составил в контрольной группе $3,9 \pm 0,3$ и $4,1 \pm 0,8$ и соотношение
22 по t критерию также отмечено $p > 0,05$ (это свидетельствует о том, что поступившие боль-
23 ные в клиническом состоянии были почти идентичными).

24 Однако динамика вышеуказанных показателей в зависимости от характера дрениро-
25 вания, различия были ощутимы (динамика оценена на 3 и 7 сутки).

26 Если при ведении больных после операции с острым орхоэпидидимитом (антибио-
27 тико и дезинтоксикационной терапии) уровень лейкоцитоза на 3 и 7 сутки составили –
28 $12,8 \pm 1,4$ и $10,3 \pm 0,8$, т.е. оставался на уровне патологии, что безусловно отразилось на
29 уровне ЛИИ – $3,6 \pm 0,3$ и $3,2 \pm 0,7$ ($p > 0,05$).

30 Показатели активного оперативного лечения, на 3-й сутки отмечено снижение уров-
31 ня лейкоцитоза – $11,5 \pm 1,2$, а на 7 сутки оно составило – $8,8 \pm 0,6$, что сопоставимо к исход-
32 ному уровню, оказалось достоверно ($p < 0,05$).

33 Такая же закономерность отмечена при оценке уровня ЛИИ – $2,6 \pm 0,4$ и $1,8 \pm 0,6$, т.е.
34 здесь имеет место достоверности по t критерию ($p < 0,05$).

35 Таким образом, предложенный новый хирургический способ создания декомпрес-
36 сии при остром орхоэпидидимите, показал хороший клинический эффект, нежели по срав-
37 нению с традиционной методикой. Уменьшение местной и общей симптоматики составило
38 на 25% по сравнению с контрольной группой в динамике, а лабораторно отмечено досто-
39 верное снижение уровня лейкоцитоза в периферической крови и ЛИИ.

40 Наряду с непосредственными результатами нами были изучены ближайшие резуль-
41

1 таты, продолжительность которых составило от 3-х до 6 месяцев. При этом пациентам, ко-
2 торым проводилось декомпрессирующая операция по методике Тиктинского О.Л., в 3-х
3 случаях развилась вторичная водянка оболочек яичка, а в 2-х случаях больных стали бес-
4 покоить орхидалгии, которые нуждались в дополнительной терапии (противовоспалитель-
5 ное, рассасывающее, блокады по Лорин-Эпштейну).

6 На фоне лечения в 2-х случаях вторичная водянка оболочек яичка была устранена, в
7 одном случае не удалось устранить, которая в последующем была подвергнута операции -
8 пластика оболочек яичка по Бергману.

9 **Физиотерапевтические процедуры.** При остром воспалительном процессе от сог-
10 ревающих местных компрессов или других физиопроцедур следует воздержаться, учиты-
11 вая, то, что с одной стороны они могут способствовать генерализации воспалительного
12 процесса, а с другой стороны возникает отрицательное тепловое воздействие на спермато-
13 генез.

14 В нашей клинике в течение многих лет практикуется использование лазеротерапии
15 на паховую область в проекции элементов семенного канатика на стороне поражения.

16 Лазеротерапию следует использовать как метод реабилитации, т.е. после снижения
17 активности воспаления в яичке.

18 Для локальной лазеротерапии семенного канатика использован аппарат «Мустанг»,
19 длина волны в конце световода - 0,77 мкм, выходная мощность - 5 Вт, частота - 1500 Гц.
20 Экспозиция составляет 60 секунд на каждую сторону наружного кольца паховой области
21 ежедневно, на курс - 7-10 сеансов.

22 В результате использования лазерной терапии отмечена положительная клиническая
23 динамика у 34 пациентам, со стороны анализов гормонального фона уровень тестостерона
24 имел место к повышению, а пролактина отмечено достоверное снижение. Наряду с этим
25 также была прослежена положительная динамика содержания показателей гормонов ФСГ
26 и ЛГ.

27 Это обстоятельство говорит о том, что возникший гормональный дисбаланс в орга-
28 низме больного вследствие перенесенного ООЭ, требуют, коррекции, а полученные ре-
29 зультаты на фоне использования низкоинтенсивной лазерной терапии имеют обнадежива-
30 ющую перспективу.

31 Хороший результат у больных основной группы составил - 98,2%, тогда как в кон-
32 трольной группе - 75%. Удовлетворительные результаты в основной группе составили
33 1,8%, в контрольной группе - 21,2%. Неудовлетворительные результаты составили в кон-
34 трольной группе - 3,8%, были связаны с атрофией яичка, гидроцеле.

35 Периодические боли в области яичка мы наблюдали у двух больных из контрольной
36 группы, тогда как в основной группе такого осложнения не наблюдалось. Следовательно,
37 удовлетворительный эффект лечения в контрольной группе нуждается в закреплении в
38 условиях диспансерного наблюдения.

ВЫВОДЫ

1
2 1. Одним из пусковых патофизиологических факторов возникновения ООЭ были
3 следующие данные: после переохлаждения – 60 (47,2%); после ИППП – 35 (27,6%); трав-
4 мы – 20 (15,7%) и после ОРВИ – 12 (9,5%). Приведенные данные показали, что острый ор-
5 хоэпидидимит довольно распространенное заболевание среди мужчин молодого возраста и
6 в большинстве случаев причиной возникновения является переохлаждение и ИППП.

7 2. Исходя из клинико-лабораторных данных было диагностировано: легкая степень
8 ООЭ у - 17, средняя степень выраженности у - 51 и тяжелая степень у - 59. При этом пока-
9 занием к оперативному лечению стали лабораторные анализы, которые были сопоставимы
10 с клиническими данными, т.е уровнем лейкоцитоза в периферической крови и ЛИИ, а так-
11 же УЗДГ, где нарушения гемодинамики и показатели стали очевидными в пользу декстру-
12 ктивного процесса в яичке с придатком.

13 3. Предложенный новый оперативный способ создания декомпрессии при остром ор-
14 хоэпидидимите показал свой клинический эффект - уменьшение местной и общей симпто-
15 матики на 25% по сравнению с контрольной группой в указанной динамике. Следова-
16 тельно, тактический подход в выборе лечения, позволил достигнуть хороший результат у
17 больных основной группы, что составило - 98,2%, тогда как в контрольной группе - 75%.

18 При традиционной методике хирургического лечения в 3-х случаях развилась вто-
19 ричная водянка оболочек яичка, а в 2-х случаях больных стали беспокоить орхидалгии, а
20 при оптимизированной методике не отмечено гидроцеле, атрофии яичка и бесплодия.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

21
22 1. Разработанные унифицированные рабочие критерии для установления степени
23 выраженности воспалительного процесса в органах мошонки на основании сопоставления
24 результатов клинико-лабораторных, УЗДГ сосудов органов мошонки, позволили выбрать
25 наиболее адекватный характер лечения больных с острым орхоэпидидимитом, что следует
26 широко использовать в клинической практике у больных с данной патологией.

27 2. Ультразвуковое доплерографское исследование сосудов при патологии органов
28 мошонки и сопоставление клинико-лабораторных результатов становится очевидными для
29 решения выбора тактики лечения, что свою очередь становится методологической основой
30 для диагностики и тактики лечения и следует широко применять в клинической практике.

31 3. Усовершенствованная методика декомпрессирующей операции при остром декс-
32 труктивном орхоэпидидимите позволила достичь желаемого эффекта, а также стала
33 надежной профилактикой развития вторичного гидроцеле, атрофии яичка и бесплодия,
34 что следует широко использовать в оперативной урологии.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

35
36 1. Мамбетов Ж.С., Тулепбергенов К.Б. Оперативная тактика лечения острого орхо-
37 эпидидимита. //Современные проблемы теоретической и клинической медицины.-Алматы,
38 2008.-С.279-280.

1 2. Мамбетов Ж.С., Тулепбергенов К.Б. Хирургическое лечение острого орхоэпидидимита. //Сборник трудов 1 пленума урологов Республики Узбекистан.- Ташкент, 2008.- С. 200-203.

4 3. Мамбетов Ж.С., Тулепбергенов К.Б. Тактические подходы лечения острого орхоэпидидимита. //Современные аспекты урологии, онкоурологии.- Красноярск, 2010.- С.168-169.

7 4. Тулепбергенов К.Б. К вопросу лечения острого орхоэпидидимита // Кадры XXI века.- Бишкек, 2010.- №3.-С. 110-112.

9 5. Тулепбергенов К.Б. Особенности лечения орхоэпидидимита. //ЦАМЖ, Том XVII.- Приложение 3-4.- Бишкек, 2011.-С. 217-219.

11 6. Тулепбергенов К.Б. Посттравматический орхоэпидидимит. // Вестник КГМА.-№3, Том 1.- Бишкек, 2012.-С. 94-96.

13 7. Способ хирургического лечения орхоэпидидимита, гидроцеле и сперматоцеле .- Изобретение.- Патент Кыргызской Республики № 1460, от 29.06.2012г. (соавт.: К.Б. Тулепбергенов, Ж.С. Мамбетов).

16 8. Мамбетов Ж.С., Евсюков В.Н., Тулепбергенов К.Б. Острый орхоэпидидимит. //Учебное пособие.- Бишкек.- 2012.- 26с.

РЕЗЮМЕ

19 **диссертации Тулепбергенова Куаныша Бакытовича на тему: «Тактические подходы к лечению острого орхоэпидидимита» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология.**

22 **Ключевые слова:** Острый орхоэпидидимит, ультразвуковое доплерографическое исследование, хирургическое лечение.

24 **Цель:** улучшить результаты лечения больных с острым орхоэпидидимитом, на основе разработки тактических подходов к лечению.

26 **Объект исследования:** Материалом исследования составили 127 больных с ООЭ. Первую основную группу составили 45 больных получившие консервативное лечение по стандартизированной методике. Вторая контрольная группа - 32 больных, получившее консервативное лечение по традиционной методике. Третья группа 30 больных, перенесших хирургическое лечение по разработанной методике (основная группа), результаты которых, были сравнены с контрольной группой – 20 больных с острым орхоэпидидимитом, перенесшие хирургическое лечение по традиционной методике.

33 **Методы исследования:** Клинико-лабораторные, ультразвуковые доплерографические исследования органов мошонки.

35 **Полученные результаты и их новизна:** впервые разработаны и внедрены диагностические критерий, позволяющий определить показания к консервативному или хирургическому лечению больных с острым орхоэпидидимитом. Впервые разработан усовершенствованный метод хирургического лечения больных с острым гнойным орхоэпидидимитом, суть которого заключается в достижении адекватной декомпрессии яичка, дренировании и профилактики послеоперационных осложнений.

1 Новый оперативный способ создания декомпрессии при остром орхоэпидидимите
2 показал свой клинический эффект, т.е. уменьшение местной и общей симптоматики соста-
3 вило на 25% по сравнению с контрольной группой. Предложенный тактический подход в
4 выборе лечения позволило достигнуть хорошего результата у больных основной группы -
5 98,2%, а в контрольной группе - 75%.

6 **Область применения:** урология.

7 **Библиография:** 157 источников. Иллюстрации – 22 рисунков и 9 таблиц.

8 **Тулепбергенов Куаныш Бакытовичтин «Өткүл орхоэпидидимитти даа-
9 рылоодогу тактикалык кадамы» деген темада 14.01.23 - урология адистиги боюнча
10 медицина илиминин кандидаты окмуштуу даражасына диссертациялык ишинин**

11 **КОРУТУНДУ**

12 **Негизги сөздөр:** өткүл орхоэпидидимит, ультраүндүү доплерграфикалык изилдөө,
13 хирургиялык дарылоо.

14 **Изилдөөнүн максаты:** жаны тактикалык кадамдын негизинде өткүл
15 орхоэпидидимит менен ооруган орулууларды дарылоонун жыйынтыгын жакшыртуу.

16 **Изилдөө объектиси:** изилдөөнүн негизин өткүл орхоэпидидимитке чалдыккан 127
17 орулуу түздү. Биринчи негизги топко 45 орулуу, алар стандарттык ыкмада дары-дармектер
18 менен даарыланышкан. Экинчи текшерилүүчү топко 32 орулуу, алар кадимки салттуу
19 ыкмада даарыланышты. Үчүнчү топту 30 орулуу түзгөн. Алар биздин такталган
20 хирургиялык ыкмада даарыланышты (негизги топ). Алардын жыйынтыгы текшерилүүчү
21 топту түзгөн 30 өткүл орхоэпидидимит менен ооругандар салттуу хирургиялык ыкмада
22 дарыланган топтун жыйынтыгы менен салыштырылды.

23 **Изилдөө ыкмалары:** Клиникалык лабораториялык, калта органдарын ультраүндүү
24 доплераграфикалык изилдөө, хирургиялык дарылоо.

25 **Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы:** өткүл орхоэпидидимитке
26 чалдыккан бейтаптарды дары-дармектер жолу менен же болбосо хирургиялык ыкмада
27 дарылоонун диагностикалык көрсөткүчтөрү биринчилерден болуп аныкталды. Биринчи
28 жолу өткүл ириндүү орхоэпидидимитке чалдыккан ооруларды өркүндөтүлгөн
29 хирургиялык ыкма менен дарылоо аныкталды. Анын манызын жумуртканын кадимки чын
30 алуусун азайтуу жана анын операциядан кейинки болуп кетүүчү кабылдолорунун алдын
31 алуу максаты түзөт.

32 **Өткүл орхоэпидидимитте жумуртканын чың алуусун азайтуу жана аны операциялык**
33 **ыкма менен дарылоо өзүнүн клиникалык пайдасын көрсөтө алды, башкача айтканда**
34 **негизги топкогу бейтаптын мерчиликтуу жана жалпы симптоматикасы 25% жакшырганы**
35 **текширилме топтон аймарыланат. Сунушталган тактикалык ыкма негизги топтун жалпы**
36 **жыйынтыгын жакшыртууда 98,2%, ал эми текширүлүүчү топко 75% түздү.**

37 **Колдонуу аймагы:** урология.

38 **Библиографиясы:** 157 булакты камтыйт. Көркөмдөмөсү - 22 сүрөт жана 9 таблица
39 түздү.

SUMMARY

of the dissertation by Tulebergenov K.B.:
“Tactical approaches to the treatment of acute orchiepididymitis” for the degree of Candidate of Medical Sciences in 14.01.23 – urology.

Key words: acute orchiepididymitis, ultrasound Doppler sonography, surgical treatment.

Goal: improving treatment outcomes of the patients with acute orchiepididymitis through the development of tactical approaches to treatment.

Subject of research: The research involved 127 patients with acute orchiepididymitis. The first - main group - comprised 45 patients who received conservative treatment in accordance with a standardized methodology. The second - control group – included 32 patients who received conservative treatment according to traditional methods. The third group of 30 patients underwent surgery in accordance with the developed methodology (main group). The results of the patients in the third group were compared with a control group of 20 patients with acute orchiepididymitis who underwent surgical treatment according to the traditional method.

Methods of research: clinical and laboratory, ultrasound Doppler examination of the scrotum.

Results and novelty: a diagnostic criterion was developed and introduced for the first time to determine the indications for conservative or surgical treatment of patients with acute orchiepididymitis. An improved method of surgical treatment of patients with acute purulent orchiepididymitis was created for the first time. The essence of this method is to achieve adequate decompression of the testicle, drainage and prevention of post-surgery complications.

New interventional method of decompression in acute orchiepididymitis showed its clinical effect that is the reduction of local and general symptoms by 25%, compared with the control group. Proposed tactical approach in selecting treatment made it possible to achieve good outcomes in patients in the main group - 98.2%, while in the control group - 75%.

Scope: urology.

Literature: 157 sources. Illustrations - 22 figures and 9 tables.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АХОКР - Ассоциация хирургических обществ Кыргызской Республики

ИППП – Инфекции передающиеся половым путем

КГМА – Кыргызская государственная медицинская академия

КГМИП и ПК – Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

ЛГ – Лютенизирующий гормон

ЛИИ – Лейкоцитарный индекс интоксикации

МЗ КР – Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

НХЦ – Национальный хирургический центр

ООЭ – Острый орхоэпидидимит

СХП – Специализированная хирургическая помощь

УЗДГ – Ультразвуковое доплерография

ФСГ - Фолликулостимулирующий гормон

ЧД – Частота дыхания