

А.Б. Окулов, Е.А. Володько, А.В. Аникиев, Ю.Ю. Соколов

ПРИВЫЧНЫЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ, Москва, РФ

Клиническое наблюдение привычного перекрута яичка демонстрирует сложность диагностики этого редкого заболевания. Пациент перенес два эпизода привычного перекрута правого яичка, которые трактовались хирургами как перекрут гидатиды и эпидидимит. Орхиопексия выполнена после 3-го эпизода перекрута яичка, когда клинико-диагностические признаки соответствовали острой торсии яичка. Учитывая, что даже единичный эпизод болей в яичке свидетельствует об ишемии органа с возможной атрофией в будущем, все случаи повторяющихся острых болей в яичке требуют углубленного анализа.

Ключевые слова: привычный перекрут яичка, острый перекрут яичка, орхиопексия, дети.

Цит.: А.Б. Окулов, Е.А. Володько, А.В. Аникиев, Ю.Ю. Соколов. Привычный перекрут яичка у ребенка 13 лет. *Педиатрия*. 2016; 95 (6): 213–215.

A.B. Okulov, E.A. Volodko, A.V. Anikiev, Y.Y. Sokolov

FAMILIAL TESTICULAR TORSION IN 13 YEARS OLD CHILD

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia

Clinical observation of the familial testicular torsion demonstrates complexity of the diagnosis of this rare disease. The patient had two episodes of familial right testicle torsion, which were treated by surgeons as a hydatid torsion and epididymitis. Orchiopexy was performed after the third episode of testicular torsion, when clinical and diagnostic characteristics conformed acute testicular torsion. Given that even a single episode of testicle pain indicates on organ ischemia with possible atrophy in the future, all cases of recurrent acute pain in the testicle require in-depth analysis.

Keywords: familial testicular torsion, acute testicular torsion, orchidopexy, children.

Quote: A.B. Okulov, E.A. Volodko, A.V. Anikiev, Y.Y. Sokolov. Familial testicular torsion in 13 years old child. *Pediatrics*. 2016; 95 (6): 213–215.

Привычный перекрут яичка (ППЯ) — форма остро́го заболевания яичка, характеризующаяся внезапным возникновением и самопроизвольным купированием острых болей в мошонке [1]. ППЯ диагностируют у половины пациентов, перенесших острый перекрут яичка. По данным литературы, 30–50% мальчиков, оперированных по поводу перекрута яичка, в анамнезе имели неоднократные эпизоды острых болей в яичке [1, 2]. Диагностика ППЯ затруднена в связи с непостоянными и кратковременными клиническими проявлениями. Симптомы, характерные для перекрута яичка при ППЯ, определяются не всегда. Отсутствие кремастерного рефлекса и подтягивание яичка к корню мошонки определяют у 15% больных [3, 4]. Эхографические признаки перекрута яичка в виде снижения или отсутствия кровотока в

пораженном яичке выявляют у 41% больных с ППЯ [3, 4]. Заболевание, как правило, протекает под маской перекрута гидатиды яичка, эпидидимита или орхита с характерными для этих состояний клиническими и эхографическими признаками. Ретроспективные исследования показали, что перечисленные неоднократно перенесенные острые заболевания яичка являются следствием самостоятельно купировавшегося перекрута яичка. Диагноз ППЯ у больных удается установить после двух (36%) или трех (64%) эпизодов острых болей в мошонке [5].

Предрасполагающими факторами в развитии данного заболевания, по мнению ряда авторов, являются пороки развития яичка в виде горизонтальной инверсии, а также деформация фиксирующего аппарата семенного канатика и яичка в виде «языка колокола»,

Контактная информация:

Аникиев Александр Вячеславович – к.м.н., старший научный сотрудник отдела детской хирургии НИЦ РМАПО МЗ РФ
Адрес: Россия, 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1
Тел.: (495) 948-62-21, E-mail: okulov20@yandex.ru
Статья поступила 3.10.16, принята к печати 16.11.16.

Contact Information:

Anikiev Alexandr Vyacheslavovich – Ph.D., senior researcher at the Pediatric Surgery Department, Russian Medical Academy of Postgraduate Education
Address: Russia, 125993, Moscow, Barrikadnaya str., 2/1, b.1
TeL.: (495) 948-62-21, E-mail: okulov20@yandex.ru
Received on Oct. 3, 2016, submitted for publication on Nov. 16, 2016.

которые обнаруживают у 85–100% мальчиков с ППЯ [4–17].

Лечение ППЯ направлено на предотвращение последующих эпизодов перекрута яичка. С этой целью выполняют орхиопексию в плановом порядке [7–10]. Дискуссионным остается вопрос о фиксации яичка с противоположной стороны. В пользу выполнения операции говорят исследования, демонстрирующие большой процент аномалий фиксации противоположного яичка. Деформация яичка по типу «языка колокола» с противоположной стороны выявлена у 80% больных, оперированных с острым перекрутом яичка [6]. Следуя логике, фиксация противоположного яичка может предупредить развитие перекрута и его гибель. Однако в литературе нет сравнительных исследований, демонстрирующих результаты наблюдений больных с ППЯ, у которых противоположное яичко не фиксировалось. Данные литературы свидетельствуют о том, что ППЯ в отдаленном периоде сопровождается значительными изменениями репродуктивной функции в виде снижения андрогенной функции до 27% [9] и ухудшения сперматогенеза у 88% больных [11]. Поэтому своевременная диагностика, лечение и реабилитация больных с ППЯ является важной медикосоциальной задачей.

В качестве примера ППЯ представляем случай больного П. 13 лет, неоднократно поступавшего в хирургический стационар ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ с жалобами на боли в правой половине мошонки. Мальчик впервые поступил в хирургическое отделение 18.04.15 с жалобами на острые, немотивированные боли в правой половине мошонки в течение 12 ч. При этом симптомы интоксикации не были выражены, температура тела не повышалась. Факт травмы мальчик отрицал. При физикальном исследовании выявлен симптом синего пятна справа, в связи с чем заподозрен перекрут гидатиды правого яичка. Эхографически в проекции верхнего полюса яичка выявлена гидатида до 5 мм в длину с отсутствующим кровотоком при цветовом доплеровском картировании (ЦДК). Воспалительных изменений в общем анализе крови и мочи не отмечено. По экстренным показаниям выполнены скрототомия справа, удаление трансформированной гидатиды. Гистологическое исследование удаленного подвеса яичка подтвердило острое нарушение кровоснабжения гидатиды: выраженный отек, полнокровие капилляров, лимфангиоэктазии, незначительная мононуклеарная инфильтрация. В послеоперационном периоде мальчик получал антигистаминные и противовоспалительные препараты в возрастных дозировках. Выписан в удовлетворительном состоянии на 3-и сутки после операции с положительной клинической и эхографической динамикой.

Повторно ребенок обратился в хирургическое отделение больницы через 8 месяцев после выписки из стационара с жалобами на острые боли в правом яичке в течение 22 ч. По результатам осмотра в приемном отделении у мальчика заподозрен перекрут правого яичка. Эхографическими признаками перекрута яичка были неоднородность структуры и ослабление кровотока при ЦДК. Клиническая картина не совпадала с эхографическими находками,

поэтому было выполнено динамическое исследование через 1 ч после поступления. В результате повторной эхографии данных за перекрут яичка не получено. Однако выявлены эхопризнаки сперматоцеле и эпидидимита справа. Установлен клинический диагноз: острый орхоэпидидимит справа, сперматоцеле справа. Получал антигистаминные и противовоспалительные препараты в возрастных дозировках. В процессе наблюдения эхографические проявления орхоэпидидимита уменьшились. Со стороны мочевой системы отмечены эхопризнаки утолщения стенок чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и взвеси в мочевом пузыре. Простата имеет размеры 29x14x20 мм (объем 6,16 см³), эхографически не изменена. Мальчик выписан на 4-е сутки после поступления в хирургический стационар в удовлетворительном состоянии с диагнозом: острый орхоэпидидимит справа, сперматоцеле справа. Рекомендовано наблюдение уролога-андролога и дополнительные обследования: определение концентрации половых гормонов (лютеинизирующий гормон – ЛГ, фолликулостимулирующий гормон – ФСГ, общий тестостерон) и ингибина-В в сыворотке крови для оценки функционального состояния яичка. Кроме этого рекомендовано выполнить определение титров антител М и G к цитомегаловирусу (ЦМВ), токсоплазме, микоплазме человеческой, хламидии трахоматикус с целью микробиологического мониторинга.

Следующая (3-я) госпитализация в хирургическое отделение детской клинической больницы по срочным показаниям через 14 дней после выписки из стационара с жалобами на острые боли в правом яичке в течение 10 ч. При осмотре наружных половых органов яичко подтянуто к корню мошонки, ротировано, болезненное при пальпации. Заподозрен перекрут правого яичка. Эхографически установлены изменения формы яичка (гонада округлая), кровоток в ней снижен, имеет место быть увеличение количества свободной жидкости в оболочках. В общем анализе крови без выраженных воспалительных изменений. По экстренным показаниям выполнена повторная (2-я) скрототомия. На операции оболочки яичка незначительно утолщены, выпот умеренный серозного характера, элементы семенного канатика перекручены на 360°. После деторзии появились признаки нормализации кровотока в виде пульсации сосудов и окрашивания белочной оболочки в розовый цвет. Яичко фиксировано к перегородке мошонки. В послеоперационном периоде пациент получал антигистаминные и обезболивающие препараты в возрастных дозировках. Выписан на 3-и сутки после операции с положительной клинической динамикой в удовлетворительном состоянии. Рекомендована плановая орхиопексия слева.

Авторы ставят своей целью привлечь внимание детских хирургов и детских уроандрологов к особенностям клинических проявлений, сложностям своевременной диагностики ППЯ, который в отдаленном периоде может быть причиной нарушения андрогенной и сперматогенной функции яичек, ухудшающих качество репродуктивного здоровья мужчины.

Конфликт интересов: авторы сообщили об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. *Stillwell TJ, Kramer SA.* Intermittent testicular torsion. *Pediatrics.* 1986; 77 (6): 908–911.
2. *Williamson RC.* Torsion of the testis and allied conditions. *Br. J. Surg.* 1976; 63 (6): 465–476.
3. *Салопенкова А.Б., Проценко Я.Н.* Диагностика ишемии яичка у детей. *Детская хирургия.* 2015; 6: 46–49.
4. *Eaton SH, Cendron MA, Estrada CR, Bauer SB, Borer JG, Cilento BG, et al.* Intermittent testicular torsion: diagnostic features and management outcomes. *J. Urol.* 2005; 174: 1532–1535.
5. *Hayn MH, Herz DB, Bellinger MF, Schneck FX.* Intermittent torsion of the spermatic cord portends an increased risk of acute testicular infarction. *J. Urol.* 2008; 180 (Suppl. 4): 1729–1732.
6. *Favorito LA, Cavalcante AG, Costa WS.* Anatomic aspects of epididymis and tunica vaginalis in patients with testicular torsion. *Int. Braz. J. Urol.* 2004; 30 (5): 420–424.
7. *Julia Spenser Barthold.* Abnormalities of the Testis and Scrotum and Their Surgical Management. In: Alan J. Wein. *Campbell-Walsh Urology.* 10th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2012: 3557–3599.
8. *Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф.* Детская хирургия: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
9. *Окулов А.Б., Лаврова Т.Р., Пыков М.И., Бровин Д.Н., Алейникова В.А., Мираков К.К. и др.* Острые заболевания органов мошонки у детей: Учебное пособие для интернов, ординаторов, врачей. М.: РМАПО, 2009: 24.
10. *Creagh TA, McDermott TE, McLean PA, Walsh A.* Intermittent torsion of the testis. *BMJ. (Clin. Res. Ed.)* 1988; 297 (6647): 525–526.
11. *Hagen P, Buchholz MM, Eigenmann J, Bandhauer K.* Testicular dysplasia causing disturbance of spermiogenesis in patients with unilateral torsion of the testis. *Urol. Int.* 1992; 49 (3): 154–157.



РЕФЕРАТЫ

ПОСЕЩЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И ПОВТОРНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ГАСТРОСТОМЫ

Задача исследования – определить число обращений в отделения неотложной помощи (ОНП) и повторных госпитализаций в 30-дневный срок после установки детской гастростомы (ГС) и выписки, включая все медицинские услуги (хирургия, интервенционная радиология, гастроэнтерология) в 38 детских больницах. Ретроспективное когортное исследование включало пациентов <18 лет, выписанных из больниц в период с 2010 по 2012 гг. после установки ГС. Факторы, существенно связанные с обращением в ОНП и повторной госпитализацией в течение 30 дней после выписки, были определены с использованием многофакторной логистической регрессии. Анализ подгрупп включал сравнение пациентов, которым ГС была установлена в дату приема и позже, во время лечения в больнице. Из 15 642 пациентов 8,6% обращались в ОНП в течение 30 дней после выписки, и 3,9% были повторно госпитализированы из ОНП по причинам, связанным с ГС. Причины обращения, связанные с ГС, включали в себя инфекции (27%), механические осложнения (22%) и замену (19%). Многофакторный анализ показал, что пациенты латиноамериканского и негроидного происхождения, а также пациенты с наличием

≥3 хронических заболеваний независимо связаны с частотой обращения в ОНП; гастроэзофагеальный рефлюкс и отсутствие сопутствующей фундопликации к моменту установки ГС независимо связаны с повторной госпитализацией. Сроки установки ГС (запланированное и отложенное) не были связаны с обращениями в ОНП и повторной госпитализацией. Исследование позволяет сделать вывод, что установка ГС связана с высоким числом обращений в ОНП и случаев повторной госпитализации в течение первых 30 дней после выписки из стационара. Определение связи неизменяемых факторов риска, таких как раса/этническая принадлежность со сложностью медицинского случая является первым шагом к разработке мер по уменьшению потенциально устранимых случаев повторного обращения в медицинские организации.

Adam B. Goldin, Kurt F. Heiss, Matt Hall, David H. Rothstein, Peter C. Minneci, Martin L. Blakely, Marybeth Browne, Mehul V. Raval, Samir S. Shah, Shawn J. Rangel, Charles L. Snyder, Charles D. Vinocur, Loren Berman, Jennifer N. Cooper, Marjorie J. Arca. *The Journal of Pediatrics.* 2016; 174: 139–145.