

ПЕРЕКРУТ ГИДАТИДЫ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ – СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

**Шорманов И.С., **Щедров Д.Н., *Гарова Д.Ю.,
**Морозов Е.В.*

**ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России,*

***ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница»
Ярославль, Россия;*

*i-s-shormanov@yandex.ru, shedrov.dmitry@yandex.ru, dar.garova@yandex.ru,
wasker93@gmail.com.*

Проанализирован опыт лечения 2875 пациентов с перекрутом гидатиды, предложен современный алгоритм тактики ведения. Показано, что консервативный метод ведения является современным, основанным на расширенных возможностях диагностики, мониторинга лечения и приводит к положительным результатам, не уступающим таковым при оперативном вмешательстве.

Ключевые слова: перекрут гидатиды; консервативное лечение; оперативное лечение; дети; алгоритмы диагностики и тактики.

TORSION OF THE TESTICULAR HYDATID IN CHILDREN – MODERN MANAGEMENT TACTICS

*Shormanov I. S., **Shchedrov D. N., *Garova D. Yu.,
**Morozov E. V.*

**Yaroslavl State Medical University, Ministry of Health of the Russia,
** Yaroslavl region pediatric clinical hospital
Yaroslavl, Russia*

The experience of treating 2875 patients with hydatid torsion is analyzed, and a modern algorithm of management tactics is proposed. It is shown that the conservative method of management is modern, based on advanced diagnostic capabilities, monitoring of treatment and leads to positive results that are not inferior to those of surgical intervention.

Key words: hydatid torsion; conservative treatment; surgical treatment; children; diagnostic algorithms and tactics.

Сложившиеся канонические представления о лечебно-диагностической тактике при перекруте гидатиды яичка в настоящий момент начинают пересматриваться. Полярность мнений в вопросах методов диагностики и лечения до настоящего момента сохраняется. Вероятно, имеют право на существование разные точки зрения, однако, сегодня оценивая состояние вопроса интегрально необходимо алгоритмировать тактику, позволяющую выбрать оптимальный вариант действий. Ранее устоявшееся положение об абсолютной необходимости оперативного лечения пациентов с перекрутом гидатиды с ростом возможностей диагностики, повышением уровня техники и накоплением опыта, всё больше подвергается критике. Возможности консервативного ведения детей при патологии гидатиды в печати появляются уже относительно давно. Одной из первых отечественных публикаций,

обсуждающих подобную возможность, явилась диссертация Григорьевой М.В. (2003), демонстрирующая положительный результат в 9,3% случаях [1]. По мнению отечественных авторов, консервативное лечение перекрута гидатиды возможно у значительного числа пациентов, и частота его достигает 22,5 – 24,3% от всех случаев [2]. Ширяев Н.Д. и соавторы (2004) представили опыт консервативного лечения у 58% пациентов [3]. На возможность консервативного лечения указывали Руденко Д.Н и соавторы (2015), прибегая к операции лишь в случаях выраженного болевого синдрома, воспалительных осложнений, невозможности исключения перекрута яичка [4].

Ряд авторов не считают его применение целесообразным [5,6]. Авторы демонстрируют 100% оперативную активность, считая такой подход патогенетически обоснованным и единственно возможным, позволяющим исключить диагностические ошибки.

Одни из последних клинических рекомендаций (Меновщикова Л.Б. и соавт., 2015) рассматривают вопрос возможности консервативного лечения – холодные компрессы, НПВС, покой, исключение физической нагрузки [7]. Gunter P. (2012) рекомендует консервативное лечение в большинстве случаев, говоря о редкой необходимости операции при выраженном болевом синдроме и ярких клинических проявлениях [8]. Liguori G. с соавторами (2011) предлагают консервативное лечение практически во всех случаях, прибегая к операции редко [9]. Аналогична позиция Dogra V.S. (2003), описывающего высокую эффективность и достоверность ультразвукового контроля в консервативном лечении [10]. Meher S. (2015) так же прибегает к операции только в случаях невозможности исключения перекрута яичка и при длительном торпидном к течении течения [11].

Проанализирован опыт лечения перекрута гидатиды на протяжении 2000 - 2020 гг. Пролечено 2875 пациентов, из них оперировано 2069 (71,9%), консервативное лечение применено у 755 (26,26), необходимость в оперативном лечении на фоне консервативной терапии возникла у 51 (1,78%) пациента. На начальном этапе оперативное вмешательство выполнялось во всех случаях установленного диагноза перекрута гидатиды клинически и по данным УЗИ в экстренном порядке. На протяжении времени тактика претерпела ряд изменений. В ряде случаев при отсутствии острой клиники, исключении перекрута яичка стала применяться тактика консервативного ведения с активным наблюдением. Внедрению ее способствовало широкое применение УЗИ с возможностью мониторинга через 24-48-72 часа для оценки динамики. Консервативное ведение включало охранительный режим, ограничение физической активности, противовоспалительные препараты, местное лечение.

При подтвержденном перекруте гидатиды тактика определяется выраженностью воспалительных изменений мошонки, сроком заболевания, размерами гидатиды. Необходимость экстренного оперативного лечения возникает только при невозможности исключения перекрута яичка. В иных случаях наличия показаний к операции последняя выполняется в срочном порядке с возможностью отложения на несколько часов для уточнения диагноза, дообследования, в ряде случаев возможности оценки отклика на консервативное лечение. При неэффективности консервативного лечения

характер операции во всех случаях был отсроченным, продолжительность консервативной терапии составляет не менее 24 часов.

Консервативное лечение применяется на протяжении последних 12 лет в единичных случаях с более активным расширением показаний к нему с 2015 года. Число больных, оперированных по причине неэффективности лечения, снижается со временем, что говорит о рациональном выборе тактики с приобретением опыта.

Переход к оперативному лечению возможен в ряде случаев консервативного ведения, частота его может быть минимизирована при правильном определении показаний к консервативному лечению и выполнении условий его проведения. Показания к смене тактики в сторону оперативного лечения в настоящее время не определены окончательно и дискутируются. Рациональны следующие показания к активной хирургической тактике:

- отрицательная клиническая и ультразвуковая динамика в течение суток;
- отсутствие положительной клинической и ультразвуковой динамики в течение 3 суток.

Основными причинами, вынуждающими изменить тактику в сторону хирургической активности, являются:

- неправильное определение показаний для консервативного лечения;
- недостаточно активная консервативная терапия;
- недооценка клинической симптоматики и данных лучевых методов.

Для сравнения и оценки результатов нами проанализированы отдаленные (через 1 год) результаты лечения в трех группах пациентов:

1-я: получавшие консервативное лечение (n=150)

2-я: оперированные (n=150)

3-я: консервативное лечение с последующей операцией (n=41)

Сравнение результатов лечения проведено через 12 месяцев после завершения острого эпизода.

Частота орхалгии при оперативном вмешательстве несколько превышает таковую при консервативном вмешательстве, что позволяет предположить больший спаечный процесс при рассечении оболочек, чем при возможном асептическом воспалении в полости мошонки при консервативном ведении.

Потеря объема гонады не значительна во всех случаях как с точки зрения частоты встречаемости, так и степени выраженности, не является статистически значимой. Частота неоднородности эхо-структуры яичка и придатка в группах, говорящая о склеротических изменениях паренхимы, так же не демонстрирует значимых различий. Тестикулярный кровоток во всех группах сохраняется в пределах физиологической асимметрии (10%). Группа пациентов с возникшей необходимостью оперативного лечения не демонстрирует достоверно худших результатов, чем иные методы лечения.

Анализ клинического материала позволяет сделать следующие выводы:

1. Консервативное лечение при патологии гидатиды является в ряде случаев возможным и обоснованным методом.

2. Частота его применения при верном выборе показаний может достигать 20-25% от всего числа пациентов.

3. Переход от консервативного метода к оперативному вмешательству не приводит к ухудшению состояния гонады ни в ближайшем, ни в отдаленном периодах наблюдения, следовательно, риск необходимости в нем не может рассматриваться как противопоказание к применению консервативного подхода.

4. Консервативный метод ведения пациентов с патологией гидатиды является современным подходом, основанным на расширенных возможностях лучевой диагностики и своевременного мониторинга состояния органов мошонки в динамике.

Список литературы

1. Григорьева М.В. Острые заболевания яичка у детей (хирургическая тактика, специальные методы исследования). Автореферат: дисс. к.м.н. – Москва, 2003. - 19 с.
2. Щедров Д.Н., Григорьева М.В., Шорманов И.С., Саруханян О.О., Гасанова Э.Н., Морозов Е.В., Гарова Д.Ю. Перекрут гидатиды яичка у детей. Лечение на современном этапе. Детская хирургия. - 2020. 24 (6). - С. 370-376.
3. Ширяев Н.Д., Савенков И.Ю., Филатова Н.А., Шмыров О.С. Лечение детей с синдромом острой мошонки. Детская хирургия. - 2004; (1). – С. 33-35.
4. Руденко Д.Н., Скобеюс И.А., Строчкин А.В. Синдром «острой мошонки» у детей. Учебно-методическое пособие. Минск. БГМУ. – 2015. – С. 16.
5. Эрвинович А.А. Оптимизация лечебно-диагностической программы ведения острых заболеваний яичка в детском возрасте. Автореф: дисс. к.м.н. Москва, 2012. - 24 с.
6. Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Давранов Б.Л., Атакулов Д.О. О перекруте и некрозе гидатиды Морганьи у мальчиков. Материалы VIII конференции Неотложная детская хирургия и травматология. Детская хирургия. - 2020; 24 (1). Приложение: 91.
7. Меновщикова Л.Б., Рудин Ю.Э., Гарманова Т.Н., Шадеркина В.А. Клинические рекомендации по детской урологии – андрологии. Москва: «Перо», 2015. - 240 с.
8. Gunther P., Rubben I. The acute scrotum in childhood and adolescence. Disch Arztebi Int. 2012; 109 (25): 449-458.
9. Liguori G., Bucci S., Zordani A., Denvenuto S., Ollandini G., Mazzon G., Bertolotto M., Cacciato F., Siracusano S., Trombetta C. Role of US in acute scrotal pain. World J.of Urology. 2011; 29: 639-643.
10. Dogra V.S., Gottlieb R.H., Oka M., Rubens D.J. Sonography of the scrotum. Radiology. 2003; 227: 18-36.
11. Meher S, Rath S, Sharma R, Sasmal PK, Mishra TS. Torsion of a large appendix testis misdiagnosed as pyocele. Case Rep Urol. 2015; 430: 871.