

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА

¹Данильчик А.В., ²Голуб Т.Ю., ³Швырева Е.А.

¹Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

³УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В структуре экстренных госпитализаций среди больных урологического профиля около 4–10% приходится на синдром острой мошонки, который включает в себя группу острых заболеваний органов мошонки со схожей клинической картиной. Перекрут яичка является наиболее опасным из них и возникает у 1 из 4000 мужчин, или у каждого 500-го пациента, а в популяции у мужчин не старше 25 лет наблюдается у одного из 160. Своевременная диагностика перекрута с последующей деторсией имеет решающее значение для предотвращения гибели яичка. Развитие заболевания преимущественно в молодом возрасте на фоне физических нагрузок и травм мошонки делают проблему особенно актуальной для врачей войскового звена. К сожалению, несмотря на современные диагностические возможности и оптимизацию лечебной тактики, частота орхэктомий по-прежнему остаётся высокой и составляет, по данным разных авторов, от 32 до 41%.

Цель. Изучить особенности клинических проявлений и диагностики перекрута яичка.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 100 историй болезни пациентов, проходивших лечение в урологическом центре УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» и в урологическом центре ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» в период с января 2017 по февраль 2024 года, которым было выполнено оперативное вмешательство по поводу перекрута яичка.

Результаты и их обсуждение. Общее количество пациентов - 100 мужчин, средний возраст которых составил 24 ± 9 лет. Большинство пациентов составили молодые люди призывного возраста (от 18 до 27 лет) – 78 человек, 19 пациентов были в возрасте до 48 лет, 3 пациента – старше 49 лет.

У большинства пациентов при поступлении был выставлен неверный диагноз (59%): острый орхоэпидидимит – у 48 пациентов, почечная колика – у 5 пациентов, острое гидроцеле, варикоцеле с болевым синдромом - у 2 пациентов, фимоз, тромбофлебит вен гроздьевидного сплетения – у 1 пациента. Причинами развития заболевания стали: повышенная физическая нагрузка – 16%, половой акт – 7%, мытье в душе – 3%, в 74% заболевание развилось без видимой причины. В 54 случаях имел место перекрут правого яичка, в 46 – левого.

В зависимости от проведенных оперативных вмешательств пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 – выполнена орхэктомия (22 пациента), группа 2 – выполнена орхопексия (78 пациентов).

Большинство пациентов первой группы (77,3%) были госпитализированы спустя более 12 часов от момента развития заболевания с симптомами «острой мошонки» (боль – 100%, отек и гиперемия мошонки – 55%, увеличенное и плотное яичко – 82%). Во второй группе количество пациентов, госпитализированных менее чем через 12 часов от начала заболевания, составило 82%, при этом основными симптомами были боль (100%) и подтянутое к корню мошонки яичко (56%), также в 26% случаев был выявлен положительный симптом Прена.

Всем пациентам при поступлении были выполнены стандартные лабораторные исследования. В общем анализе крови воспалительные изменения (лейкоцитоз $13,6 \pm 3,7 \cdot 10^{12}$ л, палочкоядерный сдвиг влево $12,8 \pm 5,7\%$) отмечены у большинства пациентов (60%), однако чаще встречались в группе 1 (86 и 53% соответственно). Также в группе 1 значительно чаще отмечалось повышение С-реактивного белка (27%, 63 ± 92 мг/л и 4%, $22,71 \pm 23,74$ мг/л). В общем анализе мочи в единичных случаях зафиксированы лейкоцитурия, микрогематурия, протеинурия.

Ультразвуковое исследование органов мошонки выполнено у 94 пациентов. У 75 пациентов (79,8%) был диагностирован перекрут яичка, основными симптомами которого стали отсутствие либо резкое снижение кровотока в яичке и сосудах семенного канатика, отек яичка и его придатка, гидроцеле. При этом отсутствие кровотока было выявлено преимущественно при поступлении спустя 12 часов после развития заболевания, в то время как снижение кровотока определялось, если от момента перекрута прошло менее 6 часов. В 19 случаях (20,2%) перекрут яичка не был диагностирован, что привело к выполнению 6 орхэктомий.

Закрытая мануальная деторсия не применялась. Всем пациентам была выполнена хирургическая ревизия органов мошонки в первые 6 часов от момента поступления (в 84% - в первые 3 часа). У всех пациентов группы 1 по результатам гистологического исследования была подтверждена гибель яичка.

Выводы. Перекрут яичка чаще развивается у лиц молодого возраста на фоне физических нагрузок и является затруднительным для диагностики на догоспитальном этапе из-за неспецифической клинической картины на ранних сроках развития заболевания, что требует от врачей войскового звена тщательного сбора анамнеза и внимательного осмотра пациента для исключения диагностических ошибок. УЗИ органов мошонки является основным методом диагностики перекрута яичка, однако не всегда позволяет достоверно установить правильный диагноз. Применение УЗИ ограничивается неотложным характером состояния и не должно приводить к задержке оперативного вмешательства, так как при продолжительности заболевания свыше 12 часов значительно повышается риск развития необратимых изменений в тканях яичка. При подозрении на перекрут яичка пациент должен быть незамедлительно направлен

на госпитализацию в хирургический либо урологический стационар для максимально ранней хирургической ревизии органов мошонки сохранения жизнеспособности органа.