

**Голуб Т.Ю.**

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА**

**Научный руководитель: ассист., п/п-к м/с Данильчик А.В.**

*Кафедра военно-полевой хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Синдром острой мошонки является причиной 4–10% экстренных госпитализаций среди урологических больных и включает в себя группу острых заболеваний органов мошонки со схожей клинической картиной. Наиболее опасным из них является перекрут яичка, который 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. Несмотря на современные диагностические возможности и оптимизацию лечебной тактики, частота орхиэктомий по-прежнему остаётся высокой и составляет, по данным разных авторов, от 32 до 41%.

**Цель:** изучить особенности клинического течения перекрута яичка и влияние их на результаты оперативного лечения.

**Материалы и методы.** В исследование были включены результаты ретроспективного анализа 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  $24 \pm 9$  лет. В 54 случаях имел место перекрут правого яичка, в 46 – левого. У большинства пациентов при поступлении был выставлен неверный диагноз (59%): острый орхоэпидидимит – у 48 пациентов, почечная колика – у 5 пациентов, острое гидроцеле, варикоцеле – у 2 пациентов, фимоз, тромбофлебит вен гроздьевидного сплетения – у 1 пациента. К развитию заболевания привели: повышенная физическая нагрузка – 16%, половой акт – 7%, мытье в душе – 3%, в 74% заболевание развилось без видимой причины. 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%). 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 чаще отмечалось повышение С-реактивного белка (27%,  $63 \pm 92$  мг/л и 4%,  $22,71 \pm 23,74$  мг/л). УЗИ органов мошонки выполнено у 94 пациентов, при этом в 19 случаях (20,2%) перекрут яичка не был диагностирован, что привело к выполнению 6 орхэктомий.

**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. 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.