



Интермиттирующий перекрут яичка у мальчика 13 лет

А.В. Аникиев¹, Е.А. Володько¹, К.К. Мираков¹, Д.Н. Годлевский¹, О.В. Коренькова², А.Б. Окулов¹

¹Отдел детской хирургии Научно-исследовательского центра ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России; Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1;
²ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы»; Россия, 125373, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28

Контакты: Алексей Борисович Окулов okulov20@yandex.ru

Приведенный клинический случай интермиттирующего перекрута яичка демонстрирует сложность диагностики этого редкого заболевания. Больной перенес 2 эпизода интермиттирующего перекрута яичка, которые хирурги трактовали как перекрут гидатиды и эпидидимит. Орхипексия была выполнена лишь после 3-го эпизода, когда клинико-диагностические признаки соответствовали острому перекруту яичка. С учетом того, 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: интермиттирующий перекрут яичка, острый перекрут яичка, орхипексия

DOI: 10.17650/2070-9781-2016-17-3-54-56

Intermittent testicular torsion in 13-year boy

A. V. Anikiev¹, E. A. Volod'ko¹, K. K. Mirakov¹, D. N. Godlevskiy¹, O. V. Koren'kova², A. B. Okulov¹

¹Department of Pediatric Surgery, Research Centre, Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia; 2/1, Build. 1 Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia;
²Z.A. Bashlyaeva Children's City Clinical Hospital, Department of Health of Moscow; 28 Geroev Panfilovtsev St., Moscow, 125373, Russia

A clinical case of intermittent spermatic cord torsion demonstrates the difficulty of diagnosis of this rare disease. The patient have suffered 2 episodes of intermittent spermatic cord torsion which was interpreted as epididymitis and appendage torsion. Orchiopexy made only after the third episode, when the clinical diagnostic signs consistent with acute spermatic cord torsion. All cases of a recurring acute pain in the testicle require in-depth analysis because even a single episode of scrotal pain indicates ischemia of testicle with possible atrophy in the future.

Key words: intermittent spermatic cord torsion, acute spermatic cord torsion, orchiopexy

Интермиттирующий перекрут яичка (ИПЯ) — форма остроого заболевания яичка, характеризующаяся внезапным возникновением и самопроизвольным купированием острых болей в мошонке [1]. ИПЯ встречается у половины больных, перенесших острый перекрут яичка. По данным литературы, 30–50 % пациентов, оперированных по поводу перекрута яичка, в анамнезе имели неоднократные эпизоды острых болей в яичке [1, 2]. Диагностика ИПЯ затруднена в связи с непостоянными и кратковременными клиническими проявлениями. Симптомы, характерные для ИПЯ, определяются не всегда. Отсутствие кремастерного рефлекса и подтягивание яичка к корню мошонки отмечают у 15 % больных [3, 4]. Эхографические признаки перекрута яичка в виде снижения или отсутствия кровотока в пораженном яичке выявляют у 41 % пациентов с ИПЯ [3, 4]. Заболевание, как правило, протекает под маской перекрута гидатиды яичка, эпидидимита или орхита с характерными для этих состояний клиниче-

скими и эхографическими признаками. Ретроспективные исследования показали, что перечисленные неоднократно перенесенные острые заболевания яичка являются следствием самостоятельно купировавшегося перекрута яичка. Диагноз ИПЯ у больных удается поставить после 2 (36 %) или 3 (64 %) эпизодов острых болей в мошонке [5].

По мнению ряда авторов, к предрасполагающим факторам возникновения данного заболевания относятся пороки развития яичка в виде горизонтальной инверсии, а также деформация фиксирующего аппарата семенного канатика и яичка в виде «языка колокола», которые обнаруживают у 85–100 % мальчиков с ИПЯ [4–7].

Лечение ИПЯ направлено на предотвращение последующих эпизодов перекрута. С этой целью осуществляют орхипексию в плановом порядке [7–10]. Дискуссионным остается вопрос о фиксации яичка с противоположной стороны. О пользе выполнения



операции говорят исследования, результаты которых демонстрируют большой процент аномалий фиксации противоположного яичка. Так, деформацию яичка по типу «языка колокола» с противоположной стороны выявляют у 80 % больных, оперированных по поводу острого перекрута [6]. Если следовать логике, фиксация противоположного яичка может предупредить развитие перекрута яичка и его гибель. Однако в источниках нет сравнительных исследований, демонстрирующих результаты наблюдений больных с ИПЯ, у которых противоположное яичко не было фиксировано. Данные литературы свидетельствуют о том, что ИПЯ в отдаленном периоде сопровождается значительными изменениями репродуктивной функции в виде снижения фертильности до 27 % [9] и ухудшения сперматогенеза у 88 % больных [11]. Поэтому своевременная диагностика, лечение и реабилитация больных с ИПЯ — важные медико-социальные задачи.

Клинический случай

Пациент П., 13 лет, впервые поступил в хирургическое отделение Детской городской клинической больницы им. З.А. Башляевой 18.04.2015 с жалобами на острые немотивированные боли в правой половине мошонки в течение 12 ч. При этом симптомы интоксикации были не выражены, температура тела не повышалась. Факт травмы пациент отрицал. При физикальном исследовании выявлен симптом синего пятна справа, в связи с чем заподозрен перекрут гидатиды правого яичка. Эхографически при цветовом доплеровском картировании в проекции верхнего полюса яичка обнаружена гидатида до 5 мм в длину с отсутствующим кровотоком. При этом воспалительных изменений в общих анализах крови и мочи не было. По экстренным показаниям выполнены скрототомия справа, удаление трансформированной гидатиды. Гистологическое исследование удаленного подвеса яичка подтвердило острое нарушение кровоснабжения гидатиды: выраженный отек, полнокровие капилляров, лимфангиоэктазия, незначительная мононуклеарная инфильтрация. В послеоперационном периоде пациент принимал антигистаминные и противовоспалительные препараты в возрастных дозировках. Выписан на 3-и сутки после операции в удовлетворительном состоянии с положительной клинической и эхографической динамикой.

Через 8 мес после выписки из стационара пациент 2-й раз обратился в хирургическое отделение больницы с жалобами на острые боли в правом яичке на протяжении 22 ч. По результатам осмотра в приемном отделении у мальчика заподозрен перекрут правого яичка. Эхографическими признаками перекрута яичка при цветовом доплеровском картировании были неоднородность структуры и ослабление кровотока. Клиническая картина

не совпала с эхографическими находками, поэтому через 1 ч было выполнено повторное исследование. По данным повторной эхографии сведений, подтверждающих перекрут яичка, не получено. Однако отмечены эхографические признаки сперматоцеле и эпидидимита справа. Поставлен клинический диагноз: острый орхоэпидидимит справа, сперматоцеле справа. Пациенту были назначены антигистаминные и противовоспалительные препараты в возрастных дозировках. В процессе наблюдения эхографические проявления орхоэпидидимита уменьшились. Со стороны мочевой системы выявлены признаки утолщения стенок чашечно-лоханочной системы и взвеси в мочевом пузыре. Предстательная железа размером $29 \times 14 \times 20$ мм (объем $6,16 \text{ см}^3$) эхографически не изменена. Пациент выписан на 4-е сутки после поступления в удовлетворительном состоянии. Рекомендованы наблюдение урологом-андрологом и дополнительные исследования: биохимический анализ крови на фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны, общий тестостерон, ингибин В, серологические реакции на цитомегаловирус, токсоплазмоз, микоплазмоз и хламидии в целях оценки течения воспалительного процесса и функционального состояния яичка.

Через 14 дней после выписки из стационара мальчик 3-й раз был госпитализирован с жалобами на острые боли в правом яичке в течение 10 ч. При осмотре половых органов: яичко подтянуто к корню мошонки, ротировано, болезненное при пальпации. Заподозрен перекрут правого яичка. По данным эхографии: форма яичка округлая, снижен кровоток, увеличено количество свободной жидкости в оболочках. Общий анализ крови без выраженных воспалительных изменений. По экстренным показаниям выполнены повторная скрототомия, деторзия, орхипексия справа. При операции обнаружено, что 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 больной получал антигистаминные и обезболивающие препараты в возрастных дозировках. Выписан на 3-и сутки после хирургического вмешательства с положительной клинической динамикой в удовлетворительном состоянии. Рекомендована плановая орхипексия слева. К сожалению, схема реабилитации пациента не была сформулирована.

Авторы ставят своей целью привлечь внимание детских хирургов и урологов-андрологов к особенностям клинических проявлений ИПЯ, который в отдаленном периоде может стать причиной изменений репродуктивной функции, а также к сложностям его своевременной диагностики.



Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Stillwell T.J., Kramer S.A. Intermittent testicular torsion. *Pediatrics* 1986;77(6):908–11.
2. Williamson R.C. Torsion of the testis and allied conditions. *Br J Surg* 1976;63(6):465–76.
3. Салопенкова А.Б., Прошенко Я.Н. Диагностика ишемии яичка у детей. *Детская хирургия* 2015;(6):46–9. [Salopenkova A.B., Proshchenko Ya.N. Diagnostics of the testicle ischemia at children. *Detskaya khirurgiya = Children's Surgery* 2015;(6):46–9. (In Russ.)].
4. Eaton S.H., Cendron M.A., Estrada C.R. et al. Intermittent testicular torsion: diagnostic features and management outcomes. *J Urol* 2005;174(4 Pt 2):1532–5.
5. Hayn M.H., Herz D.B., Bellinger M.F., Schneck F.X. Intermittent torsion of the spermatic cord portends an increased risk of acute testicular infarction. *J Urol* 2008;180(Suppl 4):1729–32.
6. Favorito L.A., Cavalcante A.G., Costa W.S. Anatomic aspects of epididymis and tunica vaginalis in patients with testicular torsion. *Int Braz J Urol* 2004;30(5):420–4.
7. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1168 с. [Isakov Yu.F., Dronov A.F. Children's surgery. National guidelines. Moscow: GEOTAR-Media, 2009. 1168 p. (In Russ.)].
8. Barthold J.S. Abnormalities of the testis and scrotum and their surgical management. In book: *Campbell-Walsh Urology*. 10th edn. Ed. by A.J. Wein. Philadelphia: Saunders, 2012. Pp. 3557–3599.
9. Окулов А.Б., Лаврова Т.Р., Пыков М.И. и др. Острые заболевания органов мошонки у детей. Учебное пособие для интернов, ординаторов, врачей. М.: РМАПО, 2009. 24 с. [Okulov A.B., Lavrova T.R., Pykov M.I. et al. Acute scrotum organs' diseases at children. Manual for residents, medical residents, physicians. Moscow: RMAPO, 2009. 24 p. (In Russ.)].
10. Creagh T.A., McDermott T. E., McLean P.A., Walsh A. Intermittent torsion of the testis. *BMJ* 1988;297(6647):525–6.
11. Hagen P., Buchholz M.M., Eigenmann J., Bandhauer K. Testicular dysplasia causing disturbance of spermiogenesis in patients with unilateral torsion of the testis. *Urol Int* 1992;49(3):154–7.