

ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЯЄЧОК У ДІТЕЙ

В.А. Дігтяр¹, Л.М. Харитонюк¹, О.М. Барсук¹, М.В. Бойко², О.А. Островська²

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»¹
Обласна дитяча клінічна лікарня²,
м. Дніпропетровск

Хворі із гострим захворюванням яєчка (ГЗЯ) складають від 4 до 6,7% хворих, які надходять в урологічне відділення із ургентною патологією. В останні роки кількість цих хворих постійно збільшується. Оскільки ГЗЯ залишається однією із найчастіших причин порушень репродуктивної функції та сексуальних розладів в зрілому віці та причиною органовадаляючих операцій, проблема ця залишається достатньо актуальною [1,2,3].

Під назвою ГЗЯ у дітей об'єднуються різні патологічні стани, причинами яких можуть бути як інфекційний, так і неінфекційний чинники. Особливої уваги заслуговують перекрут яєчка та перекрут гідатиди Морганьї. Складність диференціальної діагностики гострих захворювань яєчка пов'язана зі схожістю клінічної картини з іншими захворюваннями, недостатньою обізнаністю педіатрів та хірургів загального профілю щодо цієї патології.

Велика питома вага атрофій яєчка (40-44%), а також збільшення кількості дітей з перекрутами яєчка, які закінчуються орхектомією, спонукає шукати нові методи діагностики, а також найбільш раціональної тактики лікування дітей із ГЗЯ.

Метою нашого дослідження було провести аналіз лікування дітей із гострими захво-

рюваннями яєчка, які були госпіталізовані в обласну дитячу клінічну лікарню м. Дніпропетровська, нагадати урологам, лікарям загальної практики про тяжкість ускладнень, до яких призводить дана патологія та запропонувати найбільш раціональну тактику ведення хворих дітей із ГЗЯ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

За останні 10 років в клініці знаходились на лікуванні 1039 хворих із ГЗЯ віком від 1 доби до 18 років. Слід відзначити, що кожного року кількість дітей з даною патологією збільшується (Табл.1).

Всі діти госпіталізовані в ургентному порядку з клінікою гострого захворювання органів мошонки. Клінічна картина ГЗЯ характеризувалася переважанням місцевих симптомів: біль в ділянці мошонки, паховій ділянці, інколи в животі, який часто іррадіював вздовж сім'яного канатика, набряк, гіперемія шкіри мошонки, збільшення в розмірах і болісність яєчка. Пізніше приєднувалися загальні симптоми: підвищення температури, слабкість. В цю групу включені такі захворювання: перекрути гідатиди Морганьї, орхіт, орхоепідидиміт, гострий перекрут яєчка. Структура цих захворювань по роках наведена в таблиці 2.

Таблиця 1

Розподіл хворих із ГЗЯ по роках

Рік	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Разом
Кількість хворих	98	53	76	119	113	108	126	126	124	97	1039

Структура ГЗЯ у дітей по роках

Захворювання	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Разом
Гострий перекрут яєчка	3	4	9	15	15	16	19	23	23	11	138
Гострий перекрут гідатиди	82	42	58	90	75	76	93	80	89	71	756
Орхіт, орхоепідиміт	11	6	7	12	21	13	13	22	11	14	130
Алергічний набряк	2	1	2	1	2	3	1	1	1	1	15

За останні роки значно збільшилась група дітей з гострим перекрутом яєчка. Етіологічним чинником перекрута яєчка є різке скорочення м'яза-підіймача яєчка, волокна якого розташовані спіралеподібно. Цей діагноз встановлено в 138 випадках. Проведений аналіз історії хвороби дозволив нам виділити 2 групи дітей за віком: діти молодшого віку і хлопчики пубертатного періоду. Так, група дітей до одного року склала 13 хлопчиків. У дітей раннього віку перекрут яєчка відбувається разом з його оболонками (екстравагінальна форма) [2]. У цих дітей захворювання розпочиналось дуже гостро, різким болем в яєчку, із іррадіюванням в поперекову та пахвинну ділянку. Діти грудного віку ставали невгамовними, починали кричати, відмовлялися від їжі. При об'єктивному обстеженні визначалася болісність яєчка, його збільшення та зміщення до кореня мошонки. Через 6-12 годин з'являлися симптоми загальної інтоксикації: підвищення температури тіла, млявість, блювота. В подальшому збільшувався набряк яєчка, уражене яєчко визначалось більш щільним та болісним.

У дітей старшого віку здебільшого виникає внутрішньовагінальний перекрут, коли канатик з яєчком скручується в межах піхвової оболонки яєчка [2]. Діти старшого віку скаржилися на біль внизу живота та пахвинній ділянці. У ділянці зовнішнього кільця та верхній третині мошонки визначалось болісне пухлиноподібне утворення, при огляді – яєчко трохи підняте, при зміні його положення – біль посилюється (симптом Прена), виражений симптом Брунцеля (підтягнуте та горизонтально розташоване яєчко в мошонці). Пізніше приєднувалися загальні симптоми. При пізній госпіталізації звертало на себе увагу збільшення ураженого яєчка, різка болісність при

пальпації на тлі значного погіршення стану хворого.

Незважаючи на таку яскраву клініку перекрута яєчка, в першу добу після захворювання госпіталізовано тільки 67 дітей, що складає 40,3%. В той же час після 3 діб в клініку госпіталізовано 54 хлопчика (36%). Інколи клінічна картина перекрута яєчка розпочиналась настільки гостро, різким болем в яєчку із іррадіацією в пахвинну ділянку, що супроводжувалася блювотою та колаптоїдним станом. Так, до клініки був доставлений хлопчик Н., 14 років з діагнозом лікаря швидкої допомоги: Перфоративна виразка шлунку? Гострий панкреатит? У хлопчика визначався різкий біль в епігастрії, який іррадіював в поперекову ділянку, блювота. Згодом біль дещо зменшився, але був значним. Пацієнт доставлений через 6 годин після початку захворювання і тільки пізніше під час загального огляду дитини було виявлено різке збільшення правого яєчка, різку болісність при пальпації, гіперемію шкіри мошонки. Інтенсивність та іррадіація болю була настільки нетиповою, що хлопчик навіть не акцентував увагу на ділянку ушкодження. При операції виявлено некроз яєчка.

Гостре порушення крово- та лімфотоку, яке виникає внаслідок перекрута сім'яного канатика та яєчка, призводить до розвитку геморагічного інфаркту. Незворотні патологічні зміни виникають дуже рано, а некроз – в середньому через 6-10 годин від початку захворювання. При визначенні прогнозу наслідків захворювання важливу роль відіграє імунний компонент. За певних умов імунологічні реакції можуть посилювати патологічний процес, призводячи до повного руйнування яєчка [2,4,5].

Серед спеціальних методів діагностики при ГЗЯ широке застосування отримала ультразвукова діагностика, використання принципу Допплера. При перекрутах яєчка пульсовий кровотік по яєчкової артерії відсутній, визначаються хаотичні мілкі хвилі, що свідчать про ішемію яєчка. При перекрутах гідатид, орхоепідидамидах, навпаки, пульсовий кровотік по артерії яєчка збільшений або не відрізняється від здорового протилежного яєчка [4,5].

Всі 138 дітей з діагнозом перекрут яєчка оперовані, виконана скрототомія під загальним знеболенням. Під час операції, після проведення блокади сім'яного канатика новокаїном з гепарином, проводили ліквідацію перекрута яєчка, при наявності подовженого сім'яного канатика яєчко підшивали до оболонки. При життєздатності яєчка операцію закінчували дрениванням оболонки. Із 138 дітей така операція проведена у 74, що склало 53,1%. В післяопераційному періоді таким хворим проводили сеанси гіпербаричної оксигенації, блокади новокаїном з гепарином, гідрокортизоном, призначали препарати, які нормалізують кровообіг, антикоагулянти [1,2,4,5]. У дітей старшого віку в деяких випадках призначалася імунодепресивна терапія. Орхектомія проведена 64 хлопчикам (46,9%), в одному випадку виникла необхідність в проведенні відстроченої орхектомії через 2 тижні після деторсії яєчка. Яєчко було залишено в мошонці так як його життєздатність залишалась сумнівною, але, незважаючи на інтенсивну терапію, трофічні розлади виявилися незворотними.

Найбільш чисельну групу склали хворі з перекрутом гідатида Морганьї – 756 дітей. Гідатида, як рудиментарні утворення, можуть змінюватись і піддаватись різним патологічним станам: гострому інфаркту гідатида, кістозному переродженню [2,4]. Внаслідок завороту чи перекрута гідатида порушується артеріальний та венозний кровообіг в гідатиді, що призводить до дифузного крововиливу в строму, геморагічного інфаркту. Ушкодження гідатида в замкнутій порожнині піхвового відростка призводить до гострого виникнення водянки, розвивається асептичний хронічний запальний процес. Порушення крово- та лімфотоків можуть стати чинником атрофії яєчка. Основні клінічні симптоми при цій патології – це біль, набряк на одній стороні мошонки. В перші години захворювання часто можна побачити та пропальпувати перекручену збільшену гідатиду. З часом запалення пере-

ходило на яєчко та придаток, які збільшувалися, з'являлася гіперемія мошонки. При діафаноскопії визначалося утворення темного кольору в ділянці типової локалізації гідатид. Незначні скарги хворих при цій патології призводили до пізнього звернення. В першу добу після захворювання госпіталізовано тільки 237 хворих, що склало 31,4%.

Значну кількість хворих (130) склали діти з запальними процесами яєчка та придатка, причинами яких в одних випадках був інфекційний збудник або вони розпочинались на тлі інших захворювань. Клінічна картина проявлялася в збільшенні розмірів однієї половини мошонки, різкій болісності та обмежені рухливості яєчка. Придаток не вдавалося пропальпувати окремо від яєчка через значний набряк. Значно виражені були загальні симптоми – гіпертермія, інтоксикація. У 13 дітей (9,6%) орхоепідидиміт виник на тлі паротиту. В іншій групі хворих із орхоепідидимітом чинником захворювання була уrogenітальна інфекція. Діти цієї групи оперовані. Інтраопераційно було виявлено різкий набряк та гіперемію придатка яєчка, мутний темний випіт. Наявність хламідійної інфекції підтверджено мікроскопічно та методом ПЦР. Пам'ятаючи про значні наслідки хламідійної інфекції, хворим проведено обстеження передміхурової залози (сонографія, доплерографічне обстеження). Після проведення обстеження вони тривалий час знаходились під наглядом. Цю групу хворих доповнювали також діти з синдромом набряклої мошонки, орхоепідидимітом, які виникли на фоні геморагічного васкуліту. Маніфестним проявом даного захворювання були геморагічні висипи, васкуліт нижньої половини живота, статевих органів, різкий набряк, гіперемія мошонки, болючість яєчка при пальпації, що призвело до необхідності скрототомії та ревізії оболонки яєчка.

Серед 1039 хворих дітей з ГЗЯ – прооперовано 1024. У 15 не оперованих хворих при госпіталізації був встановлений алергічний набряк мошонки. Призначена антигістамінна терапія швидко покращила стан дитини. При алергічному набряку, на відміну від ГЗЯ, яєчко залишалось рухомим, а збільшення розмірів мошонки виникало внаслідок набряку шкіри та м'язистої оболонки. При орхоепідидиміті оперативне втручання включало скрототомію, ревізію яєчка та дренивання порожнини мошонки. Насічки на білковій оболонці були виконані тільки в 4

випадках для зняття ішемії тканин яєчка. Операція закінчувалася новокаїновою блокадою сім'яного канатика з одночасним веденням антибіотиків пеніцилінового ряду та гідрокортизону. В післяопераційному періоді, крім антибактеріальної терапії, обов'язково призначались антикоагулянти, аевіт.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Накопичений досвід діагностики та лікування дітей із ГЗЯ дозволив виділити найбільш чисельну групу хворих із перекутом гідатиди Морганьї яєчка та перекутом сім'яного канатика. Патологічний стан, який виникає внаслідок перекута яєчка та її гідатид, призводить до незворотних змін, великої кількості атрофій яєчка. Перекут яєчка у дорослих пацієнтів виникає вкрай рідко, а перекути гідатид яєчка ще рідше. Існує думка, що ця патологія пов'язана із диспропорцією зростання. Згідно теорії диспропорції зростання (С.Я. Долецький, 1984) – всі органи та системи у дітей розвиваються нерівномірно. В деякі періоди життя більш інтенсивно ростуть окремі структури, органи та системи, що призводить до виникнення патології, зумовленої такою диспропорцією. Можна привести велику кількість прикладів таких захворювань у дітей, до яких можна віднести і перекути яєчок та їх гідатид.

Проведений аналіз діагностики групи хворих із орхоепідидимітом дозволив визначити такі чинники, як уrogenітальна інфекція та геморагічний васкуліт. Ці захворювання призводять до розвитку атипової клініки ГЗЯ та становлять

найбільші труднощі при проведенні диференціальної діагностики та визначенні тактики ведення хворих.

Аналізуючи діагностику та лікувальну тактику при ГЗЯ ми визначили, що тільки близько 10% дітей не потребують додаткового інтраопераційного підтвердження діагнозу. В інших 90% випадках діагностичний процес закінчується на операційному столі. Враховуючи не завжди чітку клінічну картину, інколи значні складнощі діагностики, а також тяжкі наслідки при помилковому діагнозі, ми прийшли до висновку, що при найменших сумнівах в процесі діагностики ГЗЯ показано оперативне втручання.

ВИСНОВКИ

1. ГЗЯ є серйозною андрологічною проблемою і залишається однією з найчастіших причин порушень репродуктивної функції та сексуальних розладів в зрілому віці, а також частою причиною органовидаляючих операцій.

2. Діагностика ГЗЯ в деяких випадках буває настільки складною, що заключний діагноз ставиться тільки під час оперативного втручання. Запізніле проведення оперативного втручання призводить до гіпогонадізму та безпліддя.

3. У всіх випадках з неясною клінічною картиною, а також при перекутах яєчок та їх гідатид показано оперативне втручання.

4. Консервативна терапія після оперативного втручання повинна бути спрямована на боротьбу з інфекцією та нормалізацію кровообігу органів мошонки.

Список літератури

1. Горбатюк О.Н. Лікування гострих неспецифічних орхоепідидимітів у дітей та його результати / О.Н. Горбатюк. – Урологія, 2002. – №1. – с.83-86
2. Острые заболевания органов мошонки у детей / [Юдин Я.Б., Окулов А.Б., Зуев Ю.Е., Саховский А.Ф.]. – М.: Медицина, 1987. – 144с.
3. Горпинченко И.И. Патогенез бесплодия при эпидидимите / И.И. Горпинченко, И.Н. Малышкин. – Проблемы репродукции, 1996. – №3. – с.15-17.
4. Клиника, диагностика, морфология и лечение острых заболеваний мошонки у детей / [Москаленко В.З., Мальцев В.Н., Бородин А.Д., Фоменко С.А.]. – Медико-социальные проблемы семьи, 1998. – Т.3, №1. – с.3-6.
5. Соловьёв А.Э. Лечение острых заболеваний яичек в детском возрасте / А.Э. Соловьёв. – Клиническая хирургия, 1988. – №6 – с.30-34.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ

В.А. Дегтярь, Л.Н. Харитонюк, М.В. Бойко,
А.М. Барсук, О.А. Островская

Авторами накоплен опыт лечения больных мальчиков с острым заболеванием органов мошонки. За 10 лет в областной детской клинической больнице на лечении находилось 1039 больных в возрасте от 1 суток до 18 лет. Наиболее многочисленную группу больных составили дети с перекрутом гидатиды Морганьи (756). Поздняя диагностика и лечение детей с перекрутом яичка, которое наблюдалось у 138 больных, привело к проведению орхэктомии у 46,9% больных.

Ключевые слова: перекрут яичка, гидатиды, орхоэпидидимит, дети, лечение.

Summary

PARTICULARITIES OF ACUTE TESTIS PATHOLOGY IN CHILDREN

V.A. Digtyar, L.M. Haritonuk, M.V. Bojko,
A.M. Barsuk, O.A. Ostrovska

Authors accumulated a treatment experience of boys with acute disease of scrotum. During 10 years 1039 patients at age from 1 day to 18 y.o. were treated in Regional clinic children hospital. The children with torsion Morgagni hydatid comprise the most numerical group of patients (756). The late diagnostics and treatment of 138 children with testis torsion, resulted in orchidectomy in 46,9% of these patients.

Key words: testis torsion, hydatid, treatment, orchoepididymitis, children.