

ПЕРЕКРУТ ГІДАТИДИ МОРГАНІЇ У СТРУКТУРІ СИНДРОМУ «ГОСТРОЇ КАЛИТКИ»

Л.П. Саричев, С.А. Сухомлин, Я.В. Саричев, С.М. Панасенко, Р.Б. Савченко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Гідатида Морганії – додаткові утворення яєчка, його додатка, рідко сім'яного канатика, розмірами 0,2–1,5 см, інколи на ніжці. Вперше описані Morgagnii у 1761 р. і отримали назву за прізвищем автора. У 1893 р. Griffiths впровадив для їх анатомічного визначення терміни appendix testis, appendix epididymidis (цит. Rose, 1973). Гідатида яєчка вважають ембріональним залишком мюллерової протоки. При цьому вони частіше розташовуються у верхньому полюсі, ділянки з'єднання з голівкою додатка. Гідатида додатка вважають рудиментом краніального відділу вольфової протоки.

При гістологічному дослідженні це багатоваскуляризовані сполучнотканинні утворення, з ніжною стромою, тонкими, крихкими судинами, вкриті циліндричним епітелієм, іноді з кістозними включеннями. Означені елементи схильні до патологічних змін – кістозного переродження, перекруту та некрозу. Вперше перекрут гідатида Морганії описав Colt у 1922 р. [1, 2].

Так званий синдром «гострої калитки» зустрічається у будь-якому віці. При цьому він посідає друге місце після гострого апендициту у структурі невідкладних станів у дітей. Як правило, розвивається після ігрових видів спорту, травми, іноді без будь-яких причин. Незважаючи на те, що частота перекруту яєчка не перевищує 2–5%, найбільш ймовірною причиною гострого болю у калитці у дітей до 1 року виступає саме перекрут (заворот) яєчка, при якому навіть після невідкладного хірургічного втручання майже у 50% спостережень розвивається атрофія яєчка. Пік частоти перекруту гідатида Морганії припадає на підлітковий вік. Після 20 років серед причин гострого болю у калитці переважають запальні захворювання та травматичні ушкодження. Рідко під синдромом «гострої калитки» може маскуватися защемлена грижа [3, 4, 5].

Перекрут яєчка та гідатида Морганії зумовлений підвищеною рухомістю яєчка внаслідок незарощення піхвового відростка очеревини та порушення його фіксації до дна калитки. Якщо перекрут гідатида Морганії перевищує 180°, ви-

никає ішемія, яка поглиблюється внаслідок венозного, потім артеріального тромбозу [1, 2, 3].

У дітей у зв'язку з вкрай високою вірогідністю перекруту яєчка при гострому болю у калитці невідкладна операція показана у 100% випадків. Консервативне лікування перекруту гідатида Морганії допускають виключно у дорослих, за умов виключення перекруту яєчка, невираженої клінічної симптоматики та зворотного розвитку больового синдрому. Призначають нестероїдні протизапальні препарати. При цьому наголошують, що несвоєчасне оперативне втручання може стати причиною некрозу гідатида, довготривалого больового синдрому, хронічного запалення яєчка та придатка, вторинного гідроцеле, трофічних змін яєчка, які можуть призвести до порушення фертильності [1, 3, 5].

Мета роботи: обґрунтування активної хірургічної тактики при синдромі «гострої калитки».

Матеріали та методи дослідження. Проведений аналіз результатів оперативного лікування 252 чоловіків віком від 3 місяців до 20 років ($M \pm m = 9,9 \pm 2,9$ року), госпіталізованих з приводу гострого болю у калитці у відділення дитячої хірургії Полтавської ДКЛ та урологічне відділення Полтавської ОКЛ ім. М.В. Скліфосовського (2014–2016 рр.).

Вікова структура хворих: до 1 року – 9 (3,6%), від 1 до 3 років – 19 (7,5%), від 3 до 6 років – 40 (15,9%), від 6 до 12 років – 138 (54,8%) і старше 12 років – 46 (18,3%).

У структурі причин синдрому «гострої калитки» переважали перекрут гідатида Морганії – 218 спостережень (86,5%). При цьому перекрут гідатида яєчка мав місце у 207 випадках (190 – верхнього полюса, 17 – нижнього полюсу). Перекрут гідатида додатка мав місце у 11 спостереженнях (в 10 випадках – у ділянці голівки). Рідше етіологічними чинниками виступали гострий орхоепідиміт – 22 спостереження (8,7%), перекрут яєчка – 11 спостережень (4,4%) та травматичне пошкодження яєчка – 1 спостереження (0,4%).

Усім хворим виконувались загальноклінічні дослідження, ультрасонографія з кольоровим доплерівським картуванням (КДК).

Результати та їх обговорення. Через 6 годин від початку захворювання були госпіталізовані 26 хворих (10,3%), від 6 до 12 годин – 60 хворих (23,8%), пізніше 12 годин – 166 хворих (65,9%).

В усіх випадках показанням до госпіталізації був гострий біль у калитці. При цьому 156 хворих (61,9%) відмічали іррадіацію болю по ходу сім'яного канатика, 53 хворих (21,0%) – у низ живота та 7 хворих (2,8%) – у поперекову ділянку.

Впродовж першої доби у 69 хворих (27,4%) відмічалось підвищення температури тіла до субфебрильних цифр.

При огляді в усіх хворих були наявні набряк, біль при пальпації ураженої половини калитки. Крім того, у 198 пацієнтів (78,6%) мали місце збільшення яєчка, у 33 пацієнтів (15,5%) – квасолеподібне ущільнення у полюсі яєчка, у 17 пацієнтів (6,7%) – гіперемія шкіри калитки. При перекуті яєчка були більш вираженими збільшення і «напруженість» яєчка.

У загальному аналізі крові у 223 хворих (88,5%) – лейкоцитоз, зсув лейкоформули вліво.

Труднощі диференційної діагностики пов'язані з тим, що схожа клінічна картина спостерігалась при перекуті гідатиди Морганії, перекуті яєчка, орхоепідиміті та травми.

За результатами ультрасонографії з КДК при перекуті яєчка в усіх випадках спостерігалось збільшення яєчка, у 6 випадках (54,5%) зниження та в 1 випадку (9,1%) – відсутність кровотоку, у 5 випадках (45,5%) – невелика кількість рідини навколо яєчка. При перекуті гідатиди Морганії у 105 випадках (48,2%) виявили збільшення яєчка, у 153 випадках (70,2%) – невелику кількість рідини навколо яєчка, у 5 спостереженнях (2,3%) – гіпоехогенне утворення у верхньому полюсі яєчка. При орхоепідиміті у 100,0% випадків відмічали збільшення та зниження щільності яєчка і придатка, невелику кількість

рідини навколо яєчка. При травматичному пошкодженні яєчка виявили збільшення яєчка та інтратестикулярну гематому.

Впродовж перших 3 годин після госпіталізації були оперовані 205 хворих (81,3%).

Під час операції у 3 пацієнтів (27,3%) виявлений неповний перекут яєчка – менше 1 обороту з помірним венозним стазом, у 6 пацієнтів (54,6%) – повний перекут яєчка – більше 1 обороту з вираженим венозним стазом. У 9 пацієнтів (81,9%) після розкручення яєчка спостерігалось відновлення кровообігу, розмірів та консистенції яєчка. У 2 пацієнтів (18,1%) незворотні трофічні зміни стали показанням до орхідектомії. При перекуті гідатиди Морганії спостерігали виражені трофічні зміни, у 7,8% із них – некроз гідатиди, що стало показанням до її видалення. У 17 пацієнтів виявили запальні зміни: збільшення та ущільнення голівки придатка, крім того у 3 пацієнтів – збільшення та ущільнення яєчка, у 2 пацієнтів збільшення та ущільнення лише яєчка. У 1 хворого виявили розрив білкової оболонки яєчка та інтратестикулярну гематому.

У віддаленому періоді – від 3 місяців до 1 року після операції обстежено 186 пацієнтів (73,8%). У жодному випадку трофічних змін яєчка не виявлено.

Висновки

1. Несвоєчасне оперативне втручання з приводу гострого болю у калитці пояснюється недостатньою обізнаністю батьків, пацієнтів та лікарів щодо небезпеки перекуту яєчка та гідатиди Морганії.

2. Незважаючи на те, що найбільш інформативним методом діагностики при синдромі «гострої калитки» виступає ультрасонографія з кольоровим доплерівським картуванням, нерідко причину гострого болю у калитці можна встановити лише під час операції.

3. Активна хірургічна тактика при синдромі «гострої калитки» дозволяє попередити порушення трофіки, атрофію яєчка та, як наслідок, копулятивні і репродуктивні порушення.

Список літератури

1. Бухмин А.В., Туренко І.А., Россихин В.В., Кешишян А.А. *О перекуте гидатид Морганьи у мальчиков: [Электронный ресурс]. URL: http://www.rusnauka.com/2_ANR_2010/Medecine/2_53775.doc.htm*
2. Люлько А., Минков Н., Цветков Д. *Очерки хирургической андрологии.* – К.: Здоровье, 1993. – 328 с.
3. Tamkin G. *Evaluating Acute Scrotal Pain // Emergency Medicine.* – 2000. – P. 20–35.
4. Русак П.С., Рибальченко І.Г., Рибальченко В.Ф. *Перекут яєчка у новонароджених дітей // Шпитальна хірургія.* – 2013. – № 4. – С. 126.

5. Саричев Л.П., Максименко О.С., Халаф М.А. Синдром «гострої калитки» у дітей // Урологія, андрологія, нефрологія – 2014. – Тези доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Харків, 2014. – С. 36–38.

Реферат

ПЕРЕКРУТ ГИДАТИД МОРГАНЬИ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА «ОСТРОЙ МОШОНКИ»

Л.П. Саричев, С.А. Сухомлин,
Я.В. Саричев, С.Н. Панасенко,
Р.Б. Савченко

Продемонстрированы результаты оперативного лечения 252 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 20 лет (средний возраст $9,9 \pm 2,9$ лет), госпитализированных в связи с острой болью в мошонке. В структуре причин синдрома «острой мошонки»: перекрут гидатид Морганьи – 86,5%, острый орхоэпидидимит – 8,7%, перекрут яичка – 4,4% и травматические повреждения яичка – 0,4%. Хотя наиболее информативным методом диагностики при синдроме «острой мошонки» выступает ультрасонография с цветным доплеровским картированием, нередко причину острой боли в мошонке можно установить только во время операции. Активная хирургическая тактика позволяет предупредить нарушение трофики, атрофию яичка и, как следствие, копулятивные и репродуктивные нарушения. В отдаленном периоде – в сроки от 3 месяцев до 1 года после операции обследованы 186 пациентов. Ни в одном случае атрофических изменений яичка не выявлено.

Ключевые слова: синдром «острой мошонки», перекрут гидатид Морганьи, клиника, диагностика, лечение.

Адреса для листування

Л.П. Саричев
E-mail: leonid.sarychev@gmail.com

Summary

TORSION OF MORGAGNI HYDATID IN «ACUTE SCROTUM» SYNDROME

L.P. Sarychev, S.A. Sukhomlin,
Y.V. Sarychev, S.M. Panasenko,
R.B. Savchenko

The results of operative treatment of 252 patients aged from 3 months to 20 years (mean age $9,9 \pm 2,9$ years) hospitalized with acute pain in the scrotum were demonstrated. The structure of the causes of the «acute scrotum» syndrome: the torsion of Morgagni hydatid – 86,5%, acute orchepididymitis – 8,7%, testicular torsion – 4,4% and traumatic injuries of the testicle – 0,4%. Although the most informative diagnostic method in the syndrome of the «acute scrotum» is ultrasonography with color Doppler mapping, often the cause of acute pain in the scrotum can be established definitely only during the operation. Active surgical tactics can prevent trophic changes, testicular atrophy and, consequently, copulatory and reproductive disorders. In the long-term period – from 3 months to 1 year after the operation, 186 patients were examined. None of the patients showed atrophic changes in the testicle.

Keywords: acute scrotum syndrome, Morgagni hydatide torsion, clinic, diagnostics, treatment.