

## 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, придатка, рідко сім'яного канатика, розмірами 0,2-1,5 см, інколи на ніжці. Вперше описані Morgagnii у 1761 р. і отримали назву по прізвищу 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. Частіше містяться у верхньому полюсі, ділянці з'єднання з голівкою придатка.

Гідатида придатка вважають рудиментом краніального відділу вольфової протоки.

При гістологічному дослідженні це багато васкуляризовані сполучнотканинні утворення, з ніжною стромою, тонкими, крихлими судинами, покриті циліндричним епітелієм, іноді з кістозними включеннями. 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 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. Не зважаючи 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 підлітків. Після 20 років серед причин гострого болю у калитці переважають запальні захворювання та травматичні ушкодження. Рідко під синдромом «гострої калитки» може маскуватися ущемлена грижа [3, 4, 5].

Перекрут яєчка та гідатиди Морганії зумовлений підвищеною рухомістю яєчка внаслідок незарощення піхвового відростка очеревини та порушення його фіксації до дна калитки. Якщо перекрут гідатиди Морганії перевищує 180° виникає 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 гідатиди Морганії допускають виключно у дорослих, за умов виключення перекруту яєчка, невираженої клінічної симптоматики та зворотнього розвитку больового синдрому. Призначають нестероїдні протизапальні препарати. При цьому наголошують, що несвоєчасне оперативне втручання може стати причиною некрозу гідатиди, довготривалого больового синдрому, хронічного запалення яєчка та придатка, вторинного гідроцеле, трофічних змін яєчка, які можуть призвести до порушення фертильності [1, 3, 5].

**Мета роботи** полягала в обґрунтуванні активної хірургічної тактики при синдромі «гострої калитки».

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз результатів оперативного лікування 252 хворих чоловічої статі віком від 3 місяців до 20 років ( $M \pm m = 9,9 \pm 2,9$  років), госпіталізованих з приводу гострого болю у калитці у відділення дитячої хірургії Полтавської ДКЛ та урологічне відділення Полтавської ОКЛ ім. М.В.Склясовського (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 гідатиди Морганії – 218 спостережень (86,5%). При цьому, перекрут гідатиди яєчка мав місце у 207 випадках (190 - верхнього полюсу, 17 - нижнього полюсу). Перекрут гідатиди придатка мав місце у 11 спостереженнях (в 10 випадках - у ділянці голівки). Рідше етіологічними чинниками виступали гострий орхоепідіміт - 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 доплеровським картуванням (КДК).

**Результати.** 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 ірадіацію 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 набряк, біль при пальпації ураженої половини калитки. Крім того, у 198 пацієнтів (78,6%) мали місце збільшення яєчка, у 33 пацієнтів (15,5%) - kwasoleподібне ущільнення у полюсі яєчка, у 17 пацієнтів (6,7%) - гіперемія шкіри калитки. При перекруті 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 перекруті гідатиди Морганії, перекруті яєчка, орхоепідидиміті та травмі.

За результатами ультрасонографії з КДК при перекруті 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 перекруті 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 орхоепідидиміті 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 перекрут яєчка - менше 1 обороту з помірним венозним стазом, у 6 пацієнтів (54,6%) - повний перекрут 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 перекруті 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. В 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%). В 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 відносно небезпеки перекруту яєчка та гідатиди Морганії.
2. Не зважаючи 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 слідство, копулятивні і репродуктивні порушення.

### **Список літератури**

1. Бухмин А.В., Туренко И.А., Россихин В.В., Кешишян А.А. О перекруте гидатид Морганьи у мальчиков // [http://www.rusnauka.com/2\\_ANR\\_2010/Medecine/2\\_53775.doc.htm](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. Перекрут 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 // Урология, андрология, нефрология – 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.Сарычев, С.А.Сухомлин, Я.В.Сарычев, С.Н.Супруненко, С.Н.Панасенко

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 яєчка – 4,4% и травматические повреждения яєчка - 0,4%. Хотя наиболее информативным методом диагностики при синдроме «острой мошонки» выступает ультразвуковая доплерография с цветным доплеровским картированием, нередко причину острой боли в мошонке можно установить только во время операции. Активная хирургическая тактика позволяет предупредить нарушение трофики, атрофию яєчка и, как следствие, копулятивные и репродуктивные нарушения. В отдаленном периоде – в сроки

от 3 месяцев до 1 года после операции обследовано 186 пациентов. Ни в одном случае атрофических изменений яичка не выявлено.

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