

ГИГАНТСКАЯ КИСТА СЕМЕННОГО КАНАТИКА

Х.А.АКИЛОВ, Ж.А.ЖАББАРОВ, Э.А.ЛИ, Х.Н.МАТЯКУБОВ

The giant cyst of the spermatic cord

Kh.A.Akilov, J.A.Jabbarov, E.A.Li, Kh.N.Matyakubov

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Описан редкий случай гигантской кисты семенного канатика у детей. Несмотря на полный арсенал комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования, установить точный диагноз удалось только интраоперационно.

Ключевые слова: киста семенного канатика, диагностическая ошибка, хирургическое лечение.

The case of the giant cyst of the spermatic cord in children has been described in the article. In spite of the complete clinical-laboratory and instrumental check-up the acute diagnosis was managed to reveal only intra-operatively.

Key-words: spermatic cord cysts, misdiagnosing, surgical treatment

Водянка оболочек яичка (гидроцеле) и семенного канатика (фуникулоцеле) - очень частые аномалии у детей. Развитие патологии связано с нарушением инволюции вагинального отростка брюшины и семенного канатика и скоплением в его полости серозной жидкости.

В случае неполной облитерации всего влагалищного отростка образуется сообщающаяся водянка оболочек яичка и семенного канатика. Если отросток облитерируется в дистальном отделе, а проксимальный остается открытым и сообщается с брюшной полостью, речь идет о сообщающейся водянке семенного канатика. При отсутствии облитерации вагинального отростка только в дистальном отделе образуется водянка оболочки яичка. При облитерации отростка в дистальном и проксимальном отделах и скоплении жидкости в проекции семенного канатика говорят о несообщающейся (изолированной) водянке оболочек семенного канатика, или кисте семенного канатика.

В патогенезе развития водянки рассматривают следующие основные факторы, обуславливающие скопление жидкости в полости необлитерированного вагинального отростка брюшины: наличие сообщения с брюшной полостью, нарушение абсорбционной способности стенки вагинального отростка и несовершенство лимфатического аппарата паховой области.

Киста семенного канатика имеет округлую и овальную форму, четкие гладкие контуры, она подвижна, пальпация ее безболезненная. Хорошо определяются ее верхний и нижний полюсы. Изолированная водянка оболочек яичка и семенного канатика не меняет размеров при натуживании или беспокойстве ребенка.

Как правило, заболевание, диагностируемое с рождения, имеет ровное течение. Однако в некоторых случаях отмечается острое проявление заболевания. Мошонка увеличивается в размерах в течение

нескольких часов, водяночная опухоль приобретает плотно-эластическую консистенцию (становится напряженной), вызывает беспокойство ребенка. При пальпации беспокойство может усиливаться, появляется болевой синдром. Такую водянку называют остро развившейся (остро возникшей). Заболевание чаще всего приходится дифференцировать с паховой грыжей, а при остром течении - с ущемленной паховой грыжей.

Больной Т. 1 года. Ист. бол. №37547. В отделение поступил 28.10.09 г. с клиникой ущемленной пахово-мошоночной грыжи справа. Жалобы на увеличение правой половины мошонки, беспокойство, плач. Из анамнеза: ребенок с рождения состоит на учете у хирурга по месту жительства с диагнозом пахово-мошоночная грыжа справа. Приступ ущемления - первый. Поступил через 3 часа после приступа.

Местно: правая половина мошонки увеличена до 8,5х4,5 см, плотноэластической консистенции, резко болезненна, в брюшную полость не вправляется. Кожа не изменена. Наружное паховое кольцо не определяется.

Ребенок в экстренном порядке взят на операцию с диагнозом ущемленная врожденная косая пахово-мошоночная грыжа справа. Интраоперационно обнаружено наличие кистозного образования, которое при пальпации частично «уходило» через паховый канал в брюшную полость, при этом в брюшной полости справа появлялось образование размерами 15,0х10,0 см с четкими контурами. При надавливании оно уменьшалась, а в мошонке увеличивалось. По-видимому, жидкостное содержимое мошонки связано с кистозным образованием в брюшной полости. Решено объем операции не увеличивать, а закончить эксплоративно.

В послеоперационном периоде ребенок дообследован. На УЗИ: в правой половине мошонки определяется анэхогенное образова-

ние с четкими контурами округлой формы, размерами 6,7х6,4 см с мелкодисперсной взвесью, стенка - 0,2 см. При компрессии мошонки (датчиком) образование визуализируется на уровне пупка размерами 7,2х6,8 см, подобной эхоструктуры - полостное образование (киста?) семенного канатика, грыжевое содержимое? При надавливании в области пупка полостное образование смещается в правую половину мошонки - врожденная аномалия кишечной трубки?

В 29.10.09 г. произведена МСКТ нижнего этажа брюшной полости и малого таза. Заключение: КТ-признаки кистозного образования нижнего этажа брюшной полости справа (энтерокистома?), осложненного грыжевым выпячиванием через правый паховый канал (рис. 1).

31.10.09 г. ребенок повторно взят на операцию с диагнозом «Энтерокистома?». Нижнесрединная лапаротомия. К ране предлежало кистозное жидкостное образование размерами 17х15 см с четкой капсулой, не связанное с кишечной трубкой, которое располагалось забрюшинно с переходом в правую половину мошонки через паховый канал. Киста выделена от окружающих тканей до внутреннего отверстия пахового канала, вскрыта, удалено 250 мл прозрачной жидкости. Кистозное образование через брюшную полость удалить не удастся, решено удалить оболочки кисты через паховый канал. При ревизии правое яичко отсутствует - агенезия. Оболочки кисты и семявыносящий проток удалены. Послеоперационный диагноз: гигантская киста семенного канатика справа. Агенезия правого яичка (рис.2).

Результаты гистологического исследования: в присланном материале пласты фиброзной ткани с нерезко выраженным отеком, очагами кровоизлияний, расширенными полнокровными сосудами. Ткань яичка с гипопластичными канальцами и веретенами, запаянными в фиброзной ткани.

Таким образом, мы наблюдали уникальный случай

гигантской врожденной кисты семенного канатика у ребенка. Несмотря на полный арсенал комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования, установить точный диагноз стало возможным только интраоперационно. Считаем правильным, что первая операция завершена эксплоративно. При неясности, трудности диагностики и отсутствии жизнеугрожающих факторов необходимо не увеличивать объем операции, а закончить ее и дообследовать ребенка.

Наблюдение, несомненно, представляет интерес для детских хирургов.

Литература

1. Баиров Г.А. Срочная хирургия у детей: Руководство для врачей. СПб Питер пресс 1997; 120.
2. Исаков Ю.Ф. Дронов А.Ф. Детская хирургия. М Медицина 2009; 690-692.
3. Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия; под общ. ред. акад. РАМН Ю.М. Лопухина. М ГЭОТАР Медиа 2005; 386.

БОЛАЛАРДА УРУҒ ТИЗИМЧАСИНИНГ ГИГАНТ КИСТАСИ

Х.А.Акилов, Ж.А.Жаббаров, Э.А.Ли, Х.Н.Матякубов
Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази,
Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти

Мақола болаларда кам учрайдиган уруғ тизимчаси гигант кистасига бағишланган. Ўтказилган тўлиқ клиник-лаборатор, инструментал текширув усулларига қарамасдан, тўғри ташхис фақат операция вақтида қўйилди.

Контакт: проф. Акилов Хабибулла Атауллаевич
РНЦЭМП
100107, г.Ташкент, ул.Фархадская, 2
Тел: +99897-187-0265

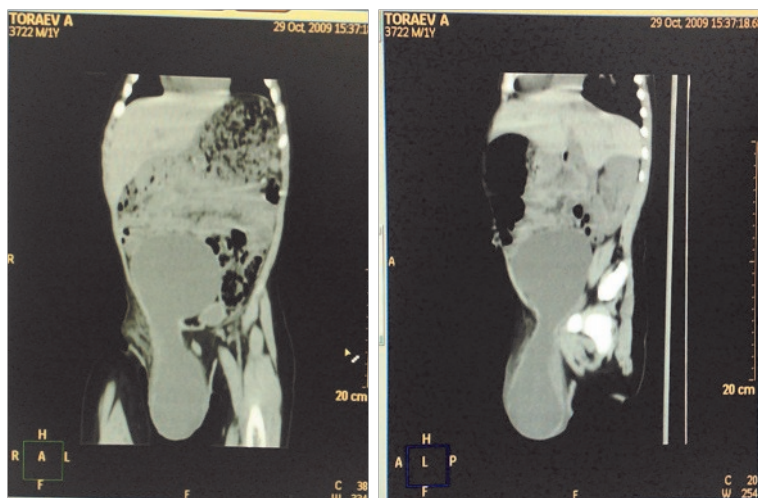


Рис. 1. МСКТ брюшной полости и мошонки в прямой (а) и боковой (б) проекциях.

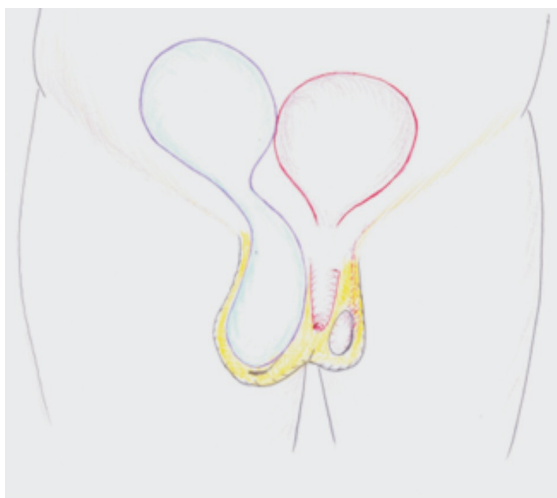


Рис. 2. Схема гигантской кисты семенного канатика справа.