

ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,
№ 3, 2018
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року
Періодичність – 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро
2018



РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор

С.О. Возіанов

Заступник головного редактора

В.П. Стусь

Відповідальний секретар

М.Ю. Поліон

Члени редколегії:

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,
В.Ф. Петербургський,
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,
Н.О. Сайдакова**

Редакційна рада:

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)
В.І. Бачурін (Запоріжжя)
Анджей Боровка (Варшава, Польща)
О.В. Говоров (Москва, Росія)
В.М. Григоренко (Київ)
Ю.М. Гурженко (Київ)
В.С. Дзюрак (Київ)
В.І. Зайцев (Чернівці)
М.О. Колесник (Київ)
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)
Є.А. Литвинець (Івано-Франківськ)
О.Г. Резніков (Київ)
В.С. Сакало (Київ)
Л.П. Саричев (Полтава)
Е.О. Стаховський (Київ)
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)
М.І. Ухаль (Одеса)
Петр Хлоста (Краків, Польща)
В.В. Черненко (Київ)
О.В. Шуляк (Київ)**

**Адреса редакції:
вул. Вернадського, 9, к. 52
м. Дніпро, 49044**

**Тел./факс секретаріату:
+38 (0562) 46-30-93
+38 (056) 756-95-26**

**urology.dma.dp.ua
e-mail: urologyjournal@yahoo.com
polion@bigmir.net**

Засновники:

ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Реєстраційне свідоцтво:
серія КВ № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»
включено до переліку видань,
в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних
наукометричних базах даних:
РІНЦ (Russian Science Citation Index),
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.
Затверджено на засіданні Вченої ради
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»
20.09.2018 р. (протокол № 1)
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

Передплатний індекс 48350

*Передруковувати матеріали
із журналу «Урологія»
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081
тел. (056) 794-61-04(05)
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

ISSN 2307-5279



© Редакція журналу «Урологія», 2018

устанавливаем постоянный катетер Фолея через уретру в мочевого пузыря на 4 суток.

Гистологически у 25 пациенток получена плоскоклеточная папиллома уретры, у 47 – карункул, у 728 – полип уретры с участками хронического воспаления. В послеоперационном периоде пациенткам были назначены ванночки с настоем череды, коры дуба сроком до 7–10 дней, 4–5 раз в сутки, анальгетики, антибиотики. Контрольные осмотры на кресле через день после операции, на 7-е, 21-е, 30-е сутки. Затем через 1, 3, 6, 9 месяцев с целью исключения рецидива опухоли. У 48 (6,8%) пациенток выполнена повторная электрорезекция в связи с

рецидивом полипа уретры. Все доброкачественные образования уретры находились на широком основании. В конце каждой операции проводилась инструментальная проверка проходимости уретры.

Как показывает наш опыт, лучшим методом оперативного лечения доброкачественных опухолей уретры у женщин является электрорезекция новообразований с обязательным дренированием мочевого пузыря через уретру катетером Фолея на 3–4 суток. С целью раннего выявления доброкачественных образований уретры показан профилактический осмотр всех пациенток на кресле у гинеколога и уролога.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАТЕСТИКУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³,
В.Н. Корягин⁴, Н.Ю. Полион¹, В.Н. Краснов¹*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ №12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская ГП №4»

Экстратегикулярные опухоли, к которым относятся опухоли семенного канатика, оболочек яичка и придатка яичка, являются редкостью. Почти половина случаев этих опухолей составляют экстратегикулярные липомы (ЭЛ), которые в 95% случаев локализуются в оболочках паховой части семенного канатика. Случаи ЭЛ оболочек яичка и придатка яичка относятся к казуистичным. ЭЛ оболочек семенного канатика по происхождению подразделяются на истинные и ложные (отшнурованные).

Истинные ЭЛ семенного канатика не сообщаются с забрюшинной клетчаткой, рассматриваются как врожденные депозиты жировой ткани в слепом влагалищном отростке брюшины (*processus vaginalis peritonei Halleri*) и встречаются крайне редко: в 0,6–8,0% всех опухолевых заболеваний семенного канатика. Ложные ЭЛ семенного канатика рассматриваются как приобретенные жиросодержащие косые паховые грыжи внебрюшинной клетчатки (*textus cellulosis extraperitonealis*).

Клинических и патоморфологических различий между истинными и ложными ЭЛ не существует. Дифференциальная диагностика этих

видов ЭЛ осуществляется интраоперационно, обычно во время паховой герниотомии.

ЭЛ встречаются в любом возрасте (несколько чаще в возрасте 40–60 лет), обычно в виде солитарных новообразований или значительно реже – в сочетании с множественным липоматозом подкожной жировой клетчатки (системным наследственным эндокринным заболеванием, известным как болезнь Деркума).

При макроскопическом изучении ЭЛ – это хорошо инкапсулированные мезенхимальные опухоли, разделенные соединительнотканными перегородками и представленные жировой желто-оранжевой тканью на разрезе.

Микроскопически ЭЛ состоят из зрелых адипоцитов, которые незначительно отличаются по размеру и форме от жировых клеток подкожной клетчатки. ЭЛ отличаются медленным экспансивным ростом и, как правило, не трансформируются в липосаркомы.

За 10-летний период (с 2007 по 2017 г.) мы наблюдали 13 случаев ЭЛ плюс 1 случай изолированного туберкулеза семенного канатика (описанный нами в более ранних публикациях) и 4 случая – сочетание ЭЛ с пахово-

мошоночными грыжами. Возраст пациентов варьировал от 39 до 70 лет.

Клинические проявления ЭЛ определяют зоной локализации и размерами образования. Мелкие ЭЛ протекают, как правило, бессимптомно и часто обнаруживаются случайно. Крупные ЭЛ могут вызывать дискомфорт и боли в зоне локализации. В 15 наших случаях ЭЛ вызывали боль и дискомфорт в зоне локализации, также в 3 случаях ЭЛ протекали латентно. Все пациенты прооперированы мошоночным доступом, а в 4 случаях – пахово-мошоночным. Размеры ЭЛ варьировались в длину от 40 до 155 мм. Среди способов неинвазивной диагностики ЭЛ лучевым методам принадлежит ведущая роль. Они помогают, прежде всего, дифференцировать ЭЛ от пахово-мошоночной грыжи и других образований пахового канала и мошонки, а также уточнить локализацию и границы распространения ЭЛ, определить объем предстоящего хирургического вмешательства. При УЗИ ЭЛ имеют типичную эхографическую картину и визуализируются как гипоэхогенные образования, чаще округлой или овоидной формы, слоистой структуры, имеющие тонкую гиперэхогенную капсулу [Е.А. Квятковский].

Ввиду того что экзогенность ЭЛ сопоставима с экзогенностью подкожной жировой клетчатки, а капсула ЭЛ невыраженная, они могут быть легко пропущены при рутинном УЗИ, особенно у тучных пациентов. При компрессии УЗ датчиком у ЭЛ обнаруживают мягко-эластическую консистенцию, и при локализации в оболочках семенного канатика или яичка они легко смещаются. При доплерографии внутрипухолевый кровоток в ЭЛ, как правило, отсутствует. Доплерография позволяет оценить отношение ЭЛ к сосудам, питающим яичко, что крайне важно для выбора тактики оперативного вмешательства. При КТ липомы определяются как гиподенсные образования с плотностью около 60–80 НУ, при МРТ – как гиперинтенсивные образования, которые становятся «неактивными» при супрессии сигнала от жира. Инвазивные методы диагностики ЭЛ применяются крайне редко (биопсия) и нами не применялись. В наших наблюдениях ЭЛ оболочек яичка и семенного канатика были выявлены пациентами самостоятельно, ЭЛ придатка яичка были обнаружены случайно при УЗИ. Во всех наших наблюдениях ЭЛ при пальпации обнаруживались в виде безболезненного образования мошонки мягкоэластической консистенции и были похожи на различные хирургические и урологические заболевания пахово-мошоночной области.

При УЗИ и МРТ ЭЛ обнаруживала признаки образования жировой плотности, характерные для ЭЛ и описанные выше. Лечение ЭЛ, как правило, хирургическое. Оперативное вмешательство в виде энуклеации ЭЛ проводится при наличии жалоб, снижающих качество жизни пациента, с лечебно-диагностической целью в клинически неясных случаях. Прогноз при лечении ЭЛ – благоприятный, рецидивы в послеоперационном периоде мы не наблюдали. Показаниями к операции в наших случаях были: боль и дискомфорт в мошонке, косметический дефект, подозрение на онкологическое заболевание.

Как уже отмечалось, клинические проявления ЭЛ являются неспецифическими и могут совпадать с таковыми при различных заболеваниях пахово-мошоночной области. ЭЛ семенного канатика часто приходится дифференцировать с пахово-мошоночными грыжами и жировой инфильтрацией семенного канатика у тучных пациентов, ЭЛ оболочек яичка – с гидроцеле, ЭЛ придатка яичка – с аденоматоидной опухолью и кистами придатка. При жировой инфильтрации семенного канатика, встречающейся обычно у полных пациентов, в отличие от ЭЛ, наблюдаются множественные жировые отложения между оболочками семенного канатика, которые легко обнаруживаются лучевыми методами исследования (УЗИ, МРТ). Водянка оболочек яичка и кисты придатка яичка легко диагностируются при рутинном УЗИ. Наибольшее внимания, по данным литературы и нашими наблюдениями, заслуживает дифференциальная диагностика ЭЛ с пахово-мошоночной грыжей. При диф. диагностике истинных ЭЛ и паховых грыж необходимо учитывать синтопию этих образований (в паховом канале ЭЛ всегда располагаются кпереди и латеральнее элементов семенного канатика, грыжи – кзади и медиальнее семенного канатика), подвижность образования при кашлевой пробе Гаккенбруха (ЭЛ, в отличие от неущемленных грыж, при кашлевой пробе неподвижны). Согласно собственному опыту отметим, что пахово-мошоночные грыжи характеризуются типичной клинико-эхографической картиной, резко отличающейся от ЭЛ, и обычно не вызывают вопросов при дифференциальной диагностике с ЭЛ. В наших наблюдениях пациенты с пахово-мошоночной грыжей были, как правило, пожилого возраста, с длительным грыжевым анамнезом. Ущемлению грыжи предшествовало физическое напряжение. При пальпации в мошонке определяется образование тугоэластической консистенции, не связанное с яичком. Наружное паховое кольцо на сто-

роне грыжи всегда расширено. В зависимости от степени и давности ущемления перистальтика грыжевого мешка и изменение его размеров при кашле и напряжении могут быть выражены в разной степени вплоть до полного их отсутствия, в тяжелых случаях наблюдаются перитонеальные симптомы. При УЗИ в мошонке визуализируется смешанной эхогенности образование, исходящее из пахового канала и содержащее элементы большого сальника или стенку кишки. Семенной канатик, придаток и яичко при пахово-мошоночной грыже всегда остаются интактными.

Аденоматоидная опухоль (АО), как и ЭЛ, является одной из наиболее распространенных доброкачественных экстраэпителиальных опухолей. Частота АО среди всех экстраэпителиальных опухолей достигает 30% и уступает только ЭЛ. АО наблюдается почти во всех возрастных группах, но наиболее часто – у лиц в возрасте от 30 до 50 лет. Размеры АО могут варьироваться от 5 до 50 мм, но обычно не превышают 20 мм в диаметре. Излюбленной локализацией АО является придаток яичка. По одним данным, АО чаще располагается в хвосте придатка, по другим – в головке придатка яичка. Крайне редко АО может встречаться в семенном канатике, семявыносящем протоке и предстательной железе. АО имеет мезотелиальное происхождение и она не склонна к малигнизации [2, 4]. Дифференциальная диагностика АО и ЭЛ клинико-лучевыми методами сложна и чаще невозможна. АО, как правило, протекает латентно и случайно обнаруживается либо самим пациентом, либо при клиническом осмотре, лучевом исследовании (чаще УЗИ) или операции. АО, как и ЭЛ, при физикальном исследовании характеризуется как тугоэластичное и безболезненное образование мошонки, а при УЗИ она также имеет четкие контуры, низкую эхогенность, сопоставимую с эхогенностью придатка яичка, однородную и бедную сосудами структуру. Уровни тестикулярных онкомаркеров (альфа-фетопротеина, бета-хорионического гонадотропина и лактатдегидрогеназы) при АО остаются нормальными. Окончательная диагностика АО возможна только при патоморфологическом исследовании.

Липосаркомы оболочек семенного канатика и яичка встречаются очень редко. Они относятся к агрессивным опухолям с высоким потенциалом злокачественного роста и метастазирования. Рецидивирование липосарком после радикальных операций наблюдается в 30–50% случаев. Диф. диагностика липосарком и ЭЛ является наиболее трудной задачей, клинические и лучевые проявления ЭЛ и липосарком схожи. Однако для липосарком в отличие от ЭЛ, характерны быстрый инфильтрирующий рост и богатая васкуляризация. Эти признаки позволяют предположительно высказаться в пользу липосаркомы.

Выводы

1. ЭЛ встречается крайне редко. Клинически ЭЛ может протекать латентно или вызывать дискомфорт и боли в паховой области и половых органах.

2. При физикальном исследовании ЭЛ может имитировать различные хирургические и урологические заболевания пахово-мошоночной области.

3. Основное место среди методов неинвазивной диагностики ЭЛ принадлежит лучевым методам УЗИ и МРТ, при которых ЭЛ выявляется как инкапсулированное образование жировой плотности.

4. Окончательная диагностика ЭЛ осуществляется инвазивными методами: при помощи биопсии или эксплоративной операции с последующей патоморфологической верификацией.

5. ЭЛ нуждается в дифференциации, прежде всего, с пахово-мошоночной грыжей, АО придатка яичка и липосаркомой оболочек семенного канатика и яичка.

6. Несмотря на типичные лучевые признаки ЭЛ, надежная дифференциация ЭЛ и других опухолей пахово-мошоночной области клинико-лучевыми методами не всегда возможна. В этих случаях, а также с учетом жалоб пациента (боль, дискомфорт, косметический дефект) методом выбора при лечении ЭЛ является хирургический – энуклеация ЭЛ.

7. Прогноз при оперативном лечении ЭЛ – благоприятный.