

ным удерживающим почку образованием является почечная ножка, которая расположена спереди и соответственно этому происходит такой поворот. Помимо этого, почка нередко смещается вокруг своей поперечной оси, в силу чего нижний полюс чаще всего бывает обращен кпереди и поэтому на рентгенограмме за счет большего удаления его от плоскости рентгенологической пленки тень нижнего полюса почки будет значительно больше по размерам, чем верхнего. Это следует иметь в виду, чтобы не допустить диагностической ошибки, тем более что урограмма при нефроптозе может напоминать картину, характерную для опухолевых процессов. Во избежание этого в таких случаях следует произвести урографию и в положении больного на животе. При этом нижний полюс будет располагаться ближе к рентгенпленке и при сравнении с предыдущим снимком его размеры будут значительно меньше.

Характерным рентгенологическим признаком нефроптоза является превращение лоханочно-мочеточникового угла из тупого в более острый. В далеко зашедших стадиях нефроптоза нижний край лоханки проходит параллельно мочеточнику.

Нередко на урограмме наряду с нефроптозом обнаруживаются признаки, характерные для так называемых добавочных сосудов почки, в виде линейных дефектов наполнения, чаще всего в области лоханочно-мочеточникового сегмента. Эти сосуды при нефроптозе по существу являются не добавочными, а смещенными на лоханку в результате значительного опущения и ротации почки. Следовательно, это приобретенная, а не врожденная сосудистая деформация.

Весьма характерным для нефроптоза симптомом на урограммах является своеобразное изменение мочеточника. Он становится как бы излишне длинным, содержит изгибы и даже пет-

ли. Это особенно хорошо видно на урограммах, выполненных в вертикальном положении больного. Вследствие нарушенного тонуса мочеточника он изменяет свой вид преимущественно в верхней трети, приобретая вид буквы S или цифры 4. Важным признаком нефроптоза является расширение верхних мочевых путей, чему способствует нарушенный пассаж мочи из чашечно-лоханочной системы, за счет перегиба мочеточника, особенно при вертикальном положении больного.

Опущенная и повернутая вокруг своих осей почка дает характерное изменение чашечно-лоханочного изображения, которое напоминает вид «плакучей ивы». При наличии расширения чашечно-лоханочной системы следует произвести урографию и в более поздние сроки, с тем чтобы убедиться в нарушенном пассаже мочи, на что будет указывать задержка контрастного вещества в лоханке.

Рентгенологическую картину нефроптоза следует прежде всего дифференцировать с поясничной или тазовой дистопией почки, при которой лоханка и чашечки имеют аномальное расположение, направлены кнутри и, кроме этого, укороченный мочеточник не имеет изгибов и коленчатости, свойственных опущенной, мобильной почке. Далее при урографии, произведенной в горизонтальном и вертикальном положении больного, дистопированная почка смещается обычно весьма незначительно.

Подытожив все вышеизложенное, можно отметить, что основным диагностическим методом по выявлению нефроптоза врачом-урологом является рентгеноурологическое обследование пациентов, выполненное в положении лежа и стоя (после физической нагрузки). Экскреторная урография позволяет своевременно диагностировать данную патологию и направлять пациентов для проведения оперативного лечения.

## РОЛЬ ГИДАТИД МОРГАНЬИ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНОГО ГИДРОЦЕЛЕ. ТАКТИКА УРОЛОГА

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, И.М. Русинко<sup>2</sup>, Т.А. Квятковская<sup>1</sup>, Е.А. Квятковский<sup>3</sup>, Н.М. Русинко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДООС

<sup>3</sup> КУ «Днепропетровская ГКБ № 9» ДООС

Реактивная водянка оболочки яичка возникает при травмах мошонки и промежности, перекруте яичка, воспалительных заболеваниях

органов мошонки, нарушении лимфатического оттока от мошонки при герниопластиках и варикоцеле, вазэктомиях, при циррозах пе-

чени и сердечной декомпенсации, при ХПН и др., при выполнении оперативных вмешательств по поводу реактивного гидроцеле нами отмечено, что у всех оперированных пациентов были обнаружены гидатиды Морганьи в области верхнего полюса яичка или головки придатка яичка. Доказано, что в норме у взрослых мужчин идет обратное развитие гидатид Морганьи вплоть до их исчезновения.

При изучении научной литературы нельзя не обратить внимание на работы, в которых прослеживается связь между водянкой оболочек яичка и наличием аппендикса яичка или его придатка (гидатиды Морганьи), а также его состояния.

Впервые сообщение с описанием аппендикса яичка и придатка у пациентов с гидроцеле было опубликовано профессором хирургии Морганьи (G.V. Morgagni) в 1761 г. в Падуе (Италия). Гидатида Морганьи находится в серозной полости собственной влагалищной оболочки яичка и представляет собой рудимент парамезонефрального (Мюллерова) протока. При закладке яичка на 6–7-й неделе эмбрионального развития начинает вырабатываться гормон ингибин, который в мужском организме вызывает атрофию парамезонефрального протока. Гидатиды Морганьи образуются в процессе обратного развития парамезонефральных протоков при неполной их редукции в процессе половой дифференцировки.

По данным литературы гидатиды Морганьи встречаются в 80–92% яичек. Нами проведено изучение 65 историй болезни пациентов с реактивным гидроцеле. Гидатиды Морганьи обнаружены в 100% случаев. В 94% случаев локализация их была в области верхнего полюса яичка или головки его придатка. Возможны перекрыты гидатид, особенно у детей до 8–10 лет, вследствие чего нарушается их питание и происходит некроз. Чаще всего перекрыт происходит из-за длинной ножки гидатиды (≈95% случаев). Размеры гидатид колеблются от 3–5 мм до 15–20 мм. Нами и рядом других авторов было высказано предположение, что гидатиды выстланы кубическим и цилиндрическим эпителием, контролируют содержание жидкости во влагалищном отростке брюшины. Развитию патологических изменений в гидатидах способствует магистральный тип кровоснабжения и рыхлая строма с отсутствием в них эластических волокон. Установлено, что гидатиды Морганьи могут быть дополнительным депо инфекций, поддерживающим персистенцию микроорганизмов при хронических воспалительных процессах в мужских половых органах.

Так, в гидатидах яичка, удаленных во время операций по поводу гидроцеле, эпидидимэктомии или резекции головки придатка, в 96,9% случаев были обнаружены инфекционные агенты – трихомонады, хламидии, микоплазмы, уреаплазмы и др.

При наличии крупных гидатид синусы придатка яичка более выражены и более глубокие, что можно рассматривать как обстоятельство, предрасполагающее к скоплению серозной жидкости.

Нами проведены гистологические исследования гидатид пациентов, оперированных по поводу гидроцеле. Они представляют собой соединительно-тканые образования, содержащие многочисленные полнокровные артерии и вены, а также расширенные лимфатические сосуды. Снаружи гидатиды покрыты однослойным цилиндрическим или кубическим эпителием, имели неправильные бахромчатые или изрезанные контуры с многочисленными инвагинациями, которые часто выглядели в виде узких крипт или замкнутых полостей внутри срезов. Гидатиды нередко содержали железистоподобные структуры в виде овальных срезов канальцев, выстланных однослойным реснитчатым эпителием. В просвете большинства канальцев находились эозинофильные массы, прилегающие к апикальной поверхности эпителиоцитов или заполняющие просветы канальцев. Вокруг них располагались полнокровные артериальные и застойные венозные сосуды, а вблизи их базальных мембран – расширенные лимфатические сосуды. Усиление васкуляризации гидатид при гидроцеле достоверно подтверждалось при УЗИ и исследованием кровотока при ультразвуковом цветном доплеровском картировании (ЦДК). Таким образом, размеры гидатид Морганьи у пациентов с гидроцеле были достоверно увеличены.

Усиленная васкуляризация гидатид, активное состояние эпителия, его слущивание наводят на мысль о том, что эпителий гидатид у этой категории пациентов продуцирует массы, которые, попадая в полость влагалищной оболочки яичка, могут влиять на гидростатическое и онкотическое давление и поддерживать присутствие избыточного количества жидкости между пластинками серозной оболочки яичка, являясь одним из звеньев патогенеза гидроцеле. Всем больным с гидроцеле в предоперационном периоде проводилось комплексное лабораторное исследование, УЗИ, ЦДК. Золотым стандартом диагностики гидроцеле остается УЗИ органов мошонки. Ультразвуковая диагностика помогает

подтвердить наличие изменений воспалительного характера яичек и их придатков, обнаружить опухоль, отличить гидроцеле от грыж или варикоцеле. Через 6–8 месяцев от начала возникновения гидроцеле обнаруживаются изменения в паренхиме яичка, что приводит к нарушению сперматогенеза («Гидроцеле» Т.А. Квятковская, Е.А. Квятковский 2014; «Роль гидроцеле в нарушении сперматогенеза» И.М. Русинко и соавт., 2016). Со временем в оболочках яичка усиливается отек, что приводит их к фиброзно-склеротическим изменениям.

Наличие гидатид Морганьи у пациентов с гидроцеле говорит в пользу их оперативного лечения и отказа от склерозирующей терапии. Всем пациентам было выполнено иссечение оболочек яичка по Бергману в нашей модификации. В 10 случаях операция по Бергману сочеталась с резекцией головки придатка яичка и кистэктомией и выполнением эпидидимоорхоанастомоза. Во всех случаях гидатиды Морганьи были иссечены. Рецидива гидроцеле у пациентов при контрольных обследованиях через 1 месяц, 6 месяцев, 1, 2, 3 года не обнаружено.

## СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДИВШИХ СЛУЖБУ В ЗОНЕ АТО

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, Н.Ю. Полион<sup>1</sup>, И.М. Русинко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДОС»

Стресс – состояние напряжения, возникающее под влиянием сильных внешних воздействий. Причиной стресса может быть все, что нарушает размеренный и привычный уклад жизни. Хронический стресс часто становится причиной нарушения сексуального здоровья и приводит к сексуальным расстройствам. Таким стрессом у всех, обратившихся к нам пациентов, была служба в зоне АТО.

Под влиянием стрессора увеличивается синтез клетками гипоталамуса кортиколиберина, который стимулирует синтез АКТГ. Последний стимулирует синтез глюкокортикоидов, которые, в свою очередь, тормозят синтез лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулинстимулирующего гормона (ФСГ), происходит уменьшение синтеза тестостерона. Уменьшение синтеза тестостерона снижает половое влечение (либидо), уменьшает восприятие сексуальных ощущений. При снижении уровня тестостерона уменьшается уровень эндотелиальных No-синтез, с помощью которых происходит синтез окиси азота (NO). В результате уменьшения синтеза тестостерона в организме, эндотелиальные клетки уменьшают синтез окиси азота в ответ на стимуляцию центра эрекции. Это удлиняет время развития адекватной эрекции и ухудшает ее качество. Постоянный стресс снижает потенцию даже в суперпотентного мужчины.

Служба в условиях зоны боевых действий не оставляет место для активной сексуальной жизни. К нам обратилось за помощью 25 пациентов, демобилизованных из зоны боевых действий, отмечающих жалобы на сексуальные расстройства. Всем пациентам проведено комплексное обследование. У 15 (60%) пациентов был обнаружен хронический простатит, у 5 (20%) – левостороннее варикоцеле, у 4 (16%) – рубцовый фимоз. Хронический стресс у этих пациентов стал причиной депрессий и неврозов, которые в свою очередь привели к сексуальным расстройствам типа невроза тревожного ожидания сексуальной неудачи. В 40% случаев этот тип невроза стал причиной снижения эрекции. Всем пациентам с варикоцеле и фимозами было выполнено оперативное вмешательство. Пациентам с хроническими простатитами назначена комплексная противовоспалительная и стимулирующая терапия. Всем пациентам проводилась психокоррекция психологами и психотерапевтами. Все они получали адаптогены и дневные транквилизаторы (Адаптол). В процессе индивидуального подхода к каждому пациенту нам удалось устранить сексуальные расстройства у 72% пациентов. Оставшиеся 28% нуждаются в дальнейшем длительном наблюдении и лечении у урологов и сексопатологов с психологической коррекцией последствий, обусловленных хроническим стрессом.