

## АБЕРАНТНЕ ЯЄЧКО І СІНДРОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ

*І.Д. Дужий<sup>1</sup>, І.Я. Гресько<sup>2</sup>, С.О. Чумак<sup>3</sup>*

*Автори наводять дані літератури, за якимим уроджена дистонія яєчка відбувається за типом «ектопії» - зміщення стосовно природного розміщення. Наводять клінічний випадок аберантно розміщеного яєчка у пахвовій ділянці, яке внаслідок механічного травмування ускладнилося запаленням і розвитком автоалергічного плевриту.*

### ВСТУП

Генетично зумовлені неправильні розміщення різних органів відомі давно. До них належать зворотне розміщення внутрішніх органів, правобічна локалізація серця і аорти, аберантне кровопостачання легень, аберантна щитоподібна залоза та ін. До таких вад належить і аберантне яєчко, яке більшість авторів називають «ектопією» яєчка. Відомі випадки проміжної ектомії [1, 2], яку автори «виправляли» шляхом переміщення у калитку. У цих хворих вада виявлялась і виправлялась у середньому дитячому віці.

У літературі описані поєднання ектопії яєчка з іншими вадами розвитку, а саме: із несправжнім гермафродитизмом, природженими пахвинними та пахвинно-калітковими кілами [3, 4]. В усіх цих випадках патологічні утворення виявлялись і коригувались у дитячому віці. Про будь-які ускладнення, пов'язані з їх аберацією, у відомій літературі повідомлень немає.

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Познайомити медичну спільноту із рідкісним спостереженням.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З огляду на це цікавим є наступне спостереження. Хворий 3. 28 років звернувся до дільничного лікаря зі скаргами на біль стискувального характеру в лівій половині грудної клітки та задишку при фізичному навантаженні. Після обстеження пацієнт був направлений у клініку. Окрім зазначених скарг, інших не було. Жонатий, має одну дитину, яка народилася через 1,5 року подружнього життя. Дитина здорова, ніяких фізичних вад не має.

Пацієнт фізично розвинений гармонійно. Збільшені периферійні лімфатичні вузли не визначались, окрім одного, розміщеного в лівій пахвовій ділянці під великим грудним м'язом. Розміри вузла – 1,5x1,5 см. Поверхня – гладенька. Вузол рухливий, не спаяний з оточуючими тканинами, безболісний. Раніше даного утворення хворий не помічав, хоча інколи після інтенсивної фізичної праці турбував ниючий біль у грудному м'язі, ближче до плечового суглоба. Даний феномен хворий пояснював надмірним навантаженням на м'яз, до лікарів з цього приводу не звертався.

<sup>1</sup> Д-р мед. наук, професор, Сумський державний університет.

<sup>2</sup> Здобувач, Сумський державний університет.

<sup>3</sup> Аспірант, Сумський державний університет.

Останній напад болю у грудній клітці з'явився також після фізичної роботи (цілий день косив траву). Але тепер він мав не локальний характер, як раніше (у м'язі), а захоплював увесь нижній відділ грудної клітки. Від самого початку біль мав тупий, ниючий характер. Практично одночасно із болем з'явилась і задишка. З огляду на анамнез (зв'язок із важкою фізичною працею) дільничний лікар проводив терапевтичні заходи, маючи на увазі травматичний міозит, чи такий, що пов'язаний із застудою. Оскільки впродовж двох тижнів ситуація із здоров'ям не налагоджувалась, а задишка навіть збільшилась і з'явилась субфебрильна температура, була виконана флюорографія грудної клітки, під час якої запідозрена лівобічна пневмонія. Хворого госпіталізували і провели відповідне лікування. Стан дещо покращився, але залишалися високими ШЗЕ (35 мм/год) та лейкоцитоз ( $9,0 \times 10^9/\text{л}$ ). Після контрольної стандартної рентгенографії з підозрою на синдром плеврального випоту (СПВ) направлений до клініки.

Під час огляду, окрім описаного вище вузла, були виявлені ознаки СПВ, який підтверджений УЗД. Виконана пункція плевральної порожнини, одержано 800 мл серозного випоту з таким клітинним складом: лімфоцитів – 65%, нейтрофілів – 24%, еозинофілів – 11%. В аналізі крові:  $Л-8,8 \times 10^9/\text{л}$ ; формула крові: г/л – 5%, п – 9%, с – 54%, е – 6%, л – 18%, м – 7%;  $Hb - 128$ . З огляду на склад плеврального випоту і формулу крові можна було думати про еозинофільний плеврит, генез якого ніби був зрозумілим, оскільки хворий косив траву, отже, контактував із пилком різних польових квітів. Була виконана торакоскопія, під час якої виявлено гіперемовану і значно ін'єковану парієтальну плевру. Біопсія плеври та її гістологічне дослідження виявили незмінений мезотелій, місцями з явищами жирового переродження. Оскільки верифікація діагнозу ускладнилася, було вирішено видалити паховий вузол. Операція виконана за правилами абластики з екстирпацією клітковини. Видалений вузол при гістологічному дослідженні виявився гіпоплазованим яєчком з елементами катарального запалення. Запалених чи перероджених лімфовузлів у клітковині не знайдено. Лише після цього з хворим була проведена додаткова бесіда, з якої було встановлено, що у нього лівого яєчка не було від народження. Спочатку «чекали» на його опущення, а потім і «забули», оскільки хлопчик розвивався гармонійно і не відставав від однолітків. Таким чином, після проведеного дообстеження був поставлений діагноз травматичного орхіту аберантного гіпоплазованого яєчка з аутоалергічним плевритом. Проведене лікування (протизапальні, розсмоктуючі, десенсибілізуювальні, імунодепресанти – рифадин) дозволило швидко ліквідувати запалення, а разом з ним - і СПВ. Пацієнт перебуває під нашим спостереженням близько 7 років. Будь-яких ознак рецидиву захворювання плеври чи інших хвороб не спостерігається. За цей час у сім'ї народилася друга (дівчинка) дитина. Обоє дітей практично здорові. Сімейної дисгармонії немає.

#### ОБГОВОРЕННЯ ТА ЇХ РЕЗУЛЬТАТИ

Отже, аберантно дистоповане яєчко поступово гіпоплазувалось, але під час фізичних навантажень і механічного травмування відбувалось його запалення, що супроводжувалося болями, які пацієнт самостійно пов'язував із грудним м'язом, оскільки яєчко локалізувалося саме під ним. Чергове запалення призвело до розвитку аутоалергічного плевриту, який проходив спочатку під ознаками травматичного міозиту, а далі – базальної плевропневмонії. Лише «хірургічна» діагностика сприяла верифікації процесу. Чи можна було уникнути орхектомії? На той час – ні. Ми не знали про можливість розвитку плевриту внаслідок орхіту. І головне – ми не знали, що у пацієнта немає другого яєчка.

## ВИСНОВКИ

Маючи описаний прецедент, ми, збираючи анамнез, тепер намагаємося делікатно з'ясувати особливості і стан головних андрогенних органів, оскільки це може мати значення не лише при етіологічній діагностиці синдрому ПВ, а й при проведенні диференціальної діагностики периферійних утворень, що нагадують захворювання лімфатичного апарату, особливо при їх локалізації в типових регіонах.

## ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

При повній периферійній аденопатії потрібно більш уважно вивчати всі органи і системи хворої людини. Синдром плеврального випоту потрібно верифікувати з огляду на можливий аутоімунний генез, у т.ч. і внаслідок аберантно розміщених органів.

## SUMMARY

*Based on taken from literature information the authors show that congenital dystopia testis occurs in the likeness of "ectopi testis"- organ displacement relative to natural position. The authors give a clinical case when aberrant testis located in axillary region following mechanical trauma has been complicated by inflammation and autoallergic pleurisy.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Павлов С.С. Промежностная эктопия яичка у мальчика //Вестн. хирургии.-1967.-№ 4.- С.115-116.
2. Кузьмин К.П. О промежуточной эктопии яичка //Вестник хирургии.-1961.-№ 6. - С.118.
3. Палтий Н.П. Трансверзальная эктопия яичка в сочетании с ложным гермафродитизмом // Урология и нефрология.-1965.-№ 2.-С.63.
4. Коцар И.И. Врожденная правосторонняя пахово-мошоночная грыжа с необычной эктопией левого яичка //Урология.-1962.-№2.-С.65.

*Надійшла до редакції 29 січня 2007 р.*