

Гострий фунікуліт: хірургічні аспекти проблеми

О.Б. Прийма

КП «Трускавецька міська лікарня»

У статті проаналізовано особливості клінічного перебігу та лікування 27 хворих на гострий фунікуліт і диферентит. З них у 10 осіб діагностовано гнійну форму процесу, що підтверджено пункцією сім'яного канатика, були оперовані. Застосовували фунікулотомію, котра з антибактеріальною терапією є «золотим стандартом» лікування таких хворих. Проаналізовані рідкісні форми фунікуліту: при гангрені Фурньє, при флегмоні калитки, склерозувальна форма диферентиту з фунікулітом. Усі хворі у задовільному стані виписані додому.

Ключові слова: вторинний фунікуліт, диферентит, сім'яний канатик, гнійний фунікуліт, фунікулотомія, антибіотикотерапія.

Гострий фунікуліт та диферентит – не дуже поширена патологія в практиці урологів, андрологів та хірургів. Мала кількість публікації з даної патології, особливо щодо хірургічних аспектів проблеми, робить дану роботу актуальною [2, 3, 5].

Значущість проблеми зумовлена і тим, що запальні процеси в сім'яних протоках і сім'яних канатиках – один із важливих і поширених шляхів чоловічого безпліддя. Кількість осіб, що страждає на безпліддя, – постійно зростає. У деяких регіонах Росії цей показник на сьогодні складає 19% сімейних пар [1, 3].

Гострий фунікуліт більше відомий в історії венерологам, оскільки вперше в медичній літературі це захворювання було описане Benjamin Bell в 1795 році як ускладнення гострого гонорейного уретриту (цит. за Wilensky and Samuels, 1923) [5].

Як засвідчує патофізіологія в розвитку фунікуліту та диферентиту попри гематолімфатичне занесення інфекції через уретральне лімфатичне сплетіння Паннаца, травми промежини та чоловічих статевих органів, суттєве значення має рефлюкс гнійної сечі із задньої частини сечівника у сім'яні протоки [1, 2, 5].

Значення диферентиту і фунікуліту стосовно безпліддя зумовлене і подальшими склеротичними змінами цих структур як результат запального процесу в них [1, 3].

Слід зазначити, що фунікуліт та диферентит – захворю-

вання, що взаємопов'язані та супроводжують і взаємо обтяжують одне одного [2, 4].

У доступній літературі ми не зустріли опису первинного фунікуліту і диферентиту. Тому з великою ймовірністю можна стверджувати, що за походженням ці процеси – вторинні. Це має своє анатомічне підґрунтя. Адже, сім'яносна протока починається від хвостової частини придатка яєчка і в складі сім'яного канатика прямує і впадає в задню частину сечівника в ділянці сім'яного горбика. Сім'яний канатик анатомічно містить: три артерії, вени, м'яз-підйімач яєчка, сім'яносна протока, фасціальні і лімфатичні утворення [2, 4].

У літературі мало уваги приділено фунікуліту, який виникає після тупої травми статевих органів та промежини у чоловіків, кукситу сім'яного канатика у хворих на гангрену Фурньє, «метастатичному» гнійному фунікуліту та склерозувальній формі цієї патології [1–3].

Тому було поставлено завдання вивчити особливості клінічного перебігу наведених вище рідкісних форм фунікуліту з диферентитом та особливості їхнього лікування, в тому числі – хірургічного.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За останні 10 років в урологічному стаціонарі КП «Трускавецька міська лікарня» перебувало на лікуванні 27 хворих на фунікуліт з диферентитом, що склало 0,19% хворих, лікованих в урологічному відділенні лікарні за даний період. З них 10 були оперовані (таблиця).

Хворі проходили клінічне і лабораторне обстеження та ультразвукове дослідження сім'яного канатика і калитки.

Лікування розпочинали з антибіотикотерапії, комбінацією двох антибіотиків: цефалоспорино III–IV покоління та фторхінолони II–III покоління. Крім цього, застосовували імуномодулювальну терапію, пробіотики, фунгістатичні та детоксикаційні засоби. При гангрені Фурньє застосовували карбопенеми.

При вираженій лихоманці та флюктуації в проекції сім'яного канатика виконували пункцію ураженої зони. Гній брали на бактеріологічне обстеження – посів на флору і її чутливість до антибіотиків. У подальшому виконували

Таблиця

Хворі на гострий фунікуліт і диферентит

Нозологія і стани, що передували фунікуліту та диферентиту та призвели до них	Кількість хворих	Оперовані з них
Пахова герніопластика	2	–
Гострий серозний неспецифічний епідидиміт	9	–
Гострий гнійний епідидиміт	8	3
Гострий гонококовий уретрит, епідидиміт з подальшим склерозувальним фунікулітом	1	1
Тупа травма статевих органів і промежини	2	2
Куксит сім'яного канатика у хворих, оперованих з приводу гангрені Фурньє, гнійно-некротичного орхоепідидиміту	3	2
Флегмона калитки	1	1
«Затікання» гнійного вмісту з дренованої нагноєної кістки підшлункової залози	1	1
Усього	27	10

фуникулотомію та дренивання рани з санацією первинного гнійного вогнища – здебільшого калитки та яєчка з придатком в умовах операційної. Процес у більшості хворих був одностороннім.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При консервативному лікуванні середній ліжко-день склав $9,3 \pm 2,1$. Запальні інфільтрати від проведеної терапії розсмоктувалися.

При гнійному фуникуліті висівали *E.coli*, *Proteus mirabilis*, *St.epidermalis* та інші.

У хворих на гангрену Фурньє фуникулотомію виконували у трьох хворих, що склало близько 25% хворих, лікованих від цієї патології. Цим хворим попередньо проводили двобічну поперечну фуникулотомію – кастрацію – через ураження гангреною яєчок. Двом із них виконували повторну ампутацію частини кукси сім'яного канатика через прогресування процесу та доповнювали хірургічне втручання поздовжньою фуникулотомією.

Заслуговує на увагу гнійний фуникуліт, зумовлений «затіканням» гнійного вмісту з дренираних в позаочеревинний простір нагноєних кіст підшлункової залози. Ми спостерігали це в одного хворого, у якого попередньо патологію підшлункової залози ніколи не діагностували. У цього хворого проводили диференціальну діагностику з пухлиною сім'яного канатика та яєчка. Лише пункція під УЗД-контролем дозволила діагностувати гнійний фуникуліт, а ретельне УЗД органів черевної порожнини – виявити первинне джерело гною в організмі.

Острый фуникулит : хирургические аспекты проблемы О.Б. Прийма

В статті проаналізовані особливості клінічного течення і лікування 27 больних острым фуникулитом і диферентитом. Из них у 10 человек діагностована гнійная форма процесу, що підтверджено пункцією семенного канатика, були оперировані. Применяли фуникулотомію, которая с антибактериальной терапией является «золотым стандартом» лікування таких больних. Проаналізовані рідкісні форми фуникуліта: при гангрене Фурньє, при флегмоне мошонки, склерозуюча форма диферентита с фуникулитом. Все больные в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Ключевые слова: вторичный фуникулит, диферентит, куксит семенного канатика, гнійный фуникулит, фуникулотомія, антибиотикотерапія.

При флегмоні калитки гнійник поширюється на сім'яний канатик. Попри розкриття гнійника калитки і абсцесу придатка яєчка виконували поздовжню фуникулотомію з подальшим дрениванням обох ран.

Антибіотикотерапію у хворих на гнійний фуникуліт проводили протягом 18–21 дня. Використовували комбінацію двох антибіотиків зі зміною кожні 5–7 днів. Потім переводили хворих на таблетовані антибактеріальні засоби ще на тиждень. Середній ліжко-день у хворих із гнійною формою фуникуліту з диферентитом сягнув $19,1 \pm 2,3$.

В одного хворого ми спостерігали склерозувальний диферентит з фуникулітом після перенесеного гонорейного уретриту. Оперативне втручання – ревізія пахового каналу, поздовжня фуникулотомія та герніопластика за Кіршнером не дали бажаного результату. Лише місцево застосована розсмоктувальна і електрофізіотерапія дали поміркований ефект.

Усі хворі у задовільному стані виписані зі стаціонару.

ВИСНОВКИ

1. Гнійний фуникуліт та диферентит – важке запально-деструктивне ураження сім'яного канатика і його структур.
2. Гострий фуникуліт і диферентит – взаємопов'язані та взаємообтяжувальні процеси.
3. Зустрічаються рідкісні форми гнійного фуникуліту: при гангрені Фурньє, при флегмоні калитки та інші.
4. Антибіотикотерапія та фуникулотомія – «золотий стандарт» лікування хворих на гнійний фуникуліт.
5. Куксит сім'яних канатиків у хворих на гангрену Фурньє – особлива форма фуникуліту, що вимагає повторних оперативних втручань.

Acute funiculitis: Surgical aspects of problem O.B. Priyma

The paper analyzed the clinical course and treatment of 27 patients with acute funiculitis and differentitis. Of these, 10 persons with purulent form process, which was confirmed by puncture of the spermatic cord, were operated. Used funikulotomiya which of antibiotictherapy is the «gold standard» treatment of such patients. Analyzed rare form funikulitis: Furniye gangrene, with phlegmon of scrotum, sclerosing form of differentitis and funikulitis. All patients discharged in satisfactory condition at home.

Key words: secondary funiculitis , differentitis, kuksyt spermatic cord, purulent funiculitis , funikulotomiya , antibiotictherapy.

Сведения об авторах

Прийма О.Б. – Трускавецька городська лікарня, 82200, г. Трускавець, ул. Данилишиних, 62

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Т.В., Липова Е.В., К. Аджар Клинико-этиологические особенности течения уретритов у мужчин репродуктивного возраста. – Terra Medica. – 2011. – № 3–4. – С. 26–33.
2. Люлько О., Мінков Н., Цветков Д. Основи хірургічної андрології. – К.: Здоров'я, 1993. – 328 с.
3. Ришук С.В. Половые инфекции как основная причина ухудшения репродуктивного здоровья семейных пар. – Terra Medica. – 2013. – № 3. – С. 5–11.

4. Цулукидзе А.П. Очерки оперативной урологии. – Тбилиси: Изд-во .АН Грузинской ССР, 1959. – 285 с.
5. Abraham O. Wilensky and Saul S.Samuels.Acute deferentitis and funiculitis. – Annals of Surgery.1923 December; 78 (6). – P. 785–794.

Статья поступила в редакцию 27.02.2014