

УДК 616.672 – 002.4 – 08.036.8

© О. Б. ПРИЙМА, О. В. ІЛЬІН

Трускавецька міська лікарня

Роль і місце епідидимектомії в оперативному лікуванні хворих на гострий неспецифічний епідидиміт в пострепродуктивному періоді

O. B. PRYIMA, O. V. ILYIN

Truskavets Town Hospital

THE ROLE AND THE PLACE OF EPIDIDIMECTOMY IN OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE NON-SPECIFIC EPIDIDYMITIS IN POST-REPRODUCTIVE PERIOD

Гострий неспецифічний епідидиміт – доволі поширене захворювання в практиці уролога. Серед контингенту хворих урологічного стаціонару такі складають 4–8 % [4]. Значущість цієї нозології зумовлена як участю яєчка з придатком у забезпеченні репродуктивної функції людини, так і виробленням яєчком важливого метаболіту організму – тестостерону [5, 6]. Крім цього, особливо при двобічному ураженні придатка яєчка, процес може набути тяжкого перебігу, аж до септичного, а також ускладнитись фунікулітом [3].

Усе вищезгадане зобов'язує шукати радикальний оптимальний шлях лікування цих хворих. Слід розрізняти за походженням первинний гострий неспецифічний епідидиміт і вторинний, який часто супроводжує таке оперативне втручання, як відкрита аденомектомія, та має місце при тривалій в часі катетеризації сечового міхура [1, 2].

Загальновідомо, що серозний епідидиміт, який виявляється клінічно збільшенням у розмірах придатка яєчка і калитки на стороні ураження, підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр та зустрічається переважно в осіб молодого віку, дозволяє схилитися до консервативного лікування таких хворих [4, 6]. Лише виражене реактивне гідроцеле вимагає виконання послаблюючої операції за Бергманом [1, 7].

Разом з тим, фібринозне та гнійно-деструктивне запалення придатка, особливо з переходом процесу на яєчко, вимагає радикальнішої лікувальної тактики. Наявність гектичної гарячки з 2–3 епізодами пропасниці вимагає радикального оперативного розрішення процесу. Більшість урологів виконує декомпресію придатка при наявності поодиноких апостем і пластів фібрину на ньому шляхом епідидимотомії дрібними множинними розрізами

останнього. Але коли процес набуває деструктивного характеру – множинні зливні апостеми і виражені пласти фібрину, що огортають придаток та яєчко, виникає необхідність у виконанні гемікастрації чи епідидимектомії. Вибір способу втручання залежить від ряду чинників. Так, в осіб після 50-ти років виконують переважно видалення яєчка з придатком. Це радикальне вирішення проблеми дає виражений лікувальний ефект уже на 2-й день після втручання – нормалізується температура тіла хворого, зникає набряк калитки. Однак видалення яєчка, особливо при наявній супутній патології контралятерального яєчка, може привести до зниження рівня андрогенів у крові в організмі хворого [1, 4]. Тому більшість практичних урологів вкрай рідко застосовує гемікастрацію, лише при гнійному розплавленні яєчка [1].

Двобічний епідидиміт – доволі рідкісний процес, що трапляється в 1,5 % хворих, лікованих від епідидиміту, та відзначається тяжким перебігом [2, 7].

Епідидимектомію при гнійно-деструктивному епідидиміті виконують за С. В. Кишневым (1981), що є модифікацією субкапсулярної епідидимектомії за Васильевым. Відмінність від останньої полягає в проксимальному перев'язуванні сім'явиносної протоки з її пересіченням. Ця новація спрямована на запобігання ушкодженню нижнього полюса яєчка при виконанні епідидимектомії, коли із запального конгломерату важко виокремити сім'явиносну протоку від тканин нижнього полюса яєчка. Крім цього, запалення придатка доволі часто супроводжується диферентитом, що ускладнює роль хірурга [3].

Перевага епідидимектомії полягає, перш за все, в тому, що ліквідується джерело інфекції (деструктивно змінений придаток) та інтоксикації в

організмі. Виконання епідидимотомії (нанесення розрізів на придаток яєчка) приводить у подальшому до існування в організмі джерела “дрімаючої інфекції” і може спричинити рецидив процесу, що неодноразово спостерігає у своїй практиці кожен оперуючий хірург.

Звичайно, в осіб репродуктивного періоду, до 45 років, треба намагатися виконувати органозберігаючу операцію. Гемікастрацію слід застосовувати лише при гнійному розплавленні яєчка з придатком.

Щорічно в урологічному відділенні Трускавецької міської лікарні МОЗ України стаціонарно лікується близько 70 хворих на гострий епідидиміт, що складає 5 % серед контингенту стаціонарних хворих. Оперативне втручання виконується у 25–30 пацієнтів, що становить 43 % серед хворих на гострий епідидиміт, лікованих стаціонарно. Причому у 18–22 осіб із них застосовують операцію за Бергманом і епідидимотомію, а у 7–8 осіб – епідидимектомію, що складає близько чверті хворих на гострий епідидиміт, які перенесли оперативне втручання.

Серед контингенту хворих на гострий епідидиміт особи віком понад 45 років складають 75–80 %. Хворі з гнійно-деструктивним процесом становлять близько третини з них.

За останні 5 років у відділенні проліковано 342 хворих на гострий епідидиміт, причому 272 особи віком понад 45 років. Контингент лікованих хворих склали чоловіки віком від 19 до 87 років. Оперативне лікування застосовано у 148 пацієнтів. Серед них операція Бергмана – у 72 хворих, епідидимотомія – у 38 пацієнтів, епідидимектомія – у 41 хворого. Гемікастрація виконана у 4 пацієнтів. Середній ліжко-день у хворих на гнійно-деструктивний епідидиміт, лікованих із застосуванням епідидимектомії, склав 9–11 днів, що на 4–5 днів менше, ніж у лікованих за традиційною оперативною методикою.

Висновки. 1. Епідидимектомія – “золотий стандарт” лікування хворих на гнійно-деструктивний епідидиміт у пострепродуктивному періоді.

2. Оптимальним хірургічним способом для епідидимектомії є метод за Кишневым (1981), оскільки він запобігає ушкодженню нижнього полюса яєчка при оперативному втручанні.

3. Епідидимектомія дозволяє скоротити післяопераційний ліжко-день у хворих на гнійно-деструктивний епідидиміт із збереженням яєчка.

4. Скорочення ліжко-дня у вказаного контингенту хворих дозволяє скоротити витрати на матеріали і медикаменти.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бучуменский В. Б. Клинико-морфологические особенности, критерии диагностики и тактика хирургического лечения острых заболеваний органов мошонки : автореф. дисс. на соискание учёной степени канд. мед. наук / В. Б. Бучуменский. – К., 1990. – 23 с.
2. Люлько А. В. Воспалительные заболевания мочеполовых органов / А. В. Люлько, Т. Кадыров. – Душанбе : Ирфон, 1990. – 224 с.
3. Люлько А. Основы хирургической андрологии / А. Люль-

- ко, Н. Минков, Д. Цветков. – К. : Здоров’я, 1993. – 328 с.
4. Оперативное лечение острых эпидидимитов / С. Н. Калинина, А. И. Новиков, О. Л. Тиктинский, Н. О. Тиктинский // Андрология и сексуальная медицина. – 2009. – № 1–2. – С. 140–141.
5. Тиктинский О. Л. Заболевания половых органов у мужчин / О. Л. Тиктинский, И. Ф. Новиков, В. В. Михайленко. – Л. : Медицина, Ленинградское отделение, 1985. – 294 с.
6. Юнда И. Ф. Болезни мужских половых органов / И. Ф. Юнда. – 2-е изд. – К. : Здоров’я, 1989. – 247 с.

Отримано 08.12.11