

ГЛАВА 2

ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ

Острый эпидидимит — клинический синдром продолжительностью менее 6 нед., проявляющийся болью и воспалением придатка яичка на фоне увеличения его размеров. В некоторых случаях в воспалительный процесс наряду с придатком вовлекается и яичко, и тогда речь идет об эпидидимоорхите.

В структуре экстренных урологических заболеваний доля острого эпидидимита колеблется от 4,6 до 10,2%. Каждый четвертый мужчина на протяжении жизни переносит эпидидимит (Федорченко П.М. и др., 1983).

По результатам исследований 80-х годов прошлого столетия в США ежегодно регистрировалось 500–600 тыс. случаев острого эпидидимита (National Institutes of Health, 1981; Krieger J.N., 1984). Самыми частыми причинами острого эпидидимита признаны инфекции, передаваемые половым путем. Массовое распространение ВИЧ-инфекции и связанная с этим осведомленность населения о необходимости барьерной контрацепции не снизили заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем. В 90-х годах XX в., наоборот, число заболевших этими заболеваниями увеличилось. Причины этого — раннее начало половой жизни, позднее вступление в брак, большое число разводов.

Эпидидимит, вызванный передающимися половым путем микроорганизмами, как правило, наблюдается у сексуально активных мужчин в возрасте до 35 лет (Robinson A.J. et al., 1990). Уретрит, вызванный гонококковой или хламидийной инфекцией, становится впоследствии причиной развития эпидидимита. Установлено, что в развитых странах наиболее частым возбудителем острого эпидидимита у молодых мужчин является *Chlamydia trachomatis* (Berger R.E., 1991), в то время как в развивающихся странах преобладают острые эпидидимиты, вызванные *Neisseria gonorrhoeae* (Hoosen A.A. et al., 1993). Эпидидимиты, вызванные микроорганизмами семейства *Enterobacteriaceae*, редко наблюдаются в популяции мужчин моложе 35 лет, однако незащищенные аногенитальные сексуальные контакты повышают риск колибациллярных эпидидимитов. У мужчин старше 35 лет частыми возбудителями эпидидимита становятся микроорганизмы, обнаруживаемые в моче. Причиной эпидидимитов у мужчин старшей возрастной группы являются обструктивные заболевания нижних мочевых путей — стриктуры уретры, обструкция шейки мочевого пузыря, доброкачественная гиперплазия простаты. При этих заболеваниях неполное опорожнение мочевого пузыря, запороговое повышение давления в задней уретре во время мочеиспускания способствуют рефлюксу инфицированной мочи в семявыбрасывающий проток и развитию эпидидимита (рис. 2.1).

По данным R.E. Berger и соавт. (1978), у пациента старше 35 лет с острым эпидидимитом в моче, как правило, обнаруживается один из распространенных грамотрицательных патогенных микроорганизмов. Наиболее часто встречающимися микроорганизмами являются *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa* (Kashiwagi B. et al., 2000).

В детской популяции спектр патогенных микроорганизмов, ответственных за развитие острого эпидидимита, несколько отличается от такового у взрослых мужчин. Тем не менее инфекции, передающиеся половым путем,

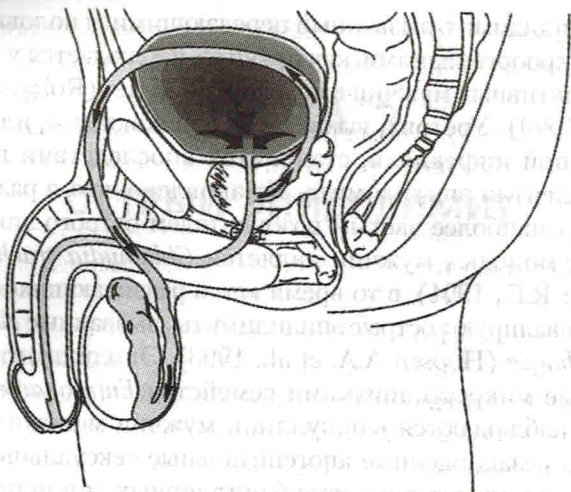


Рис. 2.1. Ретроканаликулярный путь проникновения инфекции в придаток яичка

у сексуально активных подростков также могут вызывать развитие острого воспаления в придатке яичка. Частыми микроорганизмами, вызывающими острый эпидидимит у мальчиков, являются *Escherichia coli* и *Haemophilus influenzae*.

Для детской популяции характерно два периода, в течение которых часто наблюдается эпидидимит (Likitnukul S. et al., 1987) — до 5 лет жизни и ранний пубертатный период. Причинами развития эпидидимита у детей до 5 лет являются аномалии развития мочеполовой системы (Merlini E. et al., 1997). Клапаны задней уретры, стриктуры и прочие аномалии могут стать причиной инфравезикальной обструкции, способствуя рефлюксу мочи в семявыбрасывающий проток. Патогенез развития эпидидимитов в данной возрастной группе аналогичен таковому у мужчин пожилого возраста. В других случаях в результате аномалий развития могут наблюдаться патологические сообщения между мочевыделительной, половой системой, а иногда и нижними отделами желудочно-кишечного тракта.

Основной причиной развития острого эпидидимита у мальчиков в ранний пубертатный период является гематогенный занос инфекции в придаток (Dairiki Shortliffe L.M., 1998). Аномалии развития в этом возрастном периоде встречаются редко, хотя уродинамические исследования в ряде случаев обнаруживают гиперактивность детрузора мочевого пузыря и детрузорно-сфинктерную диссинергию, что может способствовать развитию эпидидимита (Bukowski T.P. et al., 1995).

Инфекционный эпидидимит может также развиваться вследствие различных медицинских и хирургических вмешательств на мочевых путях, таких как интермиттирующая катетеризация мочевого пузыря (Perrouin-Verbe V. et al., 1995), постоянное трансуретральное дренирование, цистоскопия (Moss W.M., 1992), хирургические операции на предстательной железе (Fournier G. et al., 1995). Механизм развития острого эпидидимита, очевидно, связан с внедрением микробной флоры из инфицированных нижних мочевых путей в придаток. В этой группе эпидидимитов Н.А. Лопаткин и соавт. (1998) отдельное место отводят эпидидимиту, возникающему после аденомэктомии. Причина его развития заключается в травме семявыбрасывающих протоков и рефлюксе содержимого задней уретры с последующим инфицированием придатка яичка.

Посттравматический эпидидимит может развиваться после оперативных вмешательств на мошонке, однако чаще этот вид эпидидимита встречается после травмы мошонки, осложняя разрыв яичка, инфаркт тестикулярной паренхимы или интратестикулярную гематому.

Эпидидимит туберкулезной этиологии (McVie J.L. et al., 2000) достаточно редко встречается в развитых странах. В нашей стране, учитывая тенденцию к росту заболеваемости туберкулезом, урологу нельзя забывать о возможности микобактериальной этиологии воспаления придатка яичка. В придаток микобактерии проникают гематогенным и лимфогенным путем. Альтернативным вариантом проникновения микобактерий в придаток

является уриногенный путь, когда инфекция из пораженной туберкулезом почки проникает в предстательную железу, откуда ретроканаликулярно достигает придатка яичка (Lattimer J.K., 1983). О половом пути передачи туберкулеза сообщают J.S. Wolf Jr., J.W. McAninch (1991). Воспалительные изменения в первую очередь возникают в каудальной части придатка. Причиной этому служит богатое кровоснабжение хвоста придатка, а также анатомические особенности, благодаря которым именно каудальная часть придатка в первую очередь поражается ретроканаликулярно распространяющейся из уретропростатического комплекса микобактериальной инфекцией (Kim S.H., 1993).

Туберкулезный эпидидимит может возникнуть вследствие местной БЦЖ-терапии рака мочевого пузыря (Menke J.J., Heins J.R., 2000). Травматизация слизистой уретры во время катетеризации способна увеличить риск гематогенного распространения микобактерий.

Клинически туберкулезный эпидидимит может протекать как острая инфекция с интоксикацией, болевым синдромом и отеком придатка или как объемное образование, трудно дифференцируемое от неопластических процессов мошонки.

Классификация эпидидимитов и орхитов (Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В., 1999; Сагалов А.В., 2003).

По этиологическим факторам

I. Инфекционные:

1. Специфические:

- а) гонококковые;
- б) трихомонадные;
- в) туберкулезные;
- г) прочие.

2. Неспецифические:

- а) бактериальные;
- б) вирусные;
- в) микоплазменные;
- г) хламидийные.

II. Некротическо-инфекционные:

1. При перекруте и некротизировании гидатид.
2. Обусловленные неполным перекрутом яичка.

III. Гранулематозные (вызванные семенной гранулемой).

IV. Травматические:

1. Макротравматические.
2. Микротравматические.
3. Послеоперационные.
4. Постинструментальные.

V. Застойные (конгестивные).

VI. Аутоиммунные.

По характеру поражения

I. Изолированные или сочетанные (орхоэпидидимит).

II. Односторонние или двухсторонние.

По течению заболевания

I. Острые (серозные и гнойные).

II. Хронические.

III. Рецидивирующие.

П.М. Федорченко и соавт. (1983) выделяют три формы клинического течения острого эпидидимоорхита:

- 1) легкая — ограниченное, локальное, склонное к обратному развитию воспаление придатка и яичка, протекающее с неярко выраженной клинической симптоматикой;
- 2) среднетяжелая — воспалительное поражение придатка и яичка с выраженными общими и местными признаками заболевания, имеющее тенденцию к прогрессированию или торпидному течению;
- 3) тяжелая — тотальное гнойное поражение придатка и яичка, сопровождающееся значительным их увеличением, спаянием с кожей, выраженной гиперемией и цианозом кожи мошонки на стороне поражения, высокой температурой тела.

При обследовании больного с подозрением на острый эпидидимит необходимо собрать анамнез. Уролог, осматривающий пациента, должен выяснить анамнез заболева-