

-
10. Su H., Caldwell H.D. // Infect. Immun. – 1995. – V. 63. – P. 3302-3308.
11. Ward M.E. // Proc. 3-ed Meet Eur. Soc. Chlam. Res. – 11-14 Sept. 1996, Vienna, Austria. – 1996. – P. 58-62.

ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ

С.Е. Разина

Городская клиническая больница № 53, Москва

Острый эпидидимит – клинический синдром, продолжительностью менее 6 недель, включающий боль, отек и воспаление придатка яичка. Его следует дифференцировать с хроническим эпидидимитом, при котором боль в придатке и в самом яичке сохраняется длительно, но отек обычно не развивается.

Как правило, эпидидимит развивается вследствие распространения инфекции из уретры или мочевого пузыря. У мужчин до 35 лет бактериурия диагностируется в редких наблюдениях, у них чаще возникает уретрит, связанный с гонококковой или хламидийной инфекцией. Примерно у 2/3 гетеросексуальных мужчин до 35 лет с негонококковым эпидидимитом выявляется хламидийная инфекция [1].

Реже эпидидимит развивается при системных заболеваниях, таких, как туберкулез, бруцеллез, инфекция, вызванная *Cryptococcus*, и др. Обычно у таких больных отмечается снижение иммунологической реактивности организма [5].

Патогенез. На ранних стадиях эпидидимит представляет собой клеточное воспаление (целлюлит), которое начинается в семявыносящем протоке и спускается к нижнему полюсу придатка яичка [4].

В острой стадии воспалительного процесса придаток отечен и уплотнен, инфекция распространяется от нижнего полюса к верхнему. На срезе могут быть видны мелкие абсцессы. Влагалищная оболочка часто секретирует серозную жидкость (воспалительное гидроцеле), которая при прогрессировании патологического процесса может приобрести гнойный характер. Семенной канатик утолщается, яички увеличиваются вторично вследствие пассивного застоя, однако они нечасто вовлекаются в инфекционный процесс [2].

Клинические проявления острого эпидидимита. Пациенты с острым эпидидимитом часто предъявляют жалобы на сильную тупую боль в соответствующей половине мошонки с латеральной иррадиацией, нередко отмечаются лихорадка и озноб. На ранней стадии патологического процесса у больных можно пальпировать придаток семенника, при этом будет отмечаться болезненность в хвостовой части. По мере прогрессирования заболевания физикальное обследование позволяет выявить выраженный отек придатка и высокую чувствительность. При длительном течении заболевания воспалительный процесс может распространиться на яичко, провоцируя развитие эпидидимоорхита. В этом случае соответствующая половина мошонки при

пальпации будет теплой, гиперемированной и отечной, а при физикальном обследовании придаток яичка становится клинически не отделяемыми [2]. В течение нескольких дней от дебюта заболевания может развиваться гидроцеле, как вторичная реакция белочной оболочки на воспалительный процесс; семенной канатик может также быть болезненным при пальпации. Если при этом развивается абсцесс, то кожа может выглядеть истонченной, сухой и блестящей. У пациентов, ведущих активную половую жизнь, данную клиническую ситуацию часто сопровождают уретральные выделения. Положение мошонки выше уровня симфиза может облегчать симптомы заболевания. При исследовании мочи часто обнаруживается пиурия и (или) бактериурия, нередко в крови у больных отмечается лейкоцитоз. Культуральное исследование мочи играет важную роль в выборе тактики терапии.

Осложнения острого эпидидимита. Острый эпидидимит может протекать как тяжелый инфекционный процесс, и осложняется вследствие позднего выявления и диагностических ошибок. Тяжелый эпидидимит может осложняться абсцессом яичка. Иногда выявляется спаянность кожи мошонки с яичком. В подобной клинической ситуации будут выражены симптомы общей интоксикации: лихорадка, озноб, недомогание. Наличие абсцесса яичка может быть подтверждено ультразвуковым исследованием, и в случае, если консервативное лечение и дренаж не приносят результата, может быть показана орхэктомия.

Осложнениями тяжелого эпидидимита и абсцесса яичка могут быть ишемия и некроз яичка. Это происходит при вовлечении в воспалительный процесс семявыносящего протока. Возникающие в результате воспаления отек и относительная неэластичность волокон *m. cremaster* приводят к нарушению венозного оттока и впоследствии артериального кровоснабжения. Отсутствие своевременного и адекватного лечения может привести к потере яичка.

Диагностические критерии. При остром эпидидимите воспаление и отек начинаются обычно в хвосте протока придатка и затем распространяются на оставшуюся его часть, а также на яички. Отмечаются болезненность и увеличение семенного канатика. В случае, когда этиологическим агентом являются возбудители ИППП, от начала этой инфекции до вовлечения в патологический процесс придатка яичка может пройти длительный период. Так, примерно у половины пациентов при выявлении гонококкового эпидидимита выделения из уретры уже отсутствуют. Если больного обследуют немедленно после мочеиспускания, уретрит может быть не диагностирован, так как лейкоциты и бактерии могут вымываться из уретры с током мочи [5]. Гонококковая этиология эпидидимита обычно подтверждается при микроскопическом или культуральном исследовании клинического материала из уретры и средней порции мочи. Если в мазке обнаруживаются только нейтрофилы, это говорит о негонококковом уретрите, что обуславливает необходимость дополнительного обследования: примерно у 2/3 таких пациентов будет выявляться хламидийная инфекция.

Этапы диагностики:

- изучение анамнеза заболевания с оценкой субъективных и объективных симптомов и получением клинического материала для лабораторного исследования;
- микроскопические (с окраской по Граму) и культуральное исследование для идентификации *N. gonorrhoeae*;
- исключение хламидийной инфекции с помощью регламентированных методов идентификации *C. trachomatis* (культуральный, молекулярно-биологические методы);
- культуральное исследование средней порции мочи для идентификации грамотрицательной микрофлоры;
- физикальное и инструментальное обследование; исключить опухоль и перекрут яичка.

У подавляющего большинства пациентов с острым эпидидимитом имеют место воспалительные изменения отделяемого семенного пузырька с одноименной стороны. У значительного числа пациентов в возрасте до 40 лет выявляется *C. trachomatis* [3].

При трансректальной ультрасонографии у 90% больных острым эпидидимитом определяется расширение семенного пузырька с одноименной стороны, в то время как аналогичные изменения с контралатеральной стороны отмечаются менее чем у 25% пациентов [1].

Лечение острого эпидидимита. Лечение больных острым эпидидимитом включает антибактериальные препараты широкого спектра до получения результатов лабораторных исследований. После получения результатов и определения антибиотикочувствительности выделенных микроорганизмов можно внести соответствующие коррективы в тактику терапии. Полное разрешение клинических симптомов может отмечаться через несколько недель или даже месяцев после дебюта воспалительного процесса, в связи с этим антибиотикотерапия должна быть длительной.

Предлагается проводить лечение эпидидимита с учетом возраста больных и полового статуса.

Общие принципы лечения. Если пациент моложе 35 лет и у него имеется уретрит и предполагается наличие ИППП, то предпочтительно назначение препаратов из группы тетрациклинов (доксикалин), макролидов (азитромицин), некоторых фторхинолонов (офлоксацин, левофлоксацин). Обычно лечение проводится в течение 3 недель. В отношении *N. gonorrhoeae* «золотым стандартом» является цефтриаксон. Показано обследование и лечение половых партнеров.

У пациентов старше 35 лет, у которых культуральное исследование мочи выявило наличие бактерий или имеются симптомы поражения мочевыводящих органов или проводились эндоуретральные процедуры, при условии, что симптомы заболевания умеренной интенсивности, следует назначать ко-тримоксазол, или препараты из группы фторхинолонов. В последующем можно провести коррекцию в соответствии с антибиотикочувствительностью выделенной микрофлоры.

В ряде клинических ситуаций при орхиэпидидимите с успехом можно применять препараты из группы β -лактамов, в частности, амоксициллин, который обладает широким спектром антимикробной активности.

Симптоматическое лечение может включать введение в семенной канатик анестетиков (лидокаина или нестероидных противовоспалительных препаратов). Детей и пациентов, старшей возрастной группы с эпидидимитом следует направлять на эндоскопическое и рентгено-радиологическое обследование для исключения аномалий мочевыводящих путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Delavierre D. // Ann. Urol. (Paris). – 2003. – V. 37, № 6. – P. 322-338.
2. Kursh E.D., Ulchaker J.C. (ed) Office Urology. The Clinician's Guide. – New Jersey, 2001. – 530 p.
3. Melon J.K., Thorpe A.C. (ed). Synopses in Urology. – Oxford. – 1998. – 155 p.
4. Tanagho E.A., McAninch J.W. (ed). Smith's General Urology, 14th ed. – Norwalk, 1995. – 823 p.
5. Walsh P.C. (ed). Campbell's Urology. 8th ed. – Philadelphia, 2002. – V. 1. – 827 p.

УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ПОЛОВЫХ ПАР

С.В. Рищук, Д.Ф. Костючек А.Г., Бойцов, С.Н. Дробченко

Санкт-Петербургская ГМА им. И.И. Мечникова

ЗАО «Биоград», Санкт-Петербург

Причиной большинства урогенитальных заболеваний является *Chlamidia trachomatis*. Источником инфекции является больной с манифестной или латентной формой острого или хронического заболевания – как женщина, так и мужчина, а контактный механизм передачи реализуется половым путем, поэтому актуальными представляются одновременная диагностика и лечение урогенитального хламидиоза (УГХ) у половых партнеров.

Разработанный нами алгоритм диагностики УГХ у женщин и их партнеров в пределах половой пары основан на обнаружении специфических антител классов А и G (IgA, IgG) к *Chlamydia trachomatis*. Возбудитель хламидийной инфекции или его антигенные и нуклеиновые компоненты могут не выявляться в нижних половых путях. *Chlamydia trachomatis* поглощается периферическими моноцитами, распространяется и оседает в различных органах и тканях организма человека, сохраняясь там в течение длительного времени, что, как правило, приводит к развитию восходящей персистирующей формы инфекции, которая обуславливает хроническое течение болезни. При этом, время от времени, происходит высвобождение