

Some data on the prevalence of acute inflammatory diseases of the scrotum in Khorezm, Uzbekistan

Saraev M.¹, Artiqov T.², Kalandarova S.³ (Republic of Uzbekistan)

Некоторые данные о распространенности острых воспалительных заболеваний органов мошонки в области Хорезма Республики Узбекистан

Сапаев М. Г.¹, Артиков Т.К.², Каландарова Ш.Д.³ (Республика Узбекистан)

¹Сапаев Мухтор Гапуржонович / Saraev Mukhtor – уролог;

²Артиков Темура Кахраманович / Artiqov Temur – студент;

³Каландарова Шохиста Давронбековна / Kalandarova Shohista – студент,

Ташкентская Медицинская Академия Ургенчский филиал, г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: в статье анализируются: количество больных с острыми воспалительными заболеваниями органов мошонки составляет 5,8-8,2% в структуре урологической патологии. В 85% наблюдений возраст больных с гнойно-воспалительными заболеваниями яичка и его придатка колеблется в пределах 10-45 лет. В 2011-2013гг. в урологическом отделении Хорезмской ОЦЭМП находилось на лечении 280 больных с острым орхипидидимитом в возрасте от 5 до 82 лет. Оперативному лечению подверглось 249 больных.

Abstract: the article analyzes: the number of patients with acute inflammatory diseases of the scrotum is 5,8-8,2 % in the structure of urologic pathology . In 85 % of cases, the age of patients with purulent- inflammatory diseases of the testis and epididymis of its ranges of 10-45 years. In 2011-2013 years, the urology department of the Khorezm RSCOEM, it was on the treatment of 280 patients with acute orchiepididimite aged 5 to 82 years . Operative treatment was subjected to 249 patients.

Ключевые слова: анализ, медицина, заболевания, оперативная леченя.

Keywords: analysis, medical, disease, operative treatment.

Актуальность. Больные с острыми воспалительными заболеваниями органов мошонки составляет 5,8-8,2% в структуре урологической патологии. В 85% наблюдений возраст больных с гнойно-воспалительными заболеваниями яичка и его придатка колеблется в пределах 10-45 лет.

Наружное расположение яичек и придатков, их подверженность холоду и травматическим воздействиям является факторами, предрасполагающими к развитию в них гнойно-воспалительного процесса. К способствующим моментам следует отнести возможные аномалии: отсутствие гунтеровской связки, сообщающаяся водянка оболочек яичка, варикоцеле, а также грыжи. Особое значение в патогенезе орхипидидимита имеет своеобразный трубчатый и петлеобразный характер анатомического строения канальцевого аппарата яичка и придатка. Многочисленные перегородки, обуславливающие дольчатость органа, крипты, щели и петли семенного тракта, особенно при его атонии, нарушение кровообращения и лимфооттока являются ведущими звеньями патогенетической цепи гнойно-воспалительного процесса. Так как у значительной части больных развитие орхипидидимита протекает на фоне хронического уретрита, простатита, везикулита, важно учитывать возможность наряду с гематогенным вторичного, ретроградного инфицирования придатка и яичка, в том числе и случаев, связанных с ятрогенной травмой (катетеризация мочевого пузыря, бужирование уретры и пр.) [1,2,4].

Цель исследования. Изучение распространенности острых заболеваний мошонки среди населения Хорезмской области Республики Узбекистан

Материал и методы. В клинике острого эпидидимита на первый план выступают местные проявления и высокая температура. В соответствии с тяжестью указанной симптоматики мы выделяем 3 формы клинического течения острого орхипидидимита: легкое - ограниченное, склонное к регрессии; средней тяжести – гнойное поражение придатка и яичка с выраженными общими и местными признаками заболевания; тяжелое - тотальное поражение яичка и придатка.

Определяющим фактором в установлении клинических форм острого орхипидидимита является оценка возможности регрессии острого воспалительного процесса или его неуклонное прогрессирование.

Считаем, что больные с легкой формой острого орхипидидимита подлежат консервативному лечению и лишь в отдельных случаях больных следует оперировать. При средней тяжести течения заболевания большинство больных подлежат оперативному лечению. Больных с тяжелой формой острого орхипидидимита следует оперировать немедленно, при этом шансы на сохранение яичка и его придатка увеличивается.

Результаты и их обсуждение. 2011-2013гг. в урологическом отделении Хорезмской ОЦЭМП находилось на лечении 280 больных с острым орхипидидимитом в возрасте от 5 до 82 лет. Оперативному лечению подверглось 249 больных.

У 205 из них ограничились вскрытием и дренированием оболочек яичка, локальных гнойников, рассечением спаек, сдавливающих семенной канатик.

Из 44 больных (преимущественно при поздней госпитализации) тотальная орхифуникулэктомия выполнена у 19, резекция хвостового отдела придатка – у 10, эпидидимэктомия – у 15 больных.

Показанием к орхифуникулэктомии были гангрена яичка с придатком и гнойное расплавление.

У 31 больных при легком течении острого орхипидидимита проведено консервативное лечение с блокадой семенного канатика по Лорин-Эпштейну.

Все 280 больных выписаны из стационара через 2-5 дней.

Выводы. Таким образом, своевременная диагностика острого орхипидидимита, срочная госпитализация и расширение показаний к раннему оперативному лечению является основным условием быстрого выздоровления и реабилитации больных.

Литература

1. Заболевания органов мошонки. Современные методы диагностики и лечения Под ред. Ю. Г. Аляева. — М. 2012. — 224 с.
2. Национальное руководство по урологии / Под ред. Н. А. Лопаткина. 2009. — 1024 с.
3. Практическая урология. Руководство для врачей / Под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. 2012. — 352 с.
4. *Аль Шукри С.Х., Ткачук В.Н* Урология. 2013.-320 с.