

Прохоров А.В.

Редкий случай абсцесса срединного шва полового члена

Городская клиническая больница № 57, лечебно-диагностическое подразделение № 1, г. Москва

Prokhorov A.V.

A rare case of abscess of the median raphe of the penis

Резюме

В представленной публикации приводится описание редкого наблюдения абсцесса срединного шва полового члена трихомониазной этиологии, успешно вылеченного консервативными мерами. Обсуждаются этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение и прогноз заболевания на основании углубленного анализа литературы. Впервые с дифференциально-диагностической целью, а также для уточнения стадии заболевания и тактики лечения абсцесса срединного шва полового члена применено высокоразрешающее ультразвуковое исследование полового члена.

Ключевые слова: абсцесс срединного шва полового члена, диагностика, лечение

Summary

In this article a rare case of abscess of the median raphe of the penis trichomoniasis etiology successfully treated by conservative measures is described. The etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment and prognosis of the disease are discussed on the basis of detailed analysis of literature. For the first time since differential diagnostic purposes, and also to clarify the stage of disease and treatment strategy of abscess of the median raphe of the penis applied high-resolution ultrasound examination of the penis.

Key words: abscess of the median raphe of the penis, diagnosis, treatment

Краткие анатомо-эмбриологические сведения

Срединный шов полового члена (raphe penis) располагается на коже нижнезадней (уретральной) поверхности полового члена по средней линии. Он продолжается сзади на мошонку и промежность в виде срединного шва мошонки (raphe scrotum) и промежности (raphe perineum), а спереди - образует срединную складку (уздечку) крайней плоти, посредством которой она прикрепляется к головке. Срединный шов полового члена образуется при формировании уретры на 3-м месяце эмбриогенеза в результате слияния уретральных складок, являющихся производными половых валиков, из которых развиваются наружные половые органы [1, 2].

Введение

Абсцесс срединного шва полового члена относится к недостаточно изученным заболеваниям с не совсем ясным патогенезом. По данным PubMed, публикации, посвященные этому заболеванию, немногочисленны и представлены, преимущественно, зарубежными источниками в виде описания единичных наблюдений.

В дерматовенерологической практике среди воспалительных заболеваний полового члена абсцесс срединного шва полового члена встречается крайне редко и яв-

ляется, как правило, осложнением гонореи [3 - 5]. Ввиду редкости это заболевание малоизвестно не только специалистам - дерматологам и венерологам, но и широкому кругу врачей-клиницистов (урологов, андрологов, хирургов, семейных врачей), к которым может обратиться за помощью пациент с абсцессом срединного шва полового члена. Во многих отечественных и зарубежных руководствах по дерматовенерологии, урологии, андрологии и хирургии абсцесс срединного шва полового члена, как отдельная нозология, не рассматривается и даже не упоминается. В связи с этим каждый случай этого заболевания представляет научный и практический интерес.

Цель работы: презентация редкого наблюдения абсцесса срединного шва полового члена трихомониазной этиологии и анализ данных литературы, касающихся вопросов этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, лечения и прогноза этого заболевания.

Материалы и методы

Впервые заболевание подробно изучено английским дерматовенерологом Бернфельдом (W.K. Bernfeld), который на страницах британского журнала венерических заболеваний в 1961 году опубликовал результаты систематического анализа 100 случаев абсцесса срединного шва полового члена, описанных в литературе с 1889 года,

включая одно собственное наблюдение [6]. В дальнейшем, с 1961 года по настоящее время, в доступной литературе удалось найти описание еще 10 случаев этого заболевания [3 - 5, 7 - 10]. Таким образом, количество наблюдений абсцесса срединного шва полового члена, приведенных в литературе с 1889 года, составляет на сегодняшний день 110 случаев. В доступных для анализа наблюдениях абсцесса срединного шва полового члена все пациенты были молодого возраста: от 16 до 33 лет (в среднем, $25,6 \pm 7$ лет). Среди 110 случаев абсцесса срединного шва полового члена был осложнением гонореи в 104 (95%) и трихомониаза – в 3 (2,5%), неизвестной этиологии – в 3 (2,5%). Абсцесс срединного шва полового члена в 77 (70%) случаев локализовался строго по средней линии полового члена, в остальных – 33 (30%) – парамедианно (рядом со швом полового члена). В 102 (93%) случаях наблюдалось изолированное поражение срединного шва тела полового члена, в 3 (2,5%) - изолированное поражение срединного шва мошонки и в 5 (4,5%) - сочетанная локализация абсцессов срединного шва полового члена и мошонки [3 - 10].

Механизм развития абсцесса срединного шва полового члена до конца не изучен. Обсуждается дисэмбриогенетическая природа заболевания [3, 6, 8, 9]. Предполагается, что в результате неполного слияния дистальных отделов пенильной уретры в период эмбриогенеза, возможно развитие скрытых сплит-дефектов (мальформаций) полового члена в виде образования резидуальных подкожных микросинусов или каналов, локализующихся вдоль срединного шва полового члена [3, 8]. Следует заметить, что такие вентральные сплит-дефекты наружных половых органов могут локализоваться по средней линии тела на любом уровне: от наружного отверстия уретры до ануса, но чаще всего - в пеноскrotальной области вдоль срединного шва полового члена и мошонки и являются одним из частных проявлений аномалий срединной линии тела, таких как расщелины верхней губы («заячья губа») и неба («волчья пасть»), расщепление грудины, комбинированный сплит-дефект передней брюшной стенки, симфиза, лобковых костей и передней стенки мочевого пузыря (экстрофия мочевого пузыря), развивающихся в результате нарушения слияния парных эмбриологических зачатков тела по средней линии тела на различных уровнях (от ротового отверстия до ануса) [1, 2, 3, 9]. Некоторые авторы рассматривают микросинусы срединного шва полового члена как разновидность парауретральных желез (желез Литтре), утративших связь с уретрой, или как изолированное скопление клеток кожного или уретрального эпителия, эктопированных в шов полового члена [1, 3]. Микросинусы могут быть выстланы различными типами эпителия (плоским, переходным, сквамозным, цилиндрическим, железистым) и прямого сообщения с уретрой не имеют [3, 6, 11, 12]. При наличии клеток железистого эпителия в стенке синусов они могут быть источником развития медианных слизеобразующих кист полового члена, сообщающихся (в виде точечного наружного свища) или несообщающихся с кожей срединного шва полового члена [11, 12].

Мальформации срединного шва полового члена в виде таких микросинусов или кист встречаются крайне редко и обычно протекают латентно, клинически себя ничем не проявляя [3 5, 11, 12]. По данным В. Ottow (1930) они были обнаружены при аутопсии лишь у 3 (0,6%) из 500 новорожденных [6]. Клиническое значение мальформаций срединного шва полового члена обнаруживается лишь при присоединении урогенитальной инфекции, вследствие микротравм кожи срединного шва полового члена при незащищенных гетеро- и гомосексуальных контактах. Предполагается, что нагноение этих синусов и кист при половых инфекциях лежит в основе развития абсцесса срединного шва полового члена, который служит поводом для обращения пациента к врачу (дерматовенерологу, урологу, андрологу) [11, 12]. Подтверждением этому служит тот факт, что среди пациентов с абсцессом срединного шва полового члена при гистологическом исследовании стенок абсцесса подкожные синусы или каналы, выстланные переходным (уретральным) эпителием, были обнаружены в 28 (72%) из 39 случаев [3- 8].

Среди клинических особенностей абсцесса срединного шва полового члена можно выделить следующие: типичная локализация абсцесса (вдоль срединного шва полового члена или парамедианно, в дистальной 1/3 тела полового члена - около головки); отсутствие признаков уретрита на момент осмотра и урогенитальной инфекции в анамнезе (в 2/3 случаев); наличие причинной связи заболевания с незащищенными случайными сексуальными связями; стертая клиническая картина в виде припухлости полового члена при отсутствии гиперемии, боли и системной воспалительной реакции; наличие наружного гнойного свища по ходу шва полового члена (в 1/3 случаев) [3 - 10].

Диагностика абсцесса срединного шва полового члена, как правило, визуальная и ввиду характерной клинической картины обычно не представляет затруднений [3]. В некоторых случаях проводят дифференциальную диагностику с дивертикулом уретры, дермоидной кистой и опухолью полового члена, абсцессом парауретральных желез и кавернозных тел полового члена [3, 5, 7, 8]. С этой целью применяют восходящую уретрографию, фистулографию, диагностическую пункцию или эксплоративную операцию [3, 8 - 10].

Лечение абсцесса срединного шва полового члена в 2/3 случаев - хирургическое (вскрытие и дренирование гнойника с обязательным иссечением капсулы абсцесса), в 1/3 случаев возможно излечение с применением консервативных мер – антибактериального и противовоспалительного лечения [3 - 5]. Прогноз заболевания – благоприятный. Летальные случаи, деформация полового члена, свищи уретры и рецидивы заболевания не описаны [3, 6].

Наша клиника располагает одним таким наблюдением абсцесса срединного шва полового члена трихомониазной этиологии, успешно вылеченного консервативными мерами. Приводим описание этого наблюдения.

Результаты и обсуждение

Пациент В., 23 года (№ ист. б-ни 00156/11) поступил в урологическую клинику в срочном порядке с направлятельным диагнозом «абсцесс полового члена». Предъявляет жалобы на болезненность и припухлость полового члена, гипертермию до 37,5° С. Анамнез заболевания: 3 дня назад отметил появление отека полового члена, гипертермию до 37,3 – 37,5 ° С, с ознобами. Местное симптоматическое лечение различными компрессами и мазями было без эффекта, отек полового члена постепенно нарастал. После осмотра хирургом поликлиники был направлен в урологический стационар с указанным выше диагнозом. Венерологический анамнез: Не женат, ведет нерегулярную половую жизнь с различными гетеросексуальными партнерами. 2,5 месяца назад перенес трихомонадный уретрит (прошел лечение у одного частнопрактикующего врача-дерматовенеролога с удовлетворительным результатом). 10 дней назад имел незащищенный случайный сексуальный контакт, наличие выделений из мочеиспускательного канала отрицает. При поступлении: общее состояние средней тяжести, ближе к удовлетворительному. Температура тела 37,3° С. Со стороны внутренних систем и органов патологических изменений не выявлено. АД – 115/65 мм. рт. ст. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. Мочеиспускание несколько затруднено, безболезненное, струя мочи вялая. Наружные половые органы развиты правильно, тазовые железы и органы мошонки не изменены, патологических выделений из уретры не выявлено, при пальцевом ректальном исследовании изменений со стороны куперовых желез, предстательной железы и семенных пузырьков не обнаружено. Местный статус: кожа полового члена умеренно отечная, гиперемизированная; наблюдается асимметричное левостороннее увеличение тела полового члена около



Рис. 1. Больной В., 23 г. Абсцесс срединного шва полового члена. Типичная локализация абсцесса – около головки, по средней линии вентральной поверхности тела полового члена

головки в средней трети вдоль срединного шва полового члена (рис. 1). При пальпации полового члена отмечаются местная гипертермия и умеренная болезненность. Флюктуации в зоне выбухания тела полового члена не выявлено. Пальпируются увеличенные и болезненные паховые лимфоузлы слева. Анализ крови при поступлении: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – 4,5*10¹²/л, лейкоциты крови – 7*10⁹/л, палочкоядерные лейкоциты – 4%, умеренная лимфомоноцитопения (лимфоциты – 17%, моноциты – 3%), повышение СОЭ до 33 мм/час. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л. В биохимическом анализе крови и анализе мочи отклонений от нормы не выявлено. Тесты на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис – отрицательные. При микроскопическом исследовании мазка из ладьевидной ямки уретры обнаружена влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*). При высокоразрешающем ультразвуковом исследовании (УЗИ) полового члена линейным датчиком 7 – 16 МГц по вентральной поверхности тела полового члена обнаружено неоднородное подкожное образование 35 x 22 x 42 мм (10см3) инфильтративного характера, не имеющее четких контуров (рис. 2, 3). Образование ограничено кожей и поверхностной фасцией полового члена (фасцией Коллеса), с одной стороны, и спонгиозным телом полового члена, с другой стороны. Оно сдавливает и деформирует спонгиозное тело полового члена и уретру, кавернозные тела

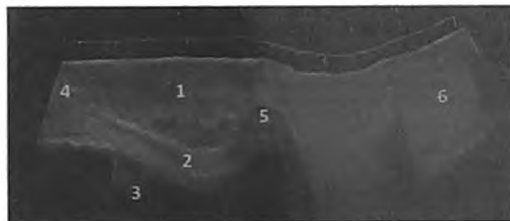


Рис. 2. Панорамное УЗИ полового члена и мошонки.

1 - формирующийся абсцесс срединного шва полового члена, 2 – спонгиозное тело полового члена с уретрой, 3 – кавернозное тело полового члена, 4 – головка полового члена, 5 – пенискоротальный угол, 6 - яичко



Рис. 3. Прицельная эхограмма абсцесса срединного шва полового члена. Продольная проекция. 1 – спонгиозное тело полового члена с уретрой, 2 – кавернозное тело полового члена, астериксы – формирующийся абсцесс



Рис. 4. Допплерангиография полового члена. Продольная проекция. Усиление перифокального сосудистого рисунка при формирующемся абсцессе срединного шва полового члена



Рис. 5. Восходящая уретрограмма при абсцессе срединного шва полового члена. Девияция пенильной уретры, обусловленная абсцессом (стрелка)



Рис. 6. УЗИ полового члена. 5-е сутки лечения абсцесса срединного шва полового члена. Стадия разрешения абсцесса. 1 – зона локализации бывшего абсцесса, 2 – спонгиозное тело полового члена с уретрой



Рис. 7. Допплерангиография полового члена. 5-е сутки лечения абсцесса срединного шва полового члена. Стадия разрешения абсцесса. Восстановление нормального сосудистого рисунка спонгиозного тела полового члена и уретры

полового члена не изменены. При доплерангиографии перифокальный сосудистый рисунок вокруг образования полового члена деформирован и резко усилен (рис. 4). Поверхностные паховые лимфоузлы с обеих сторон увеличены в размерах, кортико-медуллярная дифференцировка лимфоузлов не нарушена, отмечается выраженная интранодулярная гиперваскуляризация без деформации сосудистого рисунка. Таким образом, на основании клинико-эхографического обследования был установлен предположительный диагноз: формирующийся абсцесс срединного шва полового члена трихомонадной этиологии, двусторонний реактивный паховый лимфаденит. Для исключения нагноившегося дивертикула уретры и абсцесса парауретральных желез выполнена восходящая уретрография с 76% раствором урографина в количестве 20 мл по стандартной методике. На восходящей уретрограмме патологических изменений уретры не выявлено, за исключением более выраженной, чем в норме, девиации пенильного отдела уретры, обусловленной вероятно абсцессом (рис. 5). Начато лечение метронидазолом 500 мг x 3 раза в/в, ампиоксом 500 мг x 3 раза в/в, местно – холод, покой. На фоне терапии отмечено полное разрешение формирующегося абсцесса срединного шва полового члена в течение 7 дней от начала лечения. Мочеиспускание нормализовалось. При контрольном УЗИ на 5-е сутки лечения отмечено восстановление нормальной эхострук-

туры и сосудистого рисунка мягких тканей полового члена (рис. 6, 7). Пациент выписан из стационара на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения в условиях кожно-венерологического диспансера. При контрольном обследовании через 3 месяца жалоб не предъявляет, эрекция не нарушена, деформации полового члена не обнаружено.

Обсуждение случая. Частота абсцесса срединного шва полового члена в нашей клинике за 20-летний период (с 1995 года по 2015 год) составила 0,15% всех острых заболеваний полового члена (таких как травма, приапизм, парафимоз) или 1 случай абсцесса срединного шва полового члена на каждые 20000 УЗИ наружных половых органов. Развитие абсцесса срединного шва полового члена, вероятно, возникло вследствие инфицирования шва полового члена при незащищенном половом контакте с партнершей-носителем влагалищной трихомонады. Локализация абсцесса - типичная (по ходу срединного шва тела полового члена на уретральной стороне вблизи головки полового члена). Признаков уретрита на момент поступления не было. Течение формирующегося абсцесса было клинически стертым, что, как уже отмечалось, свойственно этому заболеванию и всем воспалительным процессам трихомонадной этиологии [7, 13]. Гнойник не имел наружного свищевого сообщения с кожей. На фоне этиотропного лечения метронидазолом был достиг-

нут быстрый регресс заболевания с полным выздоровлением без применения активной хирургической тактики. Из лучевых методов с дифференциально-диагностической целью были применены восходящая уретрография и УЗИ высокого разрешения. Благодаря восходящей уретрографии были исключены дивертикул уретры и парауретральный абсцесс, сообщающийся с уретрой. Высокорастворимое УЗИ позволило нам исключить опухоль и абсцесс кавернозных тел полового члена, подтвердить наличие абсцесса срединного шва полового члена, определить степень его зрелости и границы распространения, уточнить тактику лечения и оценить эффективность проводимой терапии. Это первое применение УЗИ при диагностике абсцессе срединного шва полового члена, подобных наблюдений в доступной литературе встретить не удалось.

Заключение

В клинической практике абсцесс срединного шва полового члена встречается крайне редко. В настоящее время в доступной литературе описано всего 110 случаев этого заболевания, преимущественно, гонорейной этиологии. Механизм развития заболевания до конца не изучен. Предполагается инфицирование врожденного сплит-дефекта пенильной уретры в виде резидуального синуса (кисты), расположенного подкожно вдоль срединного шва полового члена, при незащищенном сексуальном контакте с

носителем половых инфекций с развитием абсцесса полового члена. К особенностям клинической картины абсцесса срединного шва полового члена относятся характерная локализация абсцесса, стертый характер заболевания, отсутствие признаков уретрита. Диагностика заболевания основывается на типичной локализации гнойника, данных физикального и микробиологического обследования. С дифференциально-диагностической целью применяются восходящая уретрография и высокоразрешающее УЗИ полового члена. Восходящая уретрография позволяет исключить дивертикул уретры и парауретральный абсцесс, сообщающийся с уретрой. Для исключения опухоли или абсцесса кавернозных тел полового члена, для уточнения стадии, границ распространения гнойника и определения тактики лечения при абсцессе срединного шва полового члена показано применение УЗИ высокого разрешения (свыше 7 МГц). Лечение заболевания, как правило, хирургическое. Прогноз заболевания - благоприятный. ■

Прохоров А.В., Городская клиническая больница № 57, лечебно-диагностическое подразделение № 1, заведующий отделением ультразвуковой диагностики, кандидат медицинских наук, Москва, Автор, ответственный за переписку - Прохоров Андрей Владимирович, домашний адрес: 105037, Москва, 3-я Парковая ул., дом 37, кв. 5; botex@rambler.ru, +7(916)847-69-40

Литература:

1. Гайворонский И.В., Ничиторук Г.И. *Анатомия органов мочеполовой системы. Учебное пособие.* СПб.: ЭЛБИ – СПб; 2006. 80с.
2. Быков В.Л. *Частная гистология человека (краткий обзорный курс).* 2-е изд. СПб.: СОТИС; 1997. 300с.
3. Кащенко В.Б., Синица В.И. *Случай гонорейного абсцесса полового члена. Вестн. Дерматол. Венерол.* 1981; 7: 71-2.
4. Clifford G.R., Krieger J.N., Rein M.F. *Gonococcal infection of the median penile raphe. J. Urol.* 1983; 130 (1): 138-9.
5. Ramon Quiles D., Betlloch Mas J., Jimenez Martinez A., et al. *Gonococcal infection of the penile median raphe. Int. J. Dermatol.* 1987; 26 (4): 242-3.
6. Bernfeld W.K. *Gonorrhoea in the median raphe of the penis. Case report and a survey of the literature. Brit. J. vener. Dis.* 1961; 37: 210-3.
7. Pavithran K. *Trichomonal abscess of the median raphe of the penis. Int. J. Dermatol.* 1993; 32 (11): 820-1.
8. Johnston H.D., Thin R.N.T. *Disease of the median raphe of the penis. Report of two cases. Brit. J. vener. Dis.* 1973; 49: 467-8.
9. Sowmini C.N., Vijayalakshmi K., Chellamuthian C., Minakshi Sundaram S. *Infections of the median raphe of the penis. Report of three cases. Brit. J. vener. Dis.* 1972; 49: 469-74.
10. Soendjojo A., Pindha S. *Trichomonas vaginalis infection of the median raphe of the penis. Sex. Transm. Dis.* 1981; 8 (4): 255-7.
11. Shao I.H., Chen T.D., Shao H.T., Chen H.W. *Male median raphe cysts: serial retrospective analysis and histopathological classification. Diagn. Pathol.* 2012; 7: 121-6.
12. Cardoso R., Freitas J.D., Reis J.P., Telechea O. *Median raphe cyst of the penis. Dermatol. Online J.* 2005; 11 (3): 37.
13. Калинина С.Н. *Воспалительные заболевания добавочных половых желез у мужчин, обусловленные урогенитальной скрытой инфекцией и осложненные бесплодием: дисс. ... д-ра мед. наук.* СПб; 2003. 531с.