

Клінічний випадок абсцесу статевого члена після інтракавернозної ін'єкції вазоактивного препарату

Р. В. Савчук¹, П. В. Аксьонов², М. Г. Романюк², С. В. Возіанова³, К. Р. Нуріманов²

¹Одеський національний медичний університет

²ДУ «Інститут урології ім. акад. О. Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ

³Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

У статті наведено клінічний випадок післяін'єкційного абсцесу статевого члена, що виник після самостійного інтракавернозного введення пацієнтом алпростадилу.

Пацієнт віком 49 років звернувся по медичну допомогу через 1 місяць після інтракавернозного введення вазоактивного препарату. Хворий був обстежений та успішно прооперований. Діагностика післяін'єкційного абсцесу статевого члена включала повне клінічне та лабораторне обстеження, диференційну діагностику з іншими захворюваннями, ультрасонографію та магнітно-резонансну томографію статевого члена. Проведене лікування включало хірургічне дренування абсцесу, антибактеріальну терапію та антисептичну обробку післяопераційної рани.

Ключові слова: абсцес статевого члена, інтракавернозні ін'єкції.

Clinical case of penis abscess after intracavernosal vasoactive drug injection

R. V. Savchuk, P. V. Aksonov, M. G. Romaniuk, S. V. Vozianova, K. R. Nurimanov

The article shows the clinical case of post-injection abscess of the penis after intracavernosal self-injection of Alprostadil by the patient.

A 49-year-old patient called for help in 1 month after intracavernosal administration of a vasoactive drug. Patient was examined and surgery was performed successfully. Diagnostics of post-injection abscess of the penis included clinical and laboratory analyses, exclusion of other diagnoses, ultrasound and magnetic resonance imaging of the penis. Treatment was carried out – surgical drainage of the abscess, antibacterial therapy, and postoperative wound care.

Keywords: penile abscess, intracavernous injections.

Абсцес статевого члена є відносно рідкісною патологією в практиці лікаря-уролога. Зазвичай клінічними проявами захворювання є біль, набряк статевого члена та лихоманка. Найчастіше причиною абсцесу є ускладнення після травми статевого члена, ін'єкційної терапії при еректильній дисфункції (ЕД), наслідки хірургічних втручань на статевому члені, ускладнення після кавернозографії, введення чужорідних тіл, нетипові прояви туберкульозу та гонореї. Можливі також випадки ідіопатичних абсцесів [1].

Застосування інтракавернозної ін'єкції вазоактивного препарату для лікування ЕД вперше було запропоновано R. Virag у 1982 р. [2]. Сьогодні інтракавернозні ін'єкції залишаються важливим інструментом у лікуванні ЕД, навіть після успішного впровадження в практику інгібіторів фосфодієстерази 5-го типу. Американська урологічна асоціація (American Urological Association) та Європейська асоціація урологів (European Association of Urology) рекомендують інтракавернозні ін'єкції як терапію другої лінії при лікуванні ЕД [3].

Лікування абсцесу статевого члена проводять за допомогою хірургічного розрізу і дренування в поєднанні з антибіотикотерапією. Також відома методика коаксальної аспірації / промивання під контролем ультрасонографії в поєднанні із застосуванням системних антибіотиків [1].

Опис клінічного випадку

У 2025 р. по спеціалізовану медичну допомогу до клініки відділу сексопатології та андрології ДУ «Інсти-

тут урології ім. акад. О. Ф. Возіанова НАМН України» звернувся хворий Б., віком 49 років. Пацієнт скаржився на підвищення температури тіла до 38,3 °С, наявність болісного утворення великих розмірів у ділянці кореня статевого члена.

Анамнез хвороби. Хворим вважав себе впродовж останнього місяця після самостійного інтракавернозного введення алпростадилу з метою ситуативного покращення якості ерекції. На другий день після ін'єкції з'явилися болісність у ділянці введення та невелике кулясте утворення біля кореня статевого члена, якому пацієнт не надав значення. Утворення поступово збільшувалося, посилювався біль у цій ділянці, при цьому підвищення температури тіла не фіксувалося.

Хворий був проконсультований амбулаторно за місцем проживання, де йому призначили антибактеріальну терапію. Попри лікування, вираженість набряку та болю в статевому члені поступово збільшувалася. За останній тиждень перед госпіталізацією стан хворого значно погіршився, а саме: утворення в місці ін'єкції збільшилося, значно посилювався біль, а за останню добу перед зверненням підвищилася температура тіла до 38,3 °С.

Анамнез життя. Пацієнт має ішемічну хворобу серця. За рекомендаціями кардіолога, після коронарного стентування протягом 6 міс. приймав клопідогрель (75 мг 1 раз на добу) та ацетилсаліцилову кислоту (75 мг 1 раз на добу). За 5 днів до госпіталізації скасував прийом цих препаратів.

Туберкульоз, вірусний гепатит, венеричні захворювання, цукровий діабет (ЦД), онкозахворювання пацієнт заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Status praesens obiectivus: під час огляду загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості, зумовлений лихоманкою (38,3 °C) та вираженим больовим синдромом у ділянці статевого члена. Свідомість ясна, симптомів порушення психіки не виявлено. Менінгеальні симптоми, вогнищева неврологічна симптоматика, тремор, судоми – відсутні.

Положення в ліжку – активне. Будова тіла – нормостенічна. Шкіра – звичайного тілесного кольору та вологості. Пролежнів, висипання немає. Слизові оболонки рожеві. Підшкірна клітковина розвинена задовільно. Ознак варикозного розширення вен, хронічного тромбофлебиту, трофічних змін на нижніх кінцівках немає. Грудна клітка – без особливостей. Перкуторний звук – ясний. Рухомість легеневих країв нормальна. Частота дихання – 12 за 1 хв. При аускультатії – дихання везикулярне, хрипів, крепітації, шуму тертя плеври немає. Видимої пульсації артерій і вен немає. Верхівковий поштовх – нормальний, незміщений. Границі серця нерозширені. При аускультатії – тони серця чисті, гучні; ритм серця правильний, шумів серця немає. Пульс – 80 уд/хв, задовільний, напружений. Артеріальний тиск – 140/90 мм рт. ст.

Язик – вологий, чистий. Зів – нормальний, без нальоту. Мигдалики не збільшені. Живіт – звичайної форми, симетричний, бере участь в акті дихання рівномірно, м'який, безболісний. Печінка – не збільшена, край м'який, безболісний. Жовчний міхур і селезінка не пальпуються. Кишкова перистальтика – вислуховується. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається, притуплення перкуторного звуку у фланках немає. Симптоми подразнення очеревини – негативні. Відрізки кишечника – без особливостей. При пальцевому дослідженні прямої кишки патології не виявлено. Акт дефекації – нормальний, безболісний. Сечовипускання – вільне, безболісне. Нирки та сечовий міхур не пальпуються. Симптом Пастернацького – негативний.

Status localis: зовнішні статеві органи розвинені правильно, в ділянці кореня статевого члена пальпується флюктууюче утворення діаметром приблизно 10 × 10 см, не спаяне з кавернозними тілами статевого члена, різко болісне при пальпації.

Дані лабораторного обстеження

Пацієнт двічі обстежений на інфекції, що передаються статевим шляхом. Зокрема, методом полімеразної ланцюгової реакції у матеріалі зішкрібу з уретри та першій порції сечі не виявлено ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma* spp. Експрес-діагностичні тести на наявність сифілісу та вірусу імунодефіциту людини 1/2 також двічі були негативними.

Загальний аналіз крові: лейкоцити – $16,3 \times 10^9$ /л, гемоглобін – 140 г/л, еритроцити – $4,39 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 39,1%, тромбоцити – 269×10^9 /л, швидкість осідання еритроцитів – 22 мм/год.

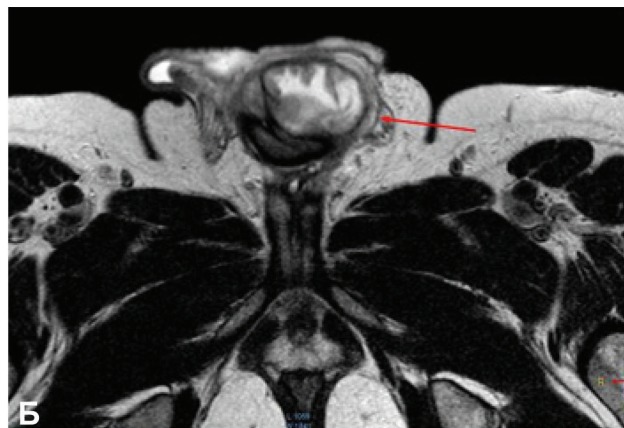
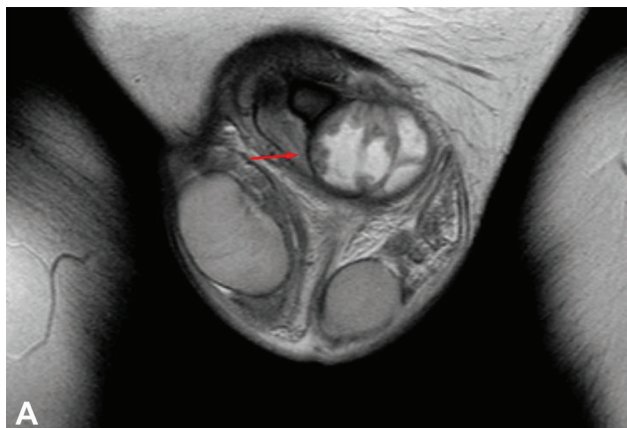
Загальний аналіз сечі, коагулограма, біохімічні показники крові, електрокардіографія – без особливостей.

За даними ультрасонографії: по лівому контуру статевого члена в ділянці м'яких тканин – гіпоехогенна ділянка з включеннями різної ехогенності діаметром 50 × 48 мм. Ультразвукові ознаки абсцесу м'яких тканин статевого члена.

За даними магнітно-резонансної томографії (МРТ) (рисунк А, Б) – пеніс прикритий жировою складкою, по лівому контуру в пенільній частині визначається відмежований рідинний колектор розміром до 41 × 40 × 29 мм, з високобілковим (гнійним) вмістом та товстими стінками до 4 мм, що підсилюються контрастом. Колектор відтискає кавернозні тіла, прилеглі структури набряклі. Висновок: магнітно-резонансні ознаки абсцесу м'яких тканин на рівні пенільної частини статевого члена зліва.

Встановлено діагноз: N48.2 – Інші запальні хвороби статевого члена. Післяін'єкційний абсцес статевого члена.

Проведено оперативне лікування під загальною анестезією – розтин і дренування післяін'єкційного абсцесу статевого члена. Під час операції видалено близько 100 мл гнійного вмісту. Бактеріологічне дослідження гною з абсцесу виявило наявність *Enterococcus faecalis* у концентрації 10^6 КУО/мл. У післяопераційний період призначено медикаментозну терапію тривалістю 14 днів: цефтріаксон – по 1000 мг 2 рази на добу внутрішньом'язово; ципрофлоксацин – по 500 мг 2 рази на добу перорально; метронідазол 0,5% – 100 мл внутрішньовенно крапельно, флуконазол – 200 мг 1 раз на



МРТ статевого члена (А, Б)

тиждень перорально. Також здійснювалась антисептична обробка післяопераційної рани. Хворий у задовільному стані був виписаний зі стаціонару на 7-му добу після операції та продовжив лікування амбулаторно. Через місяць після виписки відновив статеве життя. Ознак недостатності ерекції або розвитку девіації статевого члена хворий не відмічав. Протягом 3 міс. спостереження рецидиву абсцесу не виявлено.

Дискусія

Інтракавернозні ін'єкції для лікування ЕД широко застосовуються як в Україні, так і в інших країнах. Виробники вазоактивних препаратів активно надають інструкції для самостійного введення таких препаратів після попереднього навчання пацієнта фаховим спеціалістом. Це виправдано достатньою ефективністю вазоактивних препаратів, але, як демонструє наведений клінічний випадок, інформованість пацієнта про можливі ускладнення повинна бути детальнішою, а практичні навички – досконалішими. Це особливо важливо для пацієнтів із ЦД та в разі проведення антикоагулянтної терапії.

Клінічні випадки абсцесу статевого члена, проаналізовані в літературі, переважно спостерігалися у пацієнтів із ЦД після інтракавернозних ін'єкцій та при розривах білкової оболонки статевого члена [4, 5], а також відзначалися кавернозний абсцес після розриву білкової оболонки [6] та ідіопатичні абсцеси [7, 8].

У системному огляді літератури, здійсненому Dugdale et al. [9], що охоплює 23 зареєстровані випадки абсцесу статевого члена, встановлено, що понад третину зареєстрованих випадків становили спонтанні абсцеси, а пацієнти з ЦД – 25% від загальної кількості. Крім того, половина пацієнтів із ЦД використовувала інтракавернозну ін'єкційну терапію для лікування ЕД, що підвищувало ризик формування абсцесу. Загалом, автори встановили, що серед причин виникнення абсцесу були інтракавернозні ін'єкції (22%); супутні періанальні, промежинні або внутрішньочеревні абсцеси (13%); стоматологічні інфекції з гематологічним поширенням (13%). Рідше спостерігалися випадки, пов'язані з ендофалопротезуванням, пріапізмом і травмою геніталій. За даними огляду, найпоширенішими збудниками були *Staphylococcus aureus* (25%), стрептококи (21%), фузобактерії (13%) та бактерії (13%).

Огляд літератури, проведений у 2023 р., також продемонстрував, що найпоширенішим фактором ризику

розвитку абсцесу статевого члена є інфекція, що передається статевим шляхом (15,9%); друге місце посідають інтракавернозні ін'єкції (11,1%). Найпоширеніша локалізація – підшкірні абсцеси статевого члена (46,5%) [1].

Серед збудників найчастіше виділялися з вмісту абсцесу статевого члена: стрептококи (15,87%) та гонококи (20,64%). Також фіксувалася наявність *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Synechococcus* spp., *Clostridium perfringens*, *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus digestivus*, *Staphylococcus intermedius*, *Staphylococcus digestivus*, *Enterococcus faecalis*, *Actinomyces* spp., *Klebsiella* spp. та коагулазонегативних стафілококів.

Більшість лікарів у разі абсцесу статевого члена застосовують хірургічну тактику: розріз і дренирування в поєднанні з антибіотикотерапією. Інвазивність такого втручання зумовлює ризик розвитку ускладнень, як-от девіації статевого члена, ЕД, рецидиву абсцесу, утворення нориці та стенозу. Нехірургічне лікування абсцесів статевого члена є менш інвазивним, але в такому разі можлива неповна аспірація абсцесу. Автори літературного огляду також повідомили про власний успішний досвід коаксіальної пункції / дренажу під ультразвуковим контролем та іригації за допомогою широко використовуваної ін'єкційної голки з подальшою системною антибіотикотерапією.

У наведеному клінічному випадку пацієнт не хворів на ЦД, однак приймав антикоагулянтну терапію. Можливою причиною абсцесу стала гематома в місці ін'єкції вазоактивного препарату. Вибір на користь відкритого хірургічного втручання був зумовлений тяжким загальним станом пацієнта, великими розмірами абсцесу із залученням навколишніх тканин, ризиком розвитку флегмони та гематогенного поширення інфекції. Крім того, були підозри щодо наявності анаеробної інфекції, яка була причиною запалення.

ВИСНОВКИ

Абсцес статевого члена може бути діагностований на основі клінічного обстеження, доповненого ультрасонографією та МРТ статевого члена. Ефективним і достатньо безпечним методом лікування є хірургічне втручання, а саме розтин та дренирування абсцесу з подальшим застосуванням антибактеріальної терапії й антисептичною обробкою післяопераційної рани. Прогноз лікування при виборі такої тактики здається сприятливим.

Відомості про авторів

Савчук Руслан Валерійович – Одеський національний медичний університет; тел.: (067) 792-47-63. E-mail: urosavchuk@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9917-2413

Аксьонов Павло Валерійович – ДУ «Інститут урології ім. акад. О. Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ. E-mail: aksyonov.pv@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3266-961X

Романюк Максим Григорович – ДУ «Інститут урології ім. акад. О. Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ. E-mail: maxxhole14@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6139-7318

Возіанова Світлана Віталіївна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. E-mail: s.vozianova@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6445-3442

Нуріманов Каміль Раїсович – ДУ «Інститут урології ім. акад. О. Ф. Возіанова НАМН України», м. Київ. E-mail: kn_1976@ukr.net

ORCID: 0000-0001-9308-5645

Information about the authors

Savchuk Ruslan V. – Odesa National Medical University; tel.: (067) 792-47-63. *E-mail:* urosavchuk@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9917-2413

Aksonov Pavlo V. – SI “Academician O. F. Vozianov Institute of Urology of NAMS of Ukraine”, Kyiv. *E-mail:* aksyonov.pv@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3266-961X

Romaniuk Maksym G. – SI “Academician O. F. Vozianov Institute of Urology of NAMS of Ukraine”, Kyiv. *E-mail:* maxxhole14@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6139-7318

Vozianova Svitlana V. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail:* s.vozianova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6445-3442

Nurimanov Kamil R. – SI “Academician O. F. Vozianov Institute of Urology of NAMS of Ukraine”, Kyiv. *E-mail:* kn_1976@ukr.net
ORCID: 0000-0001-9308-5645

ПОСИЛАННЯ

1. Yuan Y, Meng L, Wang R, Zhang Z, Yang J, Zhang X, et al. Ultrasound-guided puncture and drainage for penile abscess: Case report and review of the literature. *Radiol Case Rep.* 2023;18(5):1796-808. doi: 10.1016/j.radcr.2023.01.101.
2. Virag R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. *Lancet.* 1982;2(8304):938. doi: 10.1016/s0140-6736(82)90910-2.
3. Elena BW, Zachary M, Haritha P, Graham BA, Wayne HJG. Current status of intracavernosal injection therapy in erectile dysfunction. *Expert Opin Pharmacother.* 2023;24(8):925-33. doi: 10.1080/14656566.2023.2204189.
4. Song W, Ko KJ, Shin SJ, Ryu DS. Penile abscess secondary to neglected penile fracture after intracavernosal vasoactive drug injection. *World J Mens Health.* 2012;30(3):189-91. doi: 10.5534/wjmh.2012.30.3.189.
5. Al-Reshaid RA, Madbouly K, Al-Jasser A. Penile abscess and necrotizing fasciitis secondary to neglected false penile fracture. *Urol Ann.* 2010;2(2):86-8. doi: 10.4103/0974-7796.65111.
6. Lazarou L, Berdempes M, Markopoulos T, Kostakopoulos N, Spyropoulos K, Mitsogiannis IC. A case of cavernosal abscess after neglected penile fracture and bacteremia. *Urol Ann.* 2019;11(3):328-30. doi: 10.4103/UA.UA_104_18.
7. Xia MC, Yin KQ, Wang YS, Chen JW, Bian XD, Shuang WB. Penile aseptic abscess in the cavernous body at the base of the penis: a case report. *Front Nurs.* 2021;8(1):83-9. doi: 10.2478/for-2021-0010.
8. Lee LT, Hon SA, Chuah JS, Tee YJ, Mohd Ibrahim SO. Spontaneous base of penile abscess successfully treated by transperineal incision and drainage: A case report. *Proc Singapore Healthcare.* 2022;31. doi: 10.1177/20101058221097556.
9. Dugdale CM, Tompkins AJ, Reece RM, Gardner AF. Cavernosal Abscess due to Streptococcus Anginosus: A Case Report and Comprehensive Review of the Literature. *Curr Urol.* 2013;7(1):51-6. doi: 10.1159/000343555.

Стаття надійшла до редакції 11.08.2025. – Дата першого рішення 29.08.2025. – Стаття подана до друку 24.09.2025