

Частичное удвоение уретры: парауретральный ход. Ошибки диагностики и лечения

В.Б. Филимонов^{1,2}, Р.В. Васин^{1,2}, А.Б. Жиборев^{1,2}, С.Я. Котанс²

¹ Кафедра урологии и нефрологии ФГБОУ ВО Рязанского государственного медицинского университета.

² ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», г. Рязань

Сведения об авторах:

Филимонов В.Б. – д.м.н., заведующий кафедрой урологии и нефрологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, главный врач ГБУ РО «ГКБ № 11», г. Рязань

Filimonov V.B. – Dr. Sc., Head of the Department of Urology and Nephrology of Ryazan State Medical University of Ministry of Health of Russia, Chief Physician of the City Clinical Hospital №11, Ryazan

Васин Р.В. – к.м.н., врач уролог, доцент кафедры урологии и нефрологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, руководитель Областного уронефрологического центра, заведующий хирургическим стационаром ГБУ РО «ГКБ № 11», г. Рязань, e-mail: www.rw@mail.ru

Vasin R.V. – PhD, urologist, associate professor of the Department of Urology and Nephrology of Ryazan State Medical University of Ministry of Health of Russia of Ministry of Health of the Russian Federation, Head of the Regional Urology Center, Head of the Surgical H Department of the City Clinical Hospital №11, Ryazan, e-mail: www.rw@mail.ru

Жиборев А.Б. – к.м.н., врач уролог, ассистент кафедры урологии и нефрологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: zhiborev@yandex.ru

Zhiborev A.B. – PhD, urologist, assistant Ass. of the Department of Urology and Nephrology of Ryazan State Medical University of Ministry of Health of Russia of Ministry of Health of the Russian Federation, e-mail: zhiborev@yandex.ru

Котанс С.Я. – к.м.н., заведующий областным урологическим отделением ГБУ РО «ГКБ №11», г. Рязань

Kotans S.Ya. – PhD, head of the regional urological department of City Clinical Hospital №11, Ryazan

Удвоение уретры является редкой аномалией развития, которая закладывается в период формирования мочеиспускательного канала [1]. Известно, что в эмбриогенезе общая клоака разделяется на два отдела: задний, из которого формируется анус, и передний, так называемую мочеполовую щель, в которую открываются мюллеровы и вольфовы протоки. На нейтральной стадии наружные половые органы представлены половым бугорком и обрамляющими мочеполовую щель парой половых складок и половых валиков. Но на четвертом месяце эмбриогенеза, под влиянием половых гормонов, происходит дифференцировка половых органов. На этой стадии у плода мужского пола половые складки образуют уретральную бороздку. В дальнейшем края половых складок срастаются между собой, трансформируя уретральную бороздку в полый орган – уретру [2]. Именно в этот период возможно отделение или удвоение части уретральной бороздки, что создаёт предпосылку для удвоения уретры.

В настоящее время в мире описано всего около 500 случаев

удвоения уретры [3]. В большинстве этих публикаций представлены единичные случаи и лишь в немногих работах описывается более 10 пациентов, что подтверждает редкость этой аномалии развития [4]. А.Я. Пытелем зафиксировано всего 50 случаев удвоения уретры [5]. Автор приводит классификацию этой патологии, актуальную и в настоящее время. В соответствии с ней различают:

- удвоение уретры при удвоении полового члена (дифалии);
- удвоение уретры при одном половом члене;
- парауретральные ходы.

В практике также используется классификация Chauvin, которая отражает степень раздвоения и отношение основной и добавочной уретры [5]. Таким образом выделяют:

- полное удвоение уретры;
- частичное удвоение со слепым окончанием добавочной уретры – парауретральные ходы;
- частичное удвоение с соединением добавочной и основной уретры (может располагаться на головке, дорзальной или вентральной поверхности полового члена, или на мошонке).

Наиболее часто встречающейся формой удвоения уретры яв-

ляются парауретральные ходы. Как правило, эта аномалия протекает бессимптомно. Клинические симптомы развиваются только в случае инфицирования парауретрального хода, проявляясь локальной болью во время мочеиспускания [6].

Редкость данной аномалии развития и ее клиническая картина, которая сходна своим болевым синдромом с проявлениями острого воспалительного процесса в нижних мочевых путях, предстательной железе и семенных пузырьках, обуславливает трудности и ошибки диагностики парауретрального хода.

Цель демонстрации представленного ниже клинического случая проиллюстрировать проблемы, с которыми сталкивается уролог и его пациент в подобной клинической ситуации.

Для диагностики парауретрального хода применяют тщательный анализ симптомов и анамнеза, а также инструментальные методы – ретроградную уретрографию с тугим наполнением и уретроскопию.

В лечении инфицированного парауретрального хода используют два вида оперативной техники. При выраженной протяженности или

толстой перегородке между просветом уретры и парауретральным ходом, которая может содержать спонгиозное тело, производят иссечение этого образования. Другим методом является эндоскопическая уретротомия, имеющая цель объединить просвет уретры и парауретрального хода [1].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной К., 43 лет обратился на консультацию к урологу с жалобами на интенсивные боли (эпизодически сопровождающиеся потерей сознания) по ходу уретры, возникающие во время мочеиспускания или эрекции. Интенсивность болевого синдрома напрямую зависела от напора струи мочи, что вынуждало пациента искусственно сдерживать мочеиспускание. Кроме того, боли, сопровождающие эрекцию и половой акт, привели пациента к проблемам в интимных отношениях с супругой. Они выражались в резком уменьшении частоты половых контактов, а также, в развитии эректильной дисфункции, которая, очевидно, носила психогенный характер.

Из анамнеза: больным себя считает в течение трех лет. Заболевание проявилось в острой форме, выраженным болевым синдромом, сопровождавшимся потерей сознания. Ранее дизурических явлений и болей в аногенитальной зоне не отмечал. Эндоуретральных манипуляций также не выполнялось. Сразу после манифестации заболевания обратился к урологу. На визите у врача был установлен диагноз «обострение хронического простатита» и назначено лечение в виде таблетированных антибактериальных и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). После окончания курса лечения пациент отметил небольшой положительный эффект в виде снижения интенсивности болевого синдрома. Через 2-3 месяца клиническая картина заболевания

повторилась, после чего больной повторно обратился к урологу. В течение трех лет данный пациент обращался к урологу с частотой в среднем 3 раза в год. При каждом обращении устанавливался диагноз «обострение хронического простатита» и назначались антибактериальные препараты различных групп и НПВС. Эффект от лечения в каждом случае был не выражен и краткосрочен.

При осмотре: наружные половые органы развиты по мужскому фенотипу, внешних признаков воспаления нет. При пальпации определяется локальная умеренно интенсивная болезненность в области скротального отдела уретры. Дополнительных объемных образований не определяется. Пальцевое ректальное исследование: предстательная железа не увеличена, с четкими ровными контурами, мягкоэластической консистенции, безболезненна. С целью уточнения диагноза назначено инструментальное исследование. Уретроскопия: оптика 0°, слизистая уретры незначительно гиперемирована, чистая, на 2 см дистальнее мембранозного отдела уретры на 6 часов условного циферблата определяется вход в парауретральный ход, распространяющийся в направлении мочевого пузыря и слепо оканчивающийся не доходя до уровня наружного сфинктера (рис. 1).

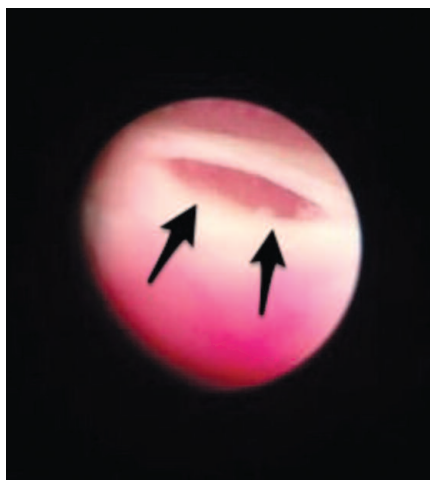


Рис. 1. Уретроскопия - в бульбозном отделе уретры на задней стенке определяется вход в парауретральный ход, обозначенный стрелками

Ретроградная уретрография: уретра туго заполнена контрастом, который попадает в мочевой пузырь. В бульбозном отделе уретры по задней ее стенке определяется затек контраста в парауретральный ход (рис. 2). При опорожнении уретры в парауретральном ходе контраст задерживается (рис. 3).



Рис. 2. Ретроградная уретроцистограмма (стрелкой обозначен заполненный контрастом парауретральный ход)



Рис. 3. Уретроцистограмма после опорожнения уретры (стрелкой обозначен контрастированный парауретральный ход)

На основании полученных данных установлен диагноз: частичное удвоение уретры: парауретральный ход. Учитывая болевой синдром и неэффективность консервативной терапии больному предложено оперативное лечение. С учетом локализации образования принято решение о проведении эндоскопической эндоуретротомии. Под спинномозговой анестезией эндоскопическим крючком было произведено рассечение стенки уретры

в проекции аномального образования (рис. 4).



Рис. 4. Фрагмент эндоуретроми

В результате операции про-светы уретры и парауретрального

хода были объединены. Послеоперационное течение без осложнений. Уретральный катетер удален на третьи сутки. В послеоперационном периоде мочеиспускание и эрекции проходили безболезненно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В случаях отсутствия достаточного эффекта лечения воспалительных заболеваний нижних мочевыделительных путей, предстательной железы и семенных пузырьков необходимо более тщательно подхо-

дить к оценке жалоб и анамнеза, применять дополнительные инструментальные методы обследования. Несмотря на то, что парауретральный ход является редкой аномалией развития, необходимо проводить его активную диагностику при выявлении соответствующих симптомов или отсутствии клинического эффекта от стандартного лечения воспалительного процесса в уретропростатической зоне. При небольших размерах парауретрального хода эндоуретромия является эффективным методом лечения. ■

Ключевые слова: парауретральный ход, удвоение уретры, аномалии развития, эндоуретромия, дизурия, болезненная эрекция.
Key words: paraurethral duct, urethral doubling, developmental anomalies, endourethrotomy, dysuria, painful erection.

Резюме:

Удвоение уретры - редкая аномалия развития, формирующаяся в эмбриогенезе из уретральной бороздки. В настоящее время в мире описано всего около 500 случаев удвоения уретры. Наиболее часто встречающейся формой ее являются парауретральные ходы. Эта аномалия протекает бессимптомно и проявляется только в случае инфицирования, проявляясь дизурическими явлениями, сходными с клиникой острого простатита или уретрита. Для диагностики необходимо использовать тщательный сбор анамнеза, анализ симптомов, уретроскопию, ретроградную уретрографию. В работе представлен клинический случай, демонстрирующий трудности и ошибки в диагностике парауретрального хода у мужчины 43 лет.

На протяжении трех лет пациент регулярно обращался по поводу выраженных болей в уретре при мочеиспускании и эрекции к урологам, которые выставляли диагноз «обострение хронического простатита» и назначали лечение с недостаточным эффектом. Пациенту проведена уретроскопия, ретроградная уретрография и выявлен парауретральный ход. С целью объединения просвета уретры и парауретрального хода больному проведена эндоуретромия. После восстановления мочеиспускания дизурические явления и боли при эрекции не повторялись.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Summary:

Partial duplication of the urethra: the paraurethral duct. Errors in diagnostics and treatment

V. B. Filimonov, R. V. Vasin, A. B. Zhiborev, S. Ya. Kotans

Duplication of the urethra is a rare abnormality, which forms during embryogenesis from the urethral groove. Up to the date, only about 500 cases of urethral duplication have been described. Its most common form is the formation of the paraurethral duct. This abnormality is not followed by any symptoms and may be revealed only in case of infection by the signs of dysuria, which are similar to the clinical course of acute prostatitis or urethritis. For the diagnostics of the condition, thoroughful history taking, symptom analysis, ureteroscopy and retrograde urethrography should be performed. This study presents a clinical case of a paraurethral duct in a male patient, aged 43, describing the difficulties and errors in the diagnostics. Over the period of three years, the patient has been complaining about pain in the urethra during urination and erection. The urologists examining this patient diagnosed him with acute exacerbation of chronic prostatitis and prescribed a treatment with an insignificant effect. The patient underwent ureteroscopy, retrograde urethrography, which revealed the paraurethral duct. In order to unite the urethral lumen and the paraurethral duct, the patient underwent endourethrotomy. No signs of dysuria and painful erection were observed upon the recovery of urination.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Староверов О.В., Казачков С.А., Шуваев А.В., Демидов А.А., Бабанин И.Л., Суворова В.Н. Полное удвоение уретры у больного с эписпадией. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии* 2012;2(2):54-57.
 2. Тиктинский О.Л., Михайлическо В.В. Андрология. СПб., Медиа Пресс. 1999, 464 с.
 3. Ben Nsir R, Jouini R, Maazoun K, Helal Y, Krichéne I, Mekki M, et al. Epispadiac urethral duplication in boys. *Prog Urol* 2008;18(9):570-4. doi: 10.1016/j.puro.2008.07.002.
 4. Каганцов И.М. Удвоение уретры в сочетании с дистальной гипоспадией. *Детская хирургия* 2012;(3):56-57.
 5. Пытель А. Я. Руководство по клинической урологии. М., Медицина, 1970. С. 324-325.
 6. Жукова М.Н. Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов. М., Медицина, 1969, 484 с.

REFERENCES (1, 2, 4-6)

1. Staroverov O.V., Kazachkov S.A., Shuvaev A.V., Demidov A.A., Babanin I.L., Suvorova V.N. Polnoe udvoenie uretryi u bolnogo s epispadiyey. [Complete doubling in a patient with urethral epispadias]. *Rossiyskiy vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii* 2012;2(2):54-57. (In Russian).
 2. Tiktinskiy O.L., Mihaylichesko V.V. *Andrologiya*. [Andrology]. SPb Media Press, 1999. 464 p. (In Russian).
 4. Kagantsov I.M. Udvoenie uretryi v sochetanii s distalnoy gipospadiyey. [Urethral duplication with distal hypospadias]. *Detskaya hirurgiya* 2012;(3):56-57. (In Russian).
 5. Pyitel A. Ya. Rukovodstvo po klinicheskoy urologii. [Guide to Clinical Urology]. M., Meditsina, 1970, P. 324-325. (In Russian).
 6. Zhukova M.N. Travmy i hirurgicheskie zabolevaniya organov taza i naruzhnyih polovyih organov. [Trauma and surgical diseases of the pelvic organs and external genital organs]. M., Meditsina, 1969, 484 p. (In Russian).