

Дивертикул уретры у женщины

Female urethral diverticulum

Verzin A.V., Pen'kov P.L.

This paper describes a clinical case of female urethral diverticulum. The clinical picture, diagnosis and surgical treatment of urethral diverticulum, as well as immediate follow up of surgical treatment are described.

Materials and methods. The diagnosis of urethral diverticulum has been established based on anamnesis, complaints and results of instrumental methods: ultrasound of the urinary system, urethrocytography, urethrocytostomy, uroflowmetry, gynecological examination.

The main complaints was: pain when urinating, pollakiuria to 12-15 times, episodes of macrohaematuria, urinary incontinence. Pain just stopped using narcotic analgetics (transdermal patch Dyurogesic). At gynecological examination through the anterior wall of the vagina the painful periurethral elastic formation (near 4.5 cm) was determined, and when pressed to it the urine stood out from the meatus. When urethrocytography urethral diverticulum rounded up to 4.5-5.0 cm was visualized. Obstructive type of urination was determined with uroflowmetry. The patient performed surgery: transvaginal diverticulectomy and biopsy of diverticulum. Histological conclusion: there are the fragments of fibrous tissue and mucous of urethra, with a weak infiltration.

The results. Following the surgery it was a smooth postoperative period, marked regression of pain, improved quality of urination, urinary incontinence disappearance. 12 days after surgery nonobstructive urinary type was determined with uroflowmetry. **Conclusion.** Early diagnosis and surgical treatment of female urethral diverticulum can get rid of this disease and socially adapt this category of patients.

А.В. Верзин, П.Л. Пеньков

НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ, Москва

Первое сообщение об оперативном лечении дивертикула уретры было опубликовано в работе английского хирурга У. Неу в 1805 г. [1]. Им было выполнено трансвагинальное рассечение дивертикула уретры и его тампонирование. В течение последующих 130 лет, вплоть до 1935 г., в литературе имелись лишь единичные сообщения о выявлении и лечении дивертикулов уретры у женщин [2]. В 1958 г. Davis и Te Linde, изучив и обобщив данные за предшествующие 60 лет, сообщили о 121 наблюдении дивертикула уретры [3]. С внедрением в клиническую практику новых диагностиче-

ских методов обследования частота выявления этого заболевания значительно возросла. Дивертикулы уретры у женщин встречаются в 1-6%, преимущественно в возрасте от 30 до 50 лет, редко – у новорожденных и детей [4-6]. Распространенность заболевания выше у рожавших женщин и женщин негроидной расы [7]. Убедительно говорить об истинной частоте встречаемости не представляется возможным, вследствие того, что дивертикулы уретры могут протекать бессимптомно и оставаться не диагностированными.

Клинические симптомы, такие как дизурия, диспареуния и постмикционный дриблинг (выделение мочи по каплям после мочеиспуска-



Рисунок 1. Трансдермальный пластырь Дюрогесик для купирования болей



Рисунок 2. Восходящая уретроцистография, при которой визуализируется дивертикул уретры

Рисунок 3. Контрастирование дивертикула после микции

ния), социально дезадаптируют пациентов и значительно снижают их качество жизни [8]. Наличие дивертикула уретры является фактором поддержания воспалительного процесса у пациенток с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей. Из вышесказанного следует необходимость своевременной диагностики и лечения этого заболевания. В отечественной литературе вопросы диагностики и лечения дивертикулов уретры освещены недостаточно, поэтому мы сочли необходимым поделиться нашим наблюдением.

Пациентка З.Б., 67 лет поступила в НИИ урологии с жалобами на выраженные боли при мочеиспускании, поллакиурию до 12-15 раз в сутки, эпизоды макрогематурии, подтекание мочи после мочеиспускания, ургентное недержание мочи. Боли купировались только приемом наркотических анальгетиков: трансдермальным пластырем Дюрогесик (рисунок 1).

Из анамнеза известно, что вышесказанные жалобы беспокоят больную в течение 10 лет. Неоднократно проходила обследования и курсы лечения в связи с обострением хронического цистита. Выполнялась

диагностическая цистоскопия, заключение – явления тригонита.

В институте проведено обследование, включавшее в себя:

- общий анализ мочи;
- общий анализ крови;
- биохимическое исследование крови;
- бактериологическое исследование мочи;

• УЗИ органов мочевыводящей системы;

- уретроцистография;
- уретроцистоскопия;
- урофлоуметрия;
- гинекологический осмотр (бимануальная пальпация).

При осмотре: живот мягкий, при глубокой пальпации безболезненный. Наружные половые органы

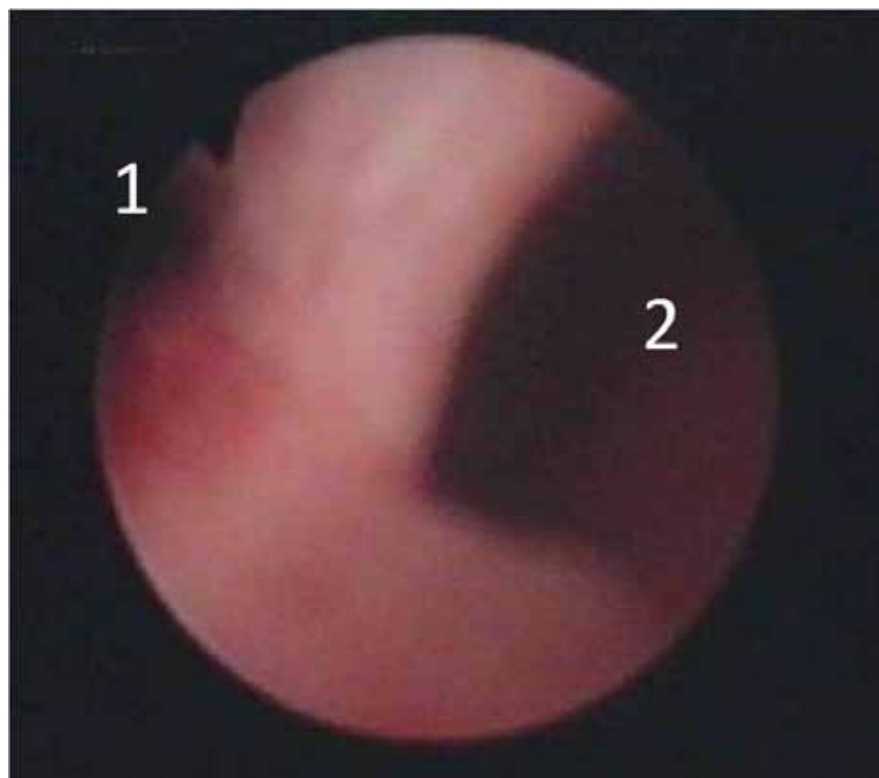


Рисунок 4. Уретроцистоскопия. 1 – ход уретры. 2 – устье дивертикула.

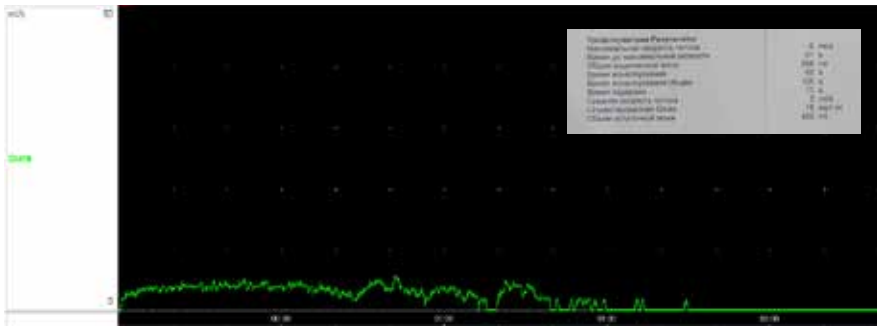


Рисунок 5. Урофлоуметрия до лечения – обструктивный тип мочеиспускания

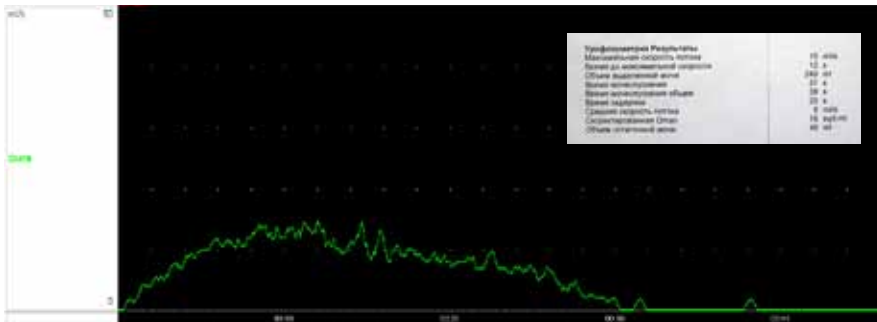


Рисунок 6. Урофлоуметрия после лечения – необструктивный тип мочеиспускания

не изменены, наружное отверстие уретры расположено в типичном месте. При осмотре через переднюю стенку влагалища периуретрально пальпируется болезненное плотное эластическое образование округлой формы до 4,5 см. При надавливании на это образование из наружного отверстия уретры выделяется моча.

В анализе мочи: лейкоциты 30-40 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения, pH – 5,8. При посеве мочи высеялась *E. coli* 10⁶.

На экскреторной урограмме – анатомо-функциональных изменений со стороны почек, мочеточников и мочевого пузыря не выявлено. Выполнена восходящая уретроцистография, при которой визуализируется дивертикул уретры неправильной округлой формы диаметром до 4,5-5,0 см, дефектов

контрастирования в проекции этого образования не обнаружено (рисунок 2).

После мочеиспускания определяется скопление контрастного вещества в дивертикуле уретры (рисунок 3).

16.07.2007 г. выполнена уретроцистоскопия, при которой в средней трети уретры определяется дивертикул с устьем 0,5 см (рисунок 4). Инструмент с техническими сложностями проведен в полость дивертикула. Слизистая дивертикула гиперемирована с единичными петехиальными кровоизлияниями. При осмотре мочевого пузыря: емкость – около 400 мл, устья мочеточников расположены в типичном месте, смыкаются, перистальтируют, умеренная гиперемия слизистой в области треугольника Льебо. В

полости мочевого пузыря конкрементов, объемных образований не выявлено.

По данным урофлоуметрии обструктивный тип мочеиспускания, с максимальной скоростью 6 мл/с. Объем остаточной мочи – 160 мл (рисунок 5).

На основании проведенного обследования установлен клинический диагноз: дивертикул уретры, расположенный ниже шейки мочевого пузыря, одиночный, размером 5,0 x 4,5 см, однокамерный, соустье со средней третью уретры, ургентное недержание мочи.

Пациентке проф. А.Ю. Павловым выполнена операция: *трансвагинальная дивертикулэктомия с биопсией*. Гладкое послеоперационное течение. Уретральный катетер удален на 10 суток. Швы сняты на 11 суток. Самостоятельное мочеиспускание восстановлено. Гистологическое заключение: фрагменты фиброзной ткани и слизистой оболочки уретры, со слабой диффузной круглоклеточной инфильтрацией.

При контрольной урофлоуметрии на 12 сутки после операции определяется необструктивный тип мочеиспускания с максимальной скоростью 15 мл/с., остаточной мочи 46 мл (рисунок 6).

Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 13 сутки. Жалобы на боли и поллакиурию регрессировали.

При контрольном общении с больной через 1,5 года после операции жалоб на боли при мочеиспускании, поллакиурию и дизурию не было. Больная полностью отказалась от применения наркотических анальгетиков. Отдаленный результат операции хороший. ■

Ключевые слова: дивертикул уретры у женщин, диагностика, лечение, трансвагинальная дивертикулэктомия.

Keywords: female urethral diverticulum, diagnosis, treatment, transvaginal diverticulectomy.

ЛИТЕРАТУРА

- Hey W. Practical Observations in Surgery. Philadelphia: James Humphreys, 1805. P. 303-305.
- McNally A. Diverticula of the female urethra // Am J Surg. 1935. Vol. 28. P. 177.
- Davis H.J., Telinde R.W. Urethral diverticula: an assay of 121 cases // J. Urol. 1958. Vol. 80. P. 34-39.
- Andersen M.J. The Incidence of diverticula in the female urethra // J Urol. 1967. Vol. 98. P. 96-98.
- Aspera A.M., Rackley R.R., Vasavada S.P. Contemporary evaluation and management of the female urethral diverticulum // Urol Clin North Am. 2002. Vol. 29. P. 617-624.
- Gomez-Lanza E. Female urethral diverticulum – a case report // Eu Urol Today. 2007. P. 16.
- Davis B.L., Robinson D.G. Diverticula of the female urethra: Assay of 120 cases // J Urol. 1970. Vol. 104. P. 850-853.
- Hurt G. Urethral abnormalities in Urogynecologic surgery. 2000. P. 167-175.