

ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,
№ 3, 2018
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року
Періодичність – 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро
2018

Адреса редакції:
вул. Вернадського, 9, к. 52
м. Дніпро, 49044

Тел./факс секретаріату:
+38 (0562) 46-30-93
+38 (056) 756-95-26

urology.dma.dp.ua
e-mail: urologyjournal@yahoo.com
polion@bigmir.net

Засновники:
ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Реєстраційне свідоцтво:
серія КВ № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»
включено до переліку видань,
в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних
наукометричних базах даних:
РІНЦ (Russian Science Citation Index),
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.
Затверджено на засіданні Вченої ради
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»
20.09.2018 р. (протокол № 1)
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

Передплатний індекс 48350

*Передруковувати матеріали
із журналу «Урологія»
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081
тел. (056) 794-61-04(05)
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

Головний редактор

С.О. Возіанов

Заступник головного редактора

В.П. Стусь

Відповідальний секретар

М.Ю. Поліон

Члени редколегії:

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,
В.Ф. Петербургський,
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,
Н.О. Сайдакова**

Редакційна рада:

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)
В.І. Бачурін (Запоріжжя)
Анджей Боровка (Варшава, Польща)
О.В. Говоров (Москва, Росія)
В.М. Григоренко (Київ)
Ю.М. Гурженко (Київ)
В.С. Дзюрак (Київ)
В.І. Зайцев (Чернівці)
М.О. Колесник (Київ)
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)
Є.А. Литвинець (Івано-Франківськ)
О.Г. Резніков (Київ)
В.С. Сакало (Київ)
Л.П. Саричев (Полтава)
Е.О. Стаховський (Київ)
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)
М.І. Ухаль (Одеса)
Петр Хлоста (Краків, Польща)
В.В. Черненко (Київ)
О.В. Шуляк (Київ)**

ПАРАУРЕТРАЛЬНАЯ КИСТА У ЖЕНЩИН. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, В.Н. Корягин⁴, Н.Ю. Полион¹

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская ГП № 4»

Парауретральная киста — одно из заболеваний мочеиспускательного канала у женщин, диагностика и лечение которого может представлять собой значительные сложности, прежде всего, из-за редкой встречаемости и отсутствия опыта лечения данного недуга у урологов и гинекологов.

Распространенность доброкачественных парауретральных образований у женщин по данным зарубежной литературы составляет — от 1% до 8%. Они встречаются в основном в возрасте 20–50 лет.

Касаясь вопросов анатомии, женский мочеиспускательный канал (уретра) окружен большим количеством парауретральных желез, подробно описанных в 1880 г. американским гинекологом Skene и названных Скиниевыми железами. Установлено, что эти гроздевидные железы по строению подобны простате у мужчин. Множественные протоки и пазухи, выстланные эпителием, образуют обширную сеть трубчатых каналов и желез, которые окружают женскую уретру, главным образом, по задней и боковым стенкам. Число протоков широко варьирует от 6 до 31. Обычно они сосредоточены и опорожняются в дистальную (нижнюю) треть женской уретры. Секрет Скиниевых желез играет роль защитного барьера для уретры во время коитуса.

По наблюдениям многих авторов, Скиниевы железы подвергаются значительным изменениям в различные периоды жизни женщины: во время беременности они гипертрофируются, в послеродовом периоде подвергаются инволюции, а в климактерическом — атрофируются. В связи с этим патология данных образований характерна для женщин репродуктивного возраста.

Этиология (происхождение) парауретральных кистозных образований до настоящего времени остается спорной. С одной стороны, ряд авторов [Routh, 1890] полагает, что закупорка (обструкция) протока одной или более парауретральных желез может привести к формированию ретенционной (сохраняющейся) кисты на месте железы. Дальнейшее инфицирование и

абсцедирование кисты приводит к формированию разрыва стенки кисты и дренированию ее в просвет уретры. Другая этиологическая теория — теория травмы мочеиспускательного канала с обструкцией выводных протоков парауретральных желез в результате нее. Облитерация может возникнуть при травме во время родов (затяжного потужного периода, при несоответствии между головкой плода и тазом матери, при неправильном вставлении головки плода), а также вследствие хирургической травмы, такой как эпизиотомия (рассечение промежности), или хирургических вмешательств на мочеиспускательном канале.

Различают два типа парауретральных кист:

— Скиниевы парауретральные кисты — кистозные образования, возникающие при закупорке малых желез, расположенных вокруг уретры;

— Кисты Гартнероваго прохода — кисты, возникающие вследствие аномалии развития женской мочеполовой системы. В редких случаях зародышевые протоки между стенкой влагалища и мочеиспускательным каналом не зарастают, что приводит к скоплению в них жидкости и формированию кисты.

Чаще всего к закупорке выводных протоков парауретральных желез приводят воспалительные процессы урогенитальной сферы, бужирование (инструментальное расширение) или туширование (прижигание) слизистой мочеиспускательного канала, бурные половые акты.

Симптоматика парауретральных кист неспецифична и напоминает другие урологические заболевания. Клинические проявления парауретральных кистозных образований значительно варьируют от пациентки к пациентке и также могут изменяться в зависимости от того, когда в процессе развития заболевания был поставлен диагноз.

На ранних этапах, когда парауретральная железа первоначально инфицируется, преобладающие симптомы могут быть связаны с мочеиспусканием. На данном этапе пациентку мо-

жет беспокоить болезненное, учащенное мочеиспускание, наличие выделений из уретры. Позже, поскольку хроническое и текущее воспаление развивается вокруг кисты, может присоединиться тазовая боль, диспареуния (боль, связанная с половым контактом). Также могут присутствовать такие клинические симптомы как примесь гноя в моче, ощущение инородного тела в области уретры, уплотнение парауретральной зоны, и повышенная ее чувствительность.

Нередко парауретральные кисты бывают полностью бессимптомны и могут обнаруживаться во время профилактического осмотра. Частота случаев с бессимптомным течением варьирует от 1,6% до 20% больных.

При воспалении кист возникают абсцессы, которые часто вскрываются в мочеиспускательный канал с последующим образованием дивертикулов мочеиспускательного канала. Наличие гематурии (примеси крови в моче), при отсутствии данных о наличии инфекции нижних мочевых путей, может указать на наличие камня или опухоли в пределах кистозного образования. В связи с хронической травматизацией слизистой оболочки уретры могут возникать гиперпластические и неопластические изменения в пределах кисты.

При осмотре на кресле парауретральные кисты выглядят как опухолевидные образования округлой или овоидной формы, слизистая передней стенки влагалища над ними напряжена, с явлениями застойной гиперемии, подвижная. Они располагаются чаще у наружного отверстия уретры в области задней стенки. Уретра отдалена сверху, деформирована. При натуживании пациентки отмечается непроизвольное отхождение мочи и слизистого отделяемого из уретры. Размеры кист варьируют от 2 до 10–12 см. Они легко прощупываются со стороны влагалища, плотной эластической консистенции. После клинического, Ro-урологического, цистоскопического и УЗИ обследования принимается решение о выработке лечебной тактики. Медикаментозные и физио-терапевтические методы терапии, так же как и электрокоагуляция, не оправдали себя при лечении этого заболевания. Вскрытие кист дает кратковременный эффект и оправдано в случае возникновении абсцесса в их просвете.

К нам обратились за медпомощью 25 пациенток в возрасте от 18 до 79 лет с длительностью заболевания от 6 мес. до 30 лет. Большинство из пациенток обратились к нам по направлению гинеколога. При поступлении они предъявляли жалобы на наличие опухолевидно-

го образования у входа во влагалище, болезненный половой акт, дизурические расстройства, недержание мочи, реже — затрудненное мочеиспускание. Во всех случаях пациенткам выполнена радикальная кистэктомия. Т-образным или двумя полуовальными разрезами рассекается слизистая передней стенки влагалища до стенки кисты. Края разреза захватываются зажимами, острым и тупым путем выдвигается киста из окружающих тканей вплоть до хирургической ножки. Производится кистэктомия. Чтобы избежать повреждения уретры или мочевого пузыря, перед операцией в мочевой пузырь вводится эластический катетер Нелатона. Ложе кисты ушивается капроновыми швами, избыток слизистой влагалища резецируется и ушивается кетгутыми или викриловыми нитями. В мочевой пузырь устанавливается постоянный уретральный катетер Фолея на 3–4 дня. Тампонада влагалища марлевой салфеткой на 1–2 дня. В случае наличия у пациентки везикоцеле — выполнялась передняя кольпоррафия с проленовой сеткой. Операции выполнялись под внутривенным наркозом. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено.

При динамическом наблюдении за пациентками в послеоперационном периоде рецидива парауретральных кист не обнаружено. Жалобы, предъявляемые пациентками в предоперационном периоде, исчезли.

Парауретральная киста не возникает внезапно, она постепенно развивается вследствие различных факторов. Соблюдение некоторых правил поможет избежать женщинам этого неприятного заболевания:

- своевременное осуществление лечения воспалений органов репродуктивной и мочеполовой системы;
- внимательное отношение к половой жизни, исключение возможности заразиться инфекцией от партнера;
- отдавать предпочтение нижнему белью классических моделей и из натуральных материалов;
- соблюдение мер личной гигиены;
- регулярное посещение женской консультации;
- следует избегать стрессовых ситуаций и переутомлений.

При появлении тревожных симптомов — незамедлительное обращение к гинекологу. Во время поставленного диагноза — залог успешного лечения.

Парауретральные кисты — это патология, которая после выявления должна быть устранена.

на оперативным путем у уролога. С целью раннего выявления парауретральных кист у пациентов с дизурическими расстройствами и дру-

гими жалобами, характерными для патологии органов малого таза, показан осмотр на кресле у гинеколога и уролога 2 раза в год.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ МУЖЧИН

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, В.В. Коштура⁴,
В.Н. Корягин⁵, Н.Ю. Полион¹, Е.П. Украинец⁶*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДООС»

⁵ КУ «Днепропетровская ГП № 4»

⁶ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Варикоцеле расценивается как причина мужской инфертильности, которая поддается оперативной коррекции. Так, по оценке различных исследователей, нарушение сперматогенеза наблюдается у 20–90% мужчин с варикоцеле. Однако высказываемые предложения по лечению и профилактике сперматогенных нарушений при этом состоянии разнообразны. В частности, ставится под сомнение необходимость оперативной коррекции варикоцеле у подростков.

Впервые об улучшении спермограммы после хирургического лечения варикоцеле сообщили D. Mascomb и M. Sanders. Детальное исследование взаимосвязи варикоцеле с бесплодием провел W.S. Tulloch (1952–1955 гг.). Он доказал возможность восстановления сперматогенеза после перевязки яичковой вены.

Спорным вопросом остается тактика лечения. Одни исследователи указывают, что пациентов с варикоцеле необходимо оперировать в подростковом возрасте, поскольку патологическое состояние отрицательно влияет на морфологию яичка и репродуктивный прогноз в дальнейшем. Другие исследователи не обнаруживают значимого эффекта профилактики сперматогенной недостаточности от варикоцелэктомии и ставят под сомнение вопрос о правомочности профилактического оперирования репродуктивно сохраненных пациентов в подростковом возрасте. Возможно, столь диаметрально противоположные оценки эффективности лечения объясняются отсутствием критериев отбора и наблюдения пациентов. Улучшение сперматогенеза после оперативного лечения отмечается в среднем через 2–3 мес. после операции. Несмотря

на то, что положительные изменения в сперме наблюдаются у 50–80% больных, зачатие имеет место только у 20–40% пар.

Варикоцеле в течение длительного времени остается темой жарких споров и дискуссий в урологическом обществе. Этому вопросу было посвящено несколько докладов на съезде урологов в г.Трускавце и на конгрессе урологов Украины, посвященному 50-летию со дня основания Института Урологии.

Варикоцеле в подростковом возрасте сопряжено с высоким риском развития нарушения сперматогенеза с последующим исходом в нарушение фертильности.

Основной причиной развития осложнений в репродуктивной сфере при наличии варикоцеле называют нарушение гемодинамики в яичках. Однако качество эякулята зависит не только от состояния яичек, но и от функции предстательной железы. Секрет предстательной железы как составная часть спермальной жидкости выполняет трофическую и защитную функции для сперматозоидов, определяет их подвижность и предотвращает агглютинацию. Работ, освещающих состояние предстательной железы у подростков и молодых мужчин при варикоцеле и способы профилактики нарушений ее функций единичны. Имеются отдельные сообщения по лечению застойной простатопатии у подростков и молодых мужчин при варикоцеле.

Цель нашей работы – определение целесообразности проведения простатотропной терапии для улучшения функциональных результатов после оперативного лечения варикоцеле у подростков и молодых мужчин. Настоящая ра-