

Уретровлагалищная киста у женщин как причина сексуальной дисгармонии супружеской пары. Клиника, диагностика, лечение

И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, О.Г. Коноплева¹, Е.П. Украинец², Е.А. Квятковский³, В.В. Коштура⁴

¹КУ «Д 12 ТМО» ДОС»

²КУ «Д ОКБ им. Мечникова» ДОС»

³КУ «Д 9 ГKB» ДОС»

⁴КУ «Д 6 ГKB» ДОС», г. Днепропетровск

Уретровлагалищная 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 данной патологии у урологов и гинекологов. Уретровлагалищная киста, образовавшаяся в результате аномалии развития мочевых и половых органов, размещается в парауретральной или паравезикальной клетчатке. Киста небольших размеров обычно не проявляется, чаще всего обнаруживается случайно и лечения не требует. Большая киста является препятствием к половому акту, вызывает учащенное мочеиспускание, реже – недержание или задержку мочи.

Распространенность доброкачественных уретровлагалищных образований у женщин, по данным литературы, составляет – от 1% до 8%. Чаще всего они встречаются у женщин фертильного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Женский мочеиспускательный канал окружен большим количеством парауретральных желез, подробно описанным в 1880 г. американским гинекологом Skene и названных скиневыми железами. Установлено, что эти гроздевидные железы по строению подобны предстательной железе у мужчин. Множественные протоки и пазухи, выстланные эпителием, образуют обширную сеть трубчатых каналов и желез, которые окружают женский мочеиспускательный канал, главным образом, по задней и боковым стенкам. Число протоков широко варьирует от 6 до 31. Обычно они сосредоточены и опорожняются в дистальную (нижнюю) треть женского мочеиспускательного канала. Секрет скиневых желез играет роль защитного барьера для мочеиспускательного канала во время коитуса.

По наблюдениям многих авторов, скиневы железы подвергаются значительным изменениям в различные периоды жизни женщины: во время беременности они гипертрофируются, в послеродовой период подвергаются инволюции, а в климактерии – атрофируются. В связи с этим, патология данных образований характерна для женщин репродуктивного возраста.

Этиология уретровлагалищных кистозных образований до настоящего времени остается спорной. С одной стороны, ряд авторов (Routh, 1890) полагают, что закупорка протока одной или более уретровлагалищных желез может привести к формированию ретенционной кисты на месте железы. Дальнейшее инфицирование и абсцедирование кисты приводит к формированию разрыва стенки кисты и дренированию ее в просвет мочеиспускательного канала. Формируется дивертикул мочеиспускательного канала. 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 несоот-

ветствии между головкой плода и тазом матери, при неправильном вставлении головки плода), а также вследствие хирургической травмы, такой, как эпизиотомия, или хирургических вмешательств на мочеиспускательном канале.

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

Симптоматика уретровлагалищных кист вначале неспецифична и напоминает другие урологические заболевания. На ранних этапах, когда уретровлагалищная железа первоначально инфицируется, преобладающие симптомы могут быть связаны с мочеиспусканием. На данном этапе пациентку может беспокоить болезненное, учащенное мочеиспускание, наличие выделений из мочеиспускательного канала. Позже развивается воспаление вокруг кисты, присоединяется тазовая боль, диспареуния (боль, связанная с половым контактом). Также могут присутствовать такие клинические симптомы, как примесь гноя в моче, ощущение инородного тела в области мочеиспускательного канала, уплотнение парауретральной зоны, и повышенная ее чувствительность.

Нередко уретровлагалищные кисты протекают бессимптомно и случайно обнаруживаются во время профилактического осмотра. Частота случаев с бессимптомным течением варьирует от 1,6% до 20% пациенток.

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

При осмотре на кресле уретровлагалищные кисты выглядят как опухолевидные образования округлой или овоидной формы, слизистая оболочка передней стенки влагалища над ними напряжена, с явлениями застойной гиперемии, подвижная. Они располагаются чаще у наружного отверстия мочеиспускательного канала в области задней стенки. Мочеиспускательный канал отдален кверху, деформирован. При натуживании пациентки отмечается непроизвольное отхождение мочи и слизистого отделяемого из мочеиспускательного канала. Размеры кист варьируют от 2 до 10–12 см. Они видны и легко прощупываются со стороны влагалища, имеют плотно-эластическую консистенцию. После клинического, Ro-урологического, цистоскопического и УЗИ принимаются решение о выработке лечебной тактики. Медикаментозные и физиотерапевтические методы терапии, так же как электрокоагуляция, не оправдали себя при лечении этого за-

болевания. Вскрытие кист дает кратковременный эффект и оправдано в случае возникновения абсцесса в их просвете.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

К нам обратились за медпомощью 25 пациенток в возрасте от 18 до 79 лет с длительностью заболевания от 6 мес до 30 лет. Большинство пациенток были направлены гинекологом. При поступлении они предъявляли жалобы на наличие опухолевидного образования у входа во влагалище, что приводило к болезненному половому акту. Пациентки отмечали также дизурические расстройства, недержание мочи, реже – затрудненное мочеиспускание. Во всех случаях пациенткам выполнена радикальная кистэктомия. Т-образным или двумя полуовальными разрезами рассекают слизистую оболочку передней стенки влагалища до стенки кисты. Края разреза захватывают зажимами, острым и тупым путем выделяют кисту из окружающих тканей вплоть до хирургической ножки. Производят кистэктомию. Чтобы избежать повреждения мочеиспускательного канала или мочевого пузыря, перед операцией в мочевой пузырь вводят эластический катетер Нелатона. Ложе кисты ушивают кап-

роновыми швами, избыток слизистой оболочки влагалища резецируют и ушивают кетгутовыми или викриловыми нитями. В мочевой пузырь устанавливают постоянный уретральный катетер Фолея на 3–4 дня. Тампонада влагалища марлевой салфеткой на 1–2 дня. При наличии у пациентки везикоцеле – выполняли переднюю кольпоррафию с проленовой сеткой. Операции выполняли под внутривенным наркозом, осложнений во время операции и в послеоперационный период не отмечено.

При динамическом наблюдении за пациентками в послеоперационный период рецидива уретровлагалищных кист не обнаружено. Жалобы, предъявляемые пациентками в предоперационный период, среди которых основное место занимала сексуальная дисгармония, исчезли.

ВЫВОДЫ

1. С целью раннего выявления уретровлагалищных кист у пациенток с дизурическими расстройствами и другими жалобами, характерными для патологии органов малого таза, показан осмотр на кресле у гинеколога и уролога 2 раза в год.
2. При выявлении уретровлагалищных кист пациенткам рекомендуется оперативное лечение.

Сравнительная оценка нового способа графтинга белочной оболочки полового члена при болезни Пейрони

С.Н. Шамраев, И.А. Бабюк, С.Г. Ермилов

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины»

Цель исследования: изучить и сравнить эффективность различных способов замещения дефекта белочной оболочки при хирургическом лечении пациентов с фибропластической индукцией полового члена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 91 больного в возрасте от 42 до 73 лет, которые были оперированы в клинике урологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за период с 1997 по 2013 г. по поводу фибропластической индукции полового члена. Иссечение бляшек белочной оболочки и графтинг дефекта белочной оболочки (без эндофаллопротезирования) выполнено у 79 (86,8%) пациентов, у 12 (13,2%) пациентов проведено эндофаллопротезирование с покрытием дефекта резецированной бляшки. Графтинг белочной оболочки полового члена свободным депитализованным кожным лоскутом (по Аустони) выполнен у 36 (45,6%) пациентов, вошедших в 1-ую группу исследования. Покрытие дефекта гетеротрансплантатом из биологического комплекса Коллост произведена у 38 (48,1%) – 2-я группа. Пяти (6,3%) пациентам, вошедшим в 3-ю группу, покрытие дефекта проводили аутовенозным лоскутом из v.dorsalis penis. Давность заболевания колебалась от одного года до четырех лет. Все пациенты до хирургического вмешательства получали консервативное лечение длительностью от 6 мес до 2 лет, которое оказалось неэффективным.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Период наблюдения за пациентами составил от 9 месяцев до 14 лет. Полную эректильную функцию восстанови-

лась на 4-й месяц у 30 (83,3%) пациентов 1-й группы, у 37 (97,4%) пациента 2-й группы и 5 (100%) – 3-й группы. Осложнения после хирургического вмешательства в ранний послеоперационный период мы наблюдали у 3 (8,3%) больных 1-й группы. В одном наблюдении (2,7%) имел место некроз головки полового члена вследствие интраоперационного повреждения дорзальной артерии. В 2 (5,5%) наблюдениях диагностирован рецидив курваты полового члена. Один мужчина (2,7%) имел прогрессию заболевания вследствие нового фокуса индукции белочной оболочки. Другой пациент (2,7%), у которого наблюдалась рубцовая контрактура полового члена вследствие некроза кожи, в последующем перенес скротопластику по Райху. Статистический анализ показал достоверное различие ($P<0,05$) отдаленных результатов между 1-й и 2-й группами пациентов. На последнем осмотре хорошие результаты констатированы у 20 (55,6%) пациентов 1-й группы, 37 (97,4%) пациентов 2-й группы и у 5 (100%) пациентов 3-й группы. Анализируя результаты хирургического лечения внутри каждой из групп, установлено достоверное снижение показателей ($P<0,05$) в 1-й группе и отсутствие достоверных различий во 2-й группе, пациенты 3-й группы из-за ее малочисленности в статистическом анализе не участвовали.

ВЫВОДЫ

Использование гетеротранспланта (Коллост) и аутовенозного лоскута для замещения дефекта белочной оболочки, в сравнении с аутодермопластикой белочной оболочки, при хирургическом лечении пациентов с фибропластической индукцией полового члена, позволяет добиться лучшего функционального и косметического результата.