



Захворювання уретри у жінок*

В.І. Горовий, к.мед.н.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова



Представлено сучасні відомості про анатомію уретри у жінок, діагностику та лікування найбільш розповсюджених захворювань жіночої уретри – кісти парауретральних залоз, поліпа та випадіння слизової зовнішнього отвору уретри, ектопії та стриктури зовнішнього отвору уретри, дивертикула уретри.

Ключові слова: жіноча уретра, зовнішній отвір уретри, дивертикул уретри, дивертикулектомія, парауретральна кіста.

Парауретральна кіста

Урологи та гінекологи досить часто зустрічаються із кістами парауретральних залоз, а саме залоз Skene, а також із їх запаленням, ускладненим процесом абсцедування. Кісти парауретральних залоз та ДУ діагностують у 2% пацієнток урогінекологічних клінік [10]. Кісти легко виявляють при обстеженні зовнішнього отвору уретри: розташовані задньо-латерально по відношенню до зовнішнього отвору уретри, невеликих розмірів (1-3 см), пальпуються як м'яко-еластичні пухлинні утворення (рис. 33). Жінки випадково виявляють дану патологію у себе, або ж їх помічає гінеколог на профілактичних оглядах. При збільшенні розмірів кісти виникає біль при статевому акті. При запаленні залоза Skene стає напруженою, виникає біль у цій ділянці, а

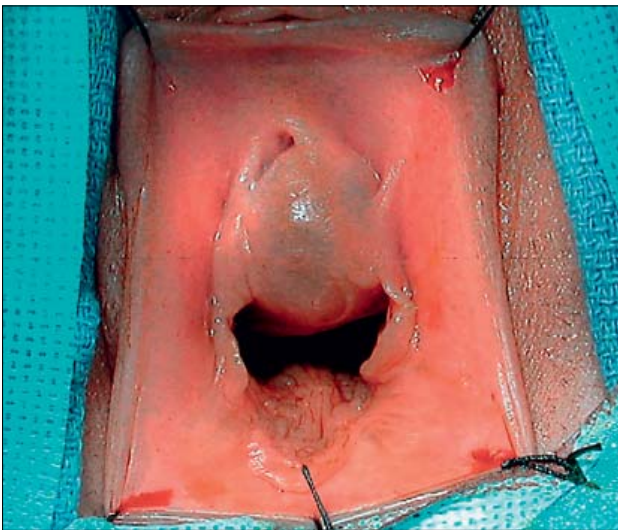


Рис. 33. Парауретральна кіста Skene при огляді зовнішнього отвору уретри та передньої стінки піхви [18]

при її пальпації може виділятися гній із вивідного протоку залози поряд із зовнішнім отвором уретри. хворі відмічають також дизурію та диспареунію. Гістологічно слизова кісти вкрита перехідним чи ороговіваючим епітелієм, стінка має будову сполучної чи фіброзної тканини з пучками гладеньких м'язових волокон або ж поперечносмугастих по периферії з тонкостінними судинами. Дана патологія в літературі згадується нечасто. В.Л. Ярославский та співавт. (2001) [16] за 10 років прооперували 61 жінку із парауретральною кістою; Д.Ю. Пушкарь та А.В. Анисимов (2007) [10] – 73; С.Б. Имамвердиев та А.А. Бахышов (2010) [5] за 20 років – 29; И.М. Русинко та співавт. (2013) [11] – 25. У якості додаткових методів обстеження хворих із парауретральною кістою застосовують УЗД, при гематурії та підозрі на ДУ – уретроцистоскопію та екскреторну урографію.

Лікування парауретральних кіст – хірургічне, воно полягає у висіченні кісти без пошкодження уретри (рис. 34). Для профілактики травмування в уретру під час операції вводять катетер Фолея № 16-18 Ch. Слизову піхви над кістою розтинають поздовжньо (або ж виконують два поздовжніх еліпсоподібних розрізи із висіченням слизової піхви), тупим та гострим шляхом виділяють кісту, при цьому стараються не відкрити її порожнину. Якщо має місце пошкодження стінок кісти – гострим та тупим шляхом видаляють стінки її. Деякі автори з метою профілактики пошкодження задньої стінки уретри, яка знаходиться поряд із капсулою кісти, не висікають стінку кісти у цьому місці [5]. Рану піхви зашивають у два шари вікриловими (3-0 або 4-0) швами: спочатку лобково-шийкову

*Продовження. Початок у МАЗЖ, 2015, № 6.



(парауретральну) фасцію, а потім слизову піхви. Уретральний катетер залишають на 3-5 діб, у піхву на 1-2 дні вводять тампон із антисептичною маззю для стиснення рани піхви, профілактики утворення гематоми та запалення у ній. Виникнення запалення в парауретральній кісті не є протипоказанням до її видалення. Як правило, рана піхви загоюється первинним натягом. При абсцесі парауретральної кісти спочатку під місцевою анестезією виконують розтин та дренажування порожнини кісти, а потім (через 3-4 тиж) – кістектомію в плановому порядку. У випадках великої парауретральної кісти у вагітної, а також при її запаленні перед пологами виконують пункцію або ж розтин кісти під місцевим знеболенням – це полегшить проведення пологів природним шляхом. Жінкам рекомендують звернутись до уролога для проведення планової операції з її видалення. Кісти піхви оперують подібним чином.

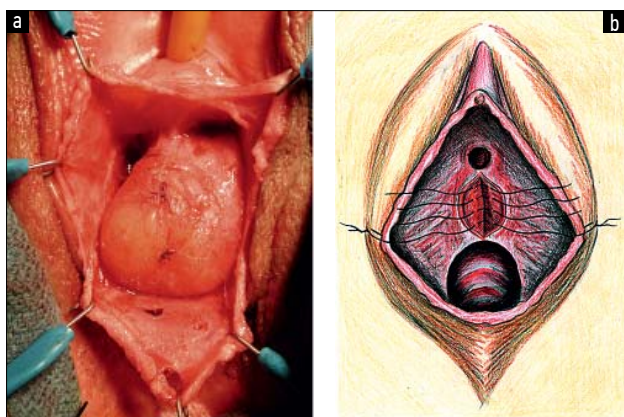


Рис. 34. Етапи видалення парауретральної кісти:
а – розсічення передньої стінки піхви та виділення парауретральної кісти;
б – зашивання передньої стінки піхви

Пролапс слизової зовнішнього отвору уретри

Уперше в історії медицини пролапс слизової уретри було описано Solingen у 1732 р. [6]. Як правило, пролапс слизової зовнішнього отвору уретри являє собою циркулярне випадіння слизової оболонки уретри червоного або темно-червоного кольору, часто з больовим синдромом, виділенням крові із слизової, а також із її защемленням (рис. 35). При гістологічному дослідженні видаленої тканини виявляють її набряк, запальний інфільтрат і тромбоз судин, які нагадують синуси із розділенням їх тонкими перетинками сполучної тканини. Більш часто пролапс слизової зовнішнього отвору уретри зустрічається у дівчаток у віці 8-12 років та жінок 60-70 років. Факторами ризику захворювання є недостатність естрогенів та підвищення внутрішньочеревного тиску. Незначний пролапс

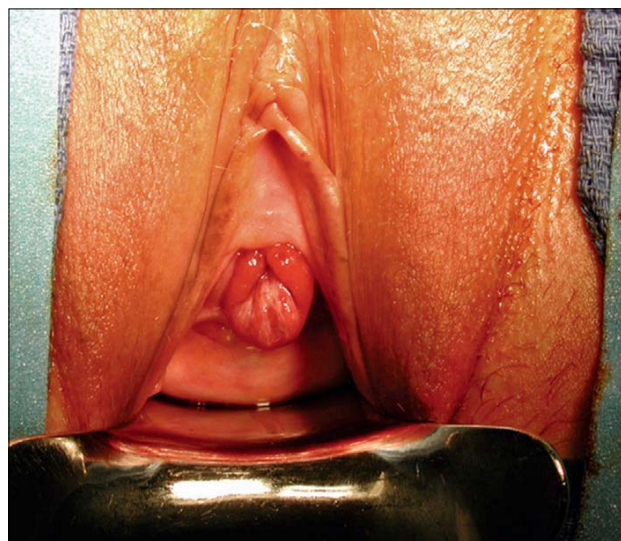


Рис. 35. Пролапс слизової зовнішнього отвору уретри [7]

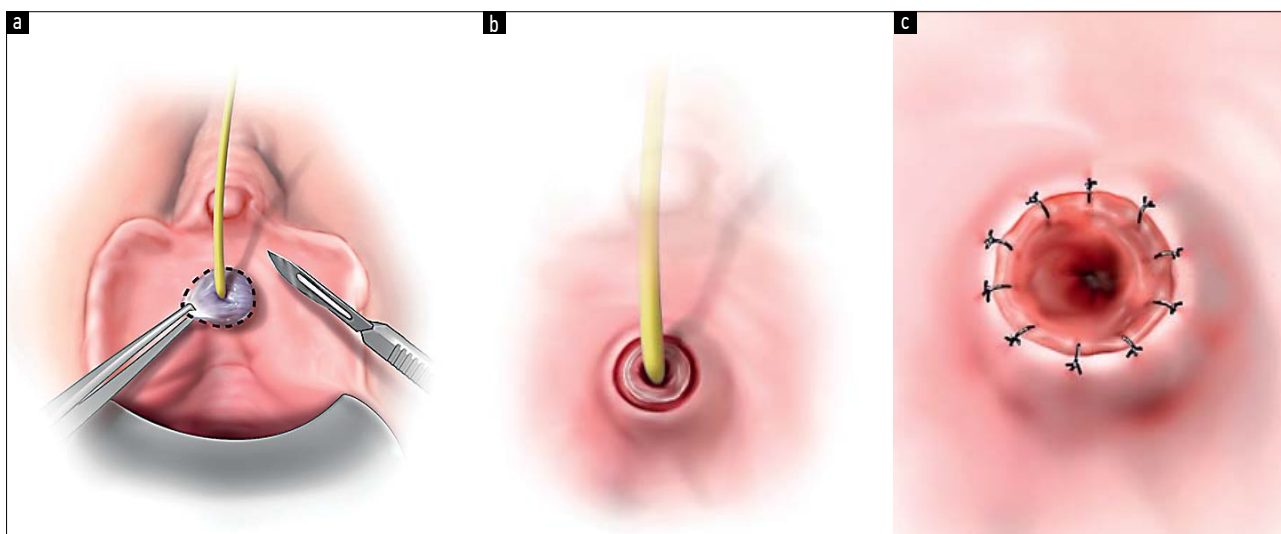


Рис. 36. Етапи висічення випавшої слизової зовнішнього отвору уретри: а – встановлення в сечовий міхур через уретру катетера Фолея та об'єм висічення слизової зовнішнього отвору уретри (вказано пунктиром); б – циркулярне висічення слизової зовнішнього отвору уретри; с – накладання циркулярних кетгутуових швів між слизовою уретри та присінком піхви [17]



слизової лікують консервативно із застосуванням протизапальних та гормональних мазей, теплих сидячих ван. Пролапс та защемлення слизової уретри є показанням до ургентного хірургічного втручання – циркулярного висічення випавшої слизової та циркулярного зашивання здорової слизової уретри зі слизовою піхви за допомогою кетгутових (№ 3) швів (рис. 36) [14, 15, 17]. На 3-5 днів через уретру в сечовий міхур вводять катетер Фолея, призначають профілактичну антибіотикотерапію.

Поліп зовнішнього отвору уретри

Клінічний випадок поліпа уретри вперше описав Sharp у 1750 р. [13]. Це пухлинне утворення червоного кольору в ділянці задньої стінки зовнішнього отвору уретри у постменопаузальних жінок (рис. 37, 38). Зазвичай поліпи уретри яляють собою сполучнотканинні утворення, багаті судинами та вкриті багатошаровим плоским епітелієм часто із ознаками запальної інфільтрації [6, 12]. Різновидом поліпів є карункули – невеликі пухлинні утворення на ніжці яскраво-червоного кольору, м'які за консистенцією. Карункули уретри, на відміну від поліпів, гістологічно характеризуються втратою фіброзної строми та містять багаточисленні кровоносні судини, вкриті плоским епітелієм [12]. Захворювання, як правило, виявляють гінекологи під час профілактичних оглядів, значно рідше жінки звертаються зі скаргами на виділення крові із зовнішнього отвору уретри та дизурію. Патологія часто асоціюється із запаленням та пролапсом тазових органів. Дифдіагностику поліпів уретри проводять із папіломами уретри, які також розташовуються в ділянці зовнішнього отвору уретри, мають широку основу, округлу форму, рожевий колір та нагадують бородавки із великою кількістю зернистих та ворсинчастих відростків. Для виключення пухлинних утворень у сечовому міхурі всім хворим із пухлинними утвореннями в уретрі показані УЗД сечового міхура та уретроцистоскопія.



Рис. 37. Поліп зовнішнього отвору уретри [17]

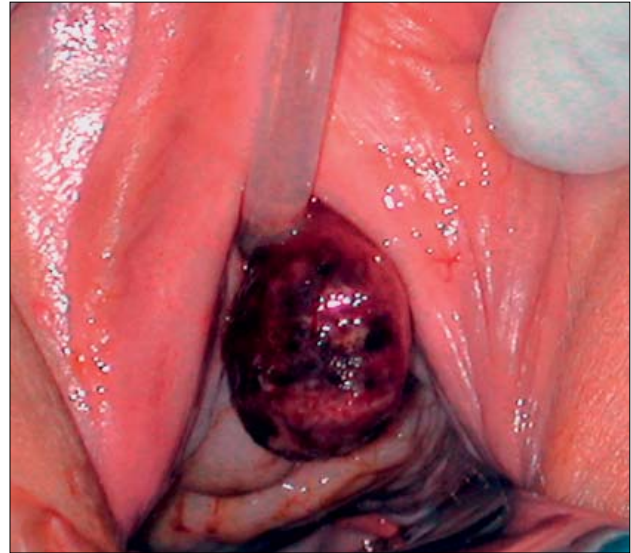


Рис. 38. Тромбоз судин поліпа зовнішнього отвору уретри [18]

Пацієнтки із невеликими безсимптомними поліпами уретри спостерігаються у гінеколога, застосовують гормональні та місцеві протизапальні креми. При великому та/чи симптомному поліпі уретри (виділення крові, біль, диспареунія, дизурія) показано хірургічне лікування – електрокоагуляція чи видалення поліпа разом із резекцією зовнішнього отвору уретри та обов'язковим гістологічним дослідженням матеріалу. Злоякісний процес у поліпі виявляють рідко – у 2% пацієнток [27]. Дефект слизової уретри та передньої стінки піхви усувають за допомогою кетгутових (№ 3) швів, сечовий міхур дренують катетером Фолея на 3-5 днів, в піхву на 1-2 доби вводять тампон із антисептичною маззю (рис. 39).

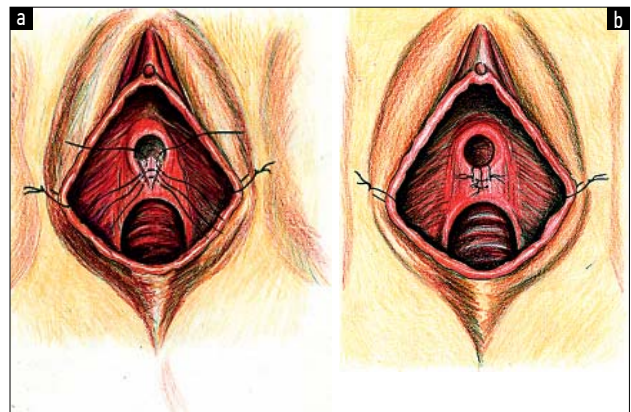


Рис. 39. Клиноподібне висічення поліпа зовнішнього отвору уретри та накладання гемостатичних швів, які відновлюють анатомію задньої стінки зовнішнього отвору уретри (а); кінцевий вигляд операції (б)

Піхвова ектопія (гіпоспадія) зовнішнього отвору уретри

Рецидивуюча інфекція нижніх сечовивідних шляхів (цистит) є найбільш поширеним захворюванням, яке зустрічається у 25-35% жінок репродуктивного віку [2-4, 7, 8]. Однією з причин



рецидивуючого циститу, окрім анатомічних особливостей жіночої уретри (невелика довжина, значно більша ширина порівняно з чоловічою уретрою, близьке розташування до піхви та прямої кишки), є піхвова ектопія зовнішнього отвору уретри – вроджене чи набуте зміщення його у піхву чи до входу в піхву. Причиною рецидивуючого циститу також може бути гіпермобільність (підвищена рухливість) зовнішнього отвору уретри у зв'язку із наявністю уретрогіменальних зрощень. При цьому під час статевих зносин виникає зміщення зовнішнього отвору уретри в піхву із одночасним його відкриттям, що сприяє проникненню кислого піхвового вмісту та її мікрофлори в просвіт уретри, сечового міхура з інфікуванням останніх. Жінки страждають від постійної дизурії, яка залежить від ступеня зміщення зовнішнього отвору уретри у піхву та сексуальної активності. Як правило, загострення хронічного циститу виникає через 12-36 год після статевого акту (так званий посткоїтальний цистит). Рецидивуючий цистит призводить до втрати працездатності, обмеження фізичної та статевої активності, зниження лібідо, погіршення якості життя та порушення взаємовідносин у сім'ї. Незнання даної патології як урологами, так і гінекологами веде до невірної трактування причин дизурії та призначення тривалих курсів антибактеріальної терапії з розвитком резистентності мікрофлори.

При огляді жінок на урологічному (гінекологічному) кріслі оцінюють стан слизової присінку піхви, розташування зовнішнього отвору уретри, наявність його зіяння та уретрогіменальних зрощень, ступінь ригідності гіменального кільця, що зумовлює інтравагінальне зміщення зовнішнього отвору уретри при статевому акті. Далі виконують тест О'Доннела – Хіршхорна: вказівний та середній пальці руки вводять у піхву, розводять їх та одночасно створюють тиск на задню стінку піхви (моделюється ситуація, подібна введенню статевого члена у піхву). Тест вважають позитивним при зміщенні зовнішнього отвору уретри у піхву та за наявності його зіяння.

Єдиним ефективним методом лікування піхвової ектопії зовнішнього отвору уретри та його гіпермобільності є хірургічний, який вперше був запропонований R. O'Donnell у 1959 р. [7]. Автор назвав цю операцію транспозицією уретри, або зміщенням її у бік клітора. Недоліком операції є єдиний поздовжній розріз піхви для мобілізації дистального відділу уретри в ділянку клітора. При цьому виникає натяг уретри по довжині із можливим прорізуванням фіксуючих швів і повторним зміщенням уретри в ділянку піхви. Б.К. Комяков (2013) [7] рекомендує виконувати транспозицію дистального відділу уретри (після мобілізації його вздовж 1,5-3,5 см у залежності від ступеня ектопії) в підслизовому тунелі в поперечний розріз стінки присінка піхви на відстані 0,5-1,0 см від клітора (рис. 40). Зовнішній отвір уретри автор циркулярно фіксує у новому місці за допомогою вікрилових (3-0) швів. Транспозиція зовнішнього отвору уретри у жінок знайшла широке застосування у практиці вітчизняних [8] та зарубіжних [2-4] колег.

Стриктур уретри у жінок

Стриктур уретри у жінок трапляються значно рідше, ніж у чоловіків, через анатомічні особливості жіночої уретри (широка та коротка) і зумовлені променевою терапією, хронічними запальними процесами в присінку піхви та в уретрі, рідше її травмою. Стриктур уретри легко виявляють за утрудненим сечовипусканням тонким струменем, відчуттям неповного спорожнення сечового міхура, рідше за парадоксальним нетриманням сечі. За допомогою простого уродинамічного дослідження – урофлоуметрії – фіксується низька («обструктивна») урофлоуметрична крива та зниження максимальної об'ємної швидкості потоку сечі (< 15 мл/с). За даними УЗД сечового міхура визначають залишкову сечу (> 50 мл), при її значній кількості (> 500 мл) діагностують розширення сечоводів та мисок нирок через підвищення внутрішньоміхурового тиску. При огляді зовнішнього отвору

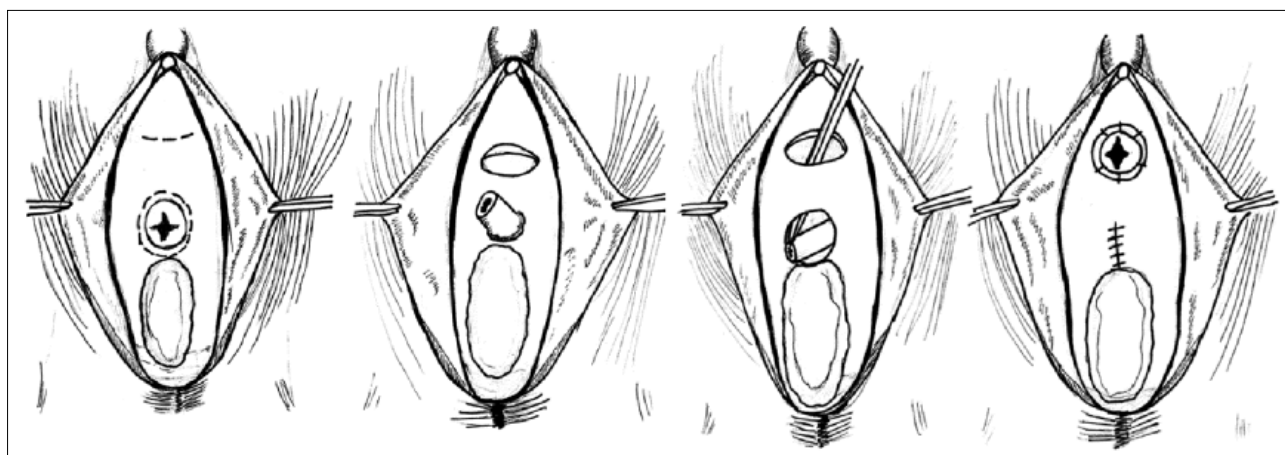


Рис. 40. Етапи екстравагінальної транспозиції зовнішнього отвору уретри за Комяковим [7]

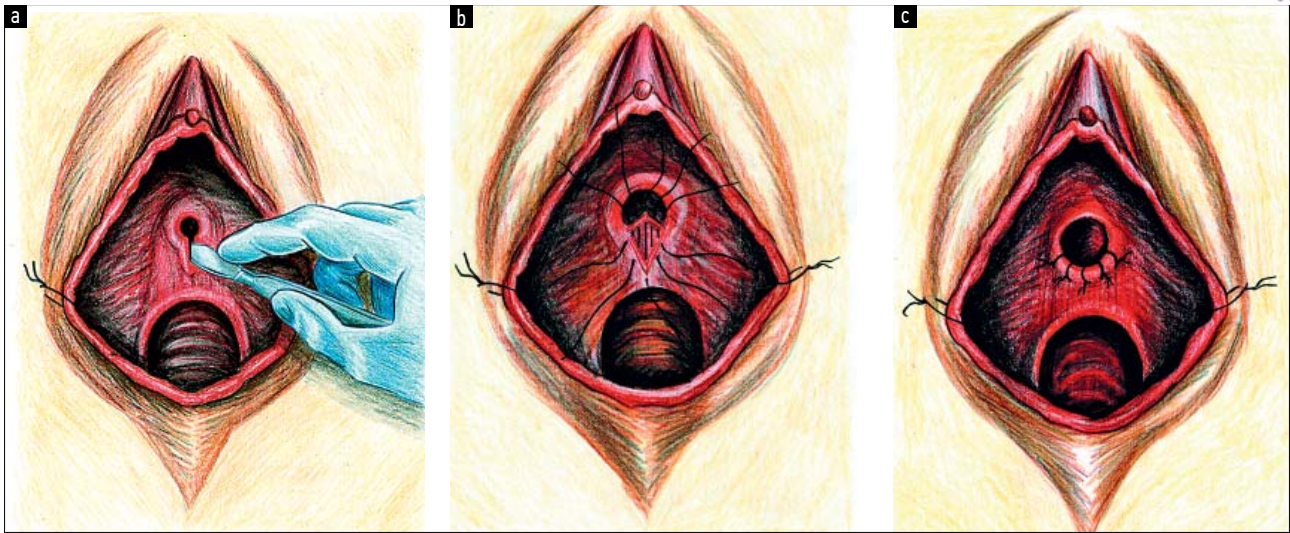


Рис. 41. Этапы меатотомии: а – розсічення зовнішнього отвору уретри по задній (вагінальній) стінці, б – накладання кетгутувих (№ 3) швів між слизовою уретри та присінком піхви, с – кінцевий вигляд операції

уретри виявляють його звуження. Стриктур уретри легко піддаються бужуванню прямими бужами Гегара. Перед бужуванням уретри в її просвіт вводять знеболюючий та протизапальний лубрикант (катеджель), розширюють бранками затискача зовнішній отвір уретри. Стриктур зовнішнього отвору уретри у жінок, яка не піддається бужуванню, підлягає хірургічному лікуванню – меатотомії (рис. 41). На 2-3 дні сечовий міхур дренують катетером Фолея, рану зовнішнього отвору уретри після операції доцільно обробляти водним розчином бетадіну.

Список використаної літератури

1. Багшиш М.С., Каррам М.М. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии: Пер. с англ. – [2-е изд.]. – Лондон: Elsevier Ltd., 2009. – С. 725-732.
2. Гвоздев М.Ю., Лоран О.Б., Гумин Л.М. и соавт. Транспозиция дистального отдела уретры в оперативном лечении рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин // Урология. – 2000. – № 3. – С. 29-32.
3. Деревянко Т.И. Влагалищная эктопия наружного отверстия уретры как одна из причин хронического рецидивирующего цистита у женщин: диагностика и лечение // Урология. – 2009. – № 5. – С. 18-21.
4. Деревянко И.М., Деревянко Т.И., Рыжков В.В. Гипоспадия у лиц женского пола // Урология. – 2007. – № 3. – С. 26-28.
5. Имамвердиев С.Б., Бахышов А.А. Оперативное лечение парауретральных кист у женщин // Урология. – 2010. – № 2. – С. 39-41.
6. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. – [2-е изд.]. – М.: Медицина, 1986. – С. – 440-480.
7. Комяков Б.К. Экстравагинальная транспозиция уретры в лечении посткоитального цистита // Урология. – 2013. – № 5. – С. 12-14.
8. Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Андреев С.В., Тучкина И.А. Хирургическая коррекция

вагинальной эктопии наружного отверстия уретры у женщин с посткоитальным цистоуретритом / Материали з'їзду Асоціації урологів України, м. Одеса, 16-18 вересня 2010 р. // Урологія. – 2010. – Т. 14, додаток (54). – С. 353-355.

9. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. – Харьков: Факт, 2000. – С. 264-272.
10. Пушкарь Д.Ю., Анисимов А.В. Дифференциальная диагностика и лечение парауретральной кисты и/или дивертикула уретры // Урология. – 2007. – № 4. – С. 49-53.
11. Русинко И.М., Дулепин А.В., Приходько А.В. и соавт. Парауретральные кисты у женщин. Клиника, диагностика, лечение // Урология, андрология, нефрология – 2013: материалы научно-практической конференции. – Харьков, 2013. – С. 24.
12. Русинко И.М., Русинко Н.М., Коноплева О.Г. и соавт. Тактика уролога при выявлении опухолей уретры у женщин / Материали научно-практической конференции «Урология, андрология, нефрология». – Харьков, 2014. – С. 249-251.
13. Херт Г. Оперативная урогинекология: Пер. с англ. / Под ред. Н.А. Лопаткина, О.И. Аполихина. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 221-231.
14. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология: Атлас: Перевод с англ. / Под ред. В.И. Кулакова, И.Ф. Федорова. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 444-452.
15. Чухриенко Д.П., Люлько А.В., Романенко Н.Г. Атлас урогинекологических операций. – Киев: Вища школа, 1981. – С. 48-72.
16. Ярославский В.Л., Закин И.Л., Василько В.В. Парауретральные кисты / Актуальные проблемы урогинекологии: материалы трудов IX Областной конференции урологов и гинекологов с международным участием. – Харьков, 2001. – С. 219-222.
17. Baggish M.S., Karram M.M. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. – [3rd ed.]. – Elsevier Saunders, 2011. – P. 1009-1045.



18. Campbell-Walsh Urology / Kavoussi L.R. et al. – [10th ed.]. – Elsevier Saunders, 2012. – p. 2273-2289.

19. Cardozo L., Staskin D. Textbook of female urology and urogynaecology. – [2nd ed.]. – Informa Healthcare. – 2006. – P. 1252-1274.

20. Drutz H.P., Herschorn S., Diamant N.E. Female pelvic medicine and reconstructive pelvic surgery / Springer, 2003. – P. 455-464.

21. Vasavada S.P. et al. Female urology, urogynecology, and voiding dysfunction / New York: Marcel, 2005. – P. 811-840.

22. Goldman H.B., Vasavada S.P. Female urology. A practical clinical guide / Humana Press Inc., 2007. – P. 327-350.

23. Gittes R.F. Female prostatitis // Urologic clinics of North America. – 2002. – P. 613-616.

24. Stanton S.L., Monga A.K. Clinical urogynecology. – [2nd ed.]. – London-Toronto: Churchill Livingstone, 2000. – P. 345-355.

25. Haslam J., Laycock J. Therapeutic management of incontinence and pelvic pain. – [2nd ed.]. – Springer – Verlag London Limited, 2008. – P. 57-66.

26. Walters M.D., Karram M.M. Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. – [3rd ed.]. – Philadelphia: Mosby Elsevier, 2007. – P. 461-471.

27. Zimmern P.E. et al. Vaginal surgery for incontinence and prolapse / Springer – Verlag London Limited, 2006. – p. 259-275.

28. Nitti V.W. et al. Vaginal surgery for the urologist / Elsevier Saunders, 2012. – p. 115-135.

Заболевания уретры у женщин

В.И. Горовой

Представлены современные сведения об анатомии уретры у женщин, диагностике и лечении наиболее распространенных заболеваний женской уретры – кисты парауретральных желез, полипа и выпадения слизистой наружного отверстия уретры, эктопии и стриктуры наружного отверстия уретры, дивертикула уретры.

Ключевые слова: женская уретра, наружное отверстие уретры, дивертикул уретры, дивертикул-эктомия, парауретральная киста.

Diseases of female urethra

V.I. Gorovyy

The article presents modern information about anatomy of the female urethra, diagnosis and treatment of most common diseases of female urethra such as paraurethral cyst, polyp and prolapse of external urethral meatus mucosa, ectopia and stricture of external urethral meatus, urethral diverticulum.

Keywords: female urethra, external urethral meatus, urethral diverticulum, diverticulectomy, paraurethral cyst.



Практична урогінекологія: курс лекцій.

За ред. В.І. Горового. –

Вінницька обласна друкарня, 2015. – 724 с.; іл.

Вперше українською мовою видано навчальний посібник, що містить 16 окремих лекцій (розділів) з актуальних питань урогінекології. У ньому висвітлено історичні аспекти розвитку урогінекології, сучасні принципи діагностики та лікування жінок з нетриманням сечі з та без пролапса тазових органів.

Окремі розділи присвячено інфекціям сечовивідних шляхів у жінок у різні вікові періоди та під час вагітності, гіперактивному сечовому міхуру, інтраопераційній травмі сечових органів під час акушерсько-гінекологічних операцій.

У посібнику містяться дані про особливості проведення уродинамічних досліджень у жінок, тактику встановлення дренажів нирки та сечового міхура, роль лапароскопії в урогінекології та ін.

На сучасному рівні за допомогою кольорових ілюстрацій представлено основні етапи оперативних втручань, які застосовують в урогінекології, висвітлено власні розробки діагностичних маніпуляцій та хірургічних втручань.

Видання рекомендоване для урологів, акушерів-гінекологів, хірургів, лікарів загальної практики, а також інтернів та студентів вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: 0977518153.